

Bilaga 1

ÅRSRAPPORT 2010

för

implementering av

Handlingsprogram

övervikt och fetma 2010-2013

Lena Svantesson
Utvecklingsavdelningen

Sammanfattning

Enligt visionen i Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 och 2010-2013 ska under tioårsperioden, 2003 till 2013, antalet personer med fetma (BMI \geq 30) halveras.

I Handlingsprogrammet finns ett antal inriktnings- och effektmål för visionen och de prioriterade områdena. Resultaten av dessa mål redovisas i denna Årsrapport samt resultat av de åtgärder som vidtagits i de sju strategierna i Åtgärdsplanen för implementering av Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013.

Enligt Folkhälsoenkät 2010

har andelen personer med fetma i Stockholms län **ökat** både bland män och kvinnor sedan 2002 och 2006.

Fetma BMI \geq 30	Andel 2002	Andel 2006	Andel 2010
Män	10,0 %	10,6 %	12,4 %
Kvinnor	9,0 %	10,5 %	11,0 %

Åldersstandardiserat med 2010 som standardpopulation

Medel-BMI (kg/m²) 2010 för både män 26 och kvinnor 24 är på samma nivå som 2006.

Andelen ungdomar 18-24 år med övervikt och/eller fetma har ökat sedan 2006. År 2010 är andelen bland män 25% och bland kvinnor 17%.

Det finns ändå en positiv tendens. Bland 4-åringarna i länet minskar andelen med övervikt och fetma. Även de preliminära resultaten av behandling av barn med fetma på Södertälje BUMM ser lovande ut.

Strategi 1-3

- 1. Styra via avtal/upphandlingar samt planera och förbättra uppföljningar av avtal**
- 2. Planera och stödja implementeringen samt följa upp implementeringen**
- 3. Upprätta kommunikationsplan för implementeringsarbetet**

Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet, FaR

Antalet förskrivna Fysisk aktivitet på recept, FaR på husläkar-, primärvårdsrehabmottagningar samt inom psykiatrin har ökat från 2008: 3741 st , 2009: 5130 st till år **2010: 7022 st**. Dessutom förskrivs FaR på bl.a sjukhus i SLL, men där har vi ingen statistik att följa. Finns idag ingen nationell KVÅ-kod som visar förskrivning av FaR.

Antal diagnos fetma och andel BMI registrerade för diagnos diabetes och hypertoni på Husläkarmottagningarna i SLL

Husläkarmottagningarna registrerar antal diagnoser med fetma/år och andel patienter med hypertoni och/eller diabetes där vikt och längd mäts.

År 2009 registrerades 15 349 patienter med diagnos fetma (9961 kvinnor och 5388 män).

År 2010 registrerades 13 189 patienter med diagnos fetma (8399 kvinnor och 4790 män).

I 63 % av journalerna på patienter med diagnos diabetes registrerades BMI.

I 27 % av journalerna på patienter med diagnos hypertoni registrerades BMI.

Webbaserad enkät angående Handlingsprogram och FaR

I en webbaserad enkät angående Handlingsprogrammet och FaR utskickad i december 2010 svarade 76,4 % av mottagningarna (motsvarar 152 HLM av totalt 199 mottagningar) .

Handlingsprogram övervikt och fetma 2004.

78% av mottagningarna kände till att det fanns ett Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 och nästan hälften 49% av dessa hade använt programmet.

57 % av HLM har lokala rutiner för att arbeta med övervikt och drygt 53 % av mottagningarna har en kontaktperson för övervikt och fetma.

Riktlinjer för FaR

99 % av mottagningarna känner till att det finns riktlinjer för fysisk aktivitet på recept i SLL.

Drygt 91 % förskriver FaR. 62 % av husläkar- mottagningarna har lokala rutiner för att arbeta med FaR och. 37 % har en kontaktperson/samordningsansvarig för FaR.

Marknadsföring av Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013

Utskick av kortversionen "Lägre vikt på sikt" samt beställningsbrev för kortversion samt Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 har skickats till 900 verksamhetschefer inom SLL, samt till socialchefer och barn- och ungdomschefer i alla stadsdelar och kommuner (38st) samt till 286 skolsköterskor i åk 9. 700 ex har beställts av Lägre vikt på sikt och drygt 900 ex av Handlingsprogram övervikt och fetma. Påminnelsebrev har gått ut.

Information om Handlingsprogrammet har givits internt inom HSNf och via dialogmöten med verksamhetschefer inom MVC, BVC, Primärvårdsrehab och psykiatri samt vid tre utbildningstillfällen för

ungdomsmottagningarnas personal samt i dialogmöte till företrädare för privata sjukgymnaster.

Strategi 4 Öka kunskap och kompetensutveckling via t.ex utbildningar

Utbildningsinsatser på CeFAM

Totalt har CeFAM haft kontakt med/besökt 202 enheter angående Handlingsprogram övervikt och fetma. 2111 personer har man nått och där räknas också de föreläsningar man haft för sjuksköterskor, företagssköterskor, distriktsköterskor och sjukgymnaster på KI och Röda Korset in.

Utbildningsinsatser på Norrtulls ÖverviktsCentrum

Två utbildningar om 5 dagar har genomförts med 26 personer från 13 Husläkarmottagningar och 5 specialistenheter. Två 1-dagsutbildningar för ST-läkare har genomförts. Totalt deltog 20 personer från 16 husläkarmottagningar. En samtalsutbildning om 3 dagar har genomförts med tre husläkarmottagningar.

Fysisk aktivitet i Stockholms läns landsting, FaR i SLL

Totalt har projektledarna för FaR i SLL på CeFAM nått ut med utbildning eller information kring FaR till 2316 personer vid 75 tillfällen. 12 av dessa tillfällen var med 229 personer inom psykiatrin, som är ett särskilt riktat uppdrag.

Strategi 5. Stärka vårdkedjan för BARN

Under år 2010 har fem barn- och ungdomsmedicinska mottagningar fått stöd/coachning att arbeta enligt "Södertäljemodellen". En ungdomsmottagning 16-25 år för ungdomar med fetma är ett projekt som pågår på Norrtulls ÖverviktsCentrum.

Södertäljemodellen för behandling av barn med fetma

Efter ett inledande besök följer en obligatorisk introduktionsträff där teamet presenterar sig. Därefter startar föräldrautbildningen som alla föräldrar skall gå. Under sju veckor följer regelbundna veckomöten med föreläsningar och diskussioner i smågrupper. Parallellt med föräldrautbildningen går barnen i viktskolan, en åldersanpassad aktivitet med lek och fysisk aktivitet. Efter denna gemensamma inledning fortsätter behandlingen med enskilda besök och fortsatt fysisk aktivitet.

Metoden fokuserar på bättre kost och ökad fysisk aktivitet som framgångsfaktorer. Aktuell forskning visar att föräldrarnas roll i förändringsarbetet är viktig, varför stöd erbjuds till både föräldrar och barn genom enskilda besök och olika gruppverksamheter under lång tid. Resultat från Barn Obesitasregistret i Sverige; BORIS visar att Barnläkarmottagningen i Södertälje ser goda resultat i sin fyraårsuppföljning av barn med fetma registrerade i BORIS.

Sammanhållen vårdkedja BUMM Bromma, Huddinge, Liljeholmen och Upplands Väsby

Sedan 2008 har fyra utvalda barnmottagningar (Huddinge, Liljeholmen, Bromma och Upplands Väsby) med särskilt stöd under två år (inklusive upparbetning och avveckling av projektet) etablerat fungerande, tvärprofessionella och självgående behandlingsteam för barn med fetma. Projektet avslutades under 2010.

Gruppverksamhet:

Föräldrautbildning och viktskola har under året genomförts med ett högre antal deltagande föräldrar och barn jämfört med år 2009 troligen beroende på att implementeringen av behandlingskonceptet nu slagit igenom fullt ut. Totalt erbjöds 273 barn och deras föräldrar att delta i utbildningarna. Ca 36 % av familjerna fullföljde gruppundervisningen, det vill säga deltog i mer än 4 av 7 möten, men ytterligare 20 % var initialt med men deltog bara i 1-3 möten. 44 % tackade helt nej till att delta i undervisningen. Samarbetet med Korpen har liksom tidigare år fungerat bra.

Personalens utvärdering av projektet

September 2010 genomfördes på de fyra deltagande BUMM en utvärdering av projektet genom att personalen fick besvara utvärderingsenkäter.

Behandlande team: (9 st svar)

Utbildningen som organiserades av coachingteamet i samarbete med Överviktscentrum Karolinska vid projektstart och senare med bl a empowerment får mycket goda vitsord.

Personal som inte ingått i behandlingsteam: (12 st svar)

10 st av 12 personer var själva positiva till att i framtiden ingå i ett behandlingsteam. Alla tycker att den egna mottagningen nu tar hand om barn med fetma på ett bättre sätt, och att behandlingen är strukturerad samt på rätt vårdnivå.

Sammanhållen vårdkedja för BUMM Nacka Värmdö

Under hösten 2010 har Sachsska Barnmottagningen Nacka/Värmdö rekryterat och slutfört en överviktsgrupp med mycket god uppslutning och utvärdering från deltagarna. Totalt ingick 15 barn samt deras föräldrar.

Samarbetet med våra lokala partners som är remitterter har fortsatt mycket bra. Det är framförallt skolhälsovården i Nacka och Värmdö, men även BVC och övrig primärvård. Vi har informerat om projektet för att sprida vår kunskap och uppdaterar kontinuerligt.

Detta är viktigt eftersom skolläkare och skolsköterskor kommer i kontakt med majoriteten av barnen/ungdomarna och följer deras tillväxt. Rätt patientkategori remitteras till oss och både barnen och föräldrarna är välinformerade.

Ungdomsmottagning för behandling av fetma i åldern 16-25 år vid Överviktscentrum Norrtull

I syfte att utarbeta rutiner och metoder för att arbeta med ungdomar och unga vuxna (16-25 år) med fetma fick Överviktscentrum Norrtull och Rikscentrum Barnfetma uppdraget 2007 att driva en riktad satsning i projektform under två år. Projektiden har förlängts till och med 2010. I denna rapport sammanfattas verksamhetens arbete och resultat efter 3 år och 3 månader.

Av 530 inkomna remisser har 477 godkänts. 444 patienter har kallats och 296 patienter har kommit till nybesök. 60 procent av dessa var under 20 år och 66 procent kvinnor och 34 procent män. Medel BMI i hela gruppen är 39,3 med en spridning mellan 27,9 - 68,4.

Behandlingen bygger på ett kognitivt förhållningssätt där målsättningen är att ungdomarna på sikt ska självständigt kunna hantera sina kost- och motionsvanor i olika situationer i livet.

Resultat av behandlingen

Under behandlingstiden hittills har ca 35 procent av patienterna uppnått en viktnedgång på minst 5 procent av ursprungsvikten och 11 % har gått ner mer än 10 procent av ursprungsvikten. Ett fåtal patienter har gått till närmast normalvikt (BMI < 27). Tyvärr tycks få kunna hålla fast vid sin nya livsstil, så många återtar en del av vikten, men vid senaste sammanställningen höll ändå 25 procent av patienterna kvar en viktreduktion på minst 5 procent och 8 procent höll kvar en 10 procent viktminskning.

Hittills har ca 20 procent av patienterna blivit remitterade till kirurgi.

Strategi 6. Stärka vårdkedjan för VUXNA

Två projekt MotVikt Mobila team och Våga Väga projektet på Danderyds sjukhus pågår för att stärka vårdkedjan för vuxna med fetma.

MotVikt

För att stärka vårdkedjan för vuxna med fetma startades 2008 ett projekt att utveckla Mobila team på MotVikt på Danderyds sjukhus. Det utvecklades till att patienterna efter sin 6 månader långa behandling följdes upp på MotVikt i 1,5 år. Under 2010 har en grupp med 60 patienter från start efter 6 månader hade en medel viktne­dgång på 11,6 procent, efter 12 månader 9,4 procent och efter 24 månader 7,0 procent. Till uppföljningen vid 24 månader kom 50 procent av patienterna.

Övriga resultat i denna grupp:

Normalisering av nedsatt glukostolerans hos samtliga patienter. Markant reduktion av insulindoser hos både typ 2 och typ 1 diabetes patienter. Markant reduktion av total kolesterol (8-10%), reduktion av LDL (12-15%), Normalisering av triglycerider, ökning av HDL med 5-10% efter 1 år.

Våga Väga

Om modern är överviktig före och under graviditeten leder detta till ökad risk att föda ett barn som är stort för tiden och i stort sett alla graviditetskomplikationer ökar hos modern med ökad BMI (body mass index: vikt/längd x längd). Hos kvinnor med BMI över 30 är det betydligt vanligare att förlossningen sker med kejsarsnitt än hos en normalviktig population (50 procent respektive 17 procent).

Projektet har pågått sedan 2006 och gäller gravida kvinnor med BMI över 30 som skall ingå i ett interventionsprogram. Målet är att genom täta kontakter med barnmorska på mödrahälsovården, dietistbesök, vattengymnastik mm få kvinnorna att förändra mat och motionsvanor och därigenom hålla nere viktuppgången under graviditeten till maximalt 6 kg vilket enligt studier ska vara den optimala viktuppgången för feta gravida kvinnor samt att reducera andelen kejsarsnitt i denna patientgrupp.

Delresultat

122 patienter har inkluderats i projektet. Kvinnorna hade vid inskrivningen ett BMI mellan 30 och 50.

36 procent av patienterna har med stöd av projektet klarat att begränsa viktuppgången under graviditet till max 6 kg.

66 procent av kvinnorna har klarat att hålla viktuppgången på max 10kg.

Sju kvinnor har fått barn som är stora för tiden (6 procent). Det är betydligt fler än tidigare i projektet trots att viktuppgången varit måttlig hos dessa kvinnor. Totalt i befolkningen är frekvensen ca 5 procent. 30 patienter av 122 (27 procent) förlöstes med kejsarsnitt.

Strategi 7. Initiera samhällsinriktade överviktsprojekt

Inga medel har avsatts under 2010 för samhällsinriktade överviktsprojekt.

INNEHÅLL	Sid
1. Uppföljning av mål i Handlingsprogrammet	11
2. Uppföljning av de sju strategierna i Åtgärdsplan för implementering av Handlingsprogrammet	19
2.1 Strategi 1. Styra via avtal/upphandlingar samt planera och förbättra uppföljningar av avtal	19
<i>2.1.1 Resultat från webbaserad inrapporteringsmall HLM (FaR och registrering av BMI vid diagnos diabetes eller hypertoni)</i>	<i>19</i>
<i>2.1.2 Resultat av webbaserad enkät angående Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 december 2010</i>	<i>21</i>
<i>2.1.3 Resultat angående förekomst av övervikt och fetma. Folkhälsoenkät 2010</i>	<i>23</i>
2.2 Strategi 2. Planera och stödja implementeringen samt följa upp implementeringen	24
<i>2.2.1 Utskicka av kortversion "Lägre vikt på sikt" samt "Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013"</i>	<i>24</i>
<i>2.2.2 Information om handlingsprogram övervikt och fetma samt FaR till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning samt politiska beredningar</i>	<i>24</i>
<i>2.2.3 Information om handlingsprogram övervikt och fetma samt FaR på dialogmöten med verksamhetschefer</i>	<i>25</i>
2.3 Strategi 3. Upprätta kommunikationsplan för implementeringsarbetet	25
2.4 Strategi 4. Öka kunskap och kompetensutveckling via t.ex utbildningar	25
<i>2.4.1 Verksamhetsberättelse 2010 utbildningsinsatser angående övervikt och fetma, CeFAM</i>	<i>25</i>
<i>2.4.2 Verksamhetsberättelse 2010 utbildningsinsatser angående övervikt och fetma, ÖverviktsCentrum Norrtull</i>	<i>27</i>

2.4.3 Verksamhetsberättelse 2010 fysisk aktivitet på recept, FaR i SLL, CeFAM	30
2.5 Strategi 5. Stärka vårdkedjan för BARN	31
2.5.1 Årsrapport 2010 av projekt "En sammanhållen vårdkedja för barn och ungdomar med fetma inom SLL"	33
2.5.2 Årsrapport 2010 Sachsska Barnmottagningen, Nacka/Värmdö	37
2.5.3 Verksamhetsrapport 2007-2010 ungdomsmottagning för behandling av fetma i åldern 16-25 år vid ÖverviktsCentrum Norrtull	39
2.6 Strategi 6. Stärka vårdkedjan för VUXNA	45
2.6.1 Årsrapport 2010 MotVikt och Mobila teamet på Danderyds sjukhus	46
2.6.2 Årsrapport/delrapport från Våga Väga projektet på Danderyds kvinnoklinik för överviktiga/feta gravida kvinnor	48
2.7 Strategi 7. Initiera samhällsinriktade överviktsprojekt	51
3. Mål 2011 för de sju åtgärderna/strategierna enligt Åtgärdsplanen	51
3.1 Mål för strategi 1 Styra via avtal/upphandlingar samt planera och förbättra uppföljningar av avtal	52
3.2 Strategi 2. Planera och stödja implementeringen samt följa upp implementeringen	52
3.3 Strategi 3. Upprätta kommunikationsplan för implementeringsarbetet	52
3.4 Strategi 4. Öka kunskap och kompetensutveckling via t.ex utbildningar	52
3.5 Strategi 5. Stärka vårdkedjan för BARN	53
3.6 Mål för Strategi 6. Stärka vårdkedjan för VUXNA	54
3.7 Mål för Strategi 7. Initiera samhällsinriktade överviktsprojekt	54
4. Diskussion	54

ÅRSRAPPORT 2010

för implementering av

Handlingsprogram övervikt och fetma

2010-2013

1. Uppföljning av mål i Handlingsprogrammet

Effektmål

Under den närmaste tioårsperioden, fram till 2013, ska enligt visionen antalet personer med fetma (BMI \geq 30) halveras. För visionen och de prioriterade områdena finns ett antal inriktnings- och effektmål i Handlingsprogrammet. Samtliga dessa mål redovisas nedan samt mål år 2011 för de åtgärder i Åtgärdsplanen som skall vidtas.

Mål och uppföljning av Handlingsprogrammet

Hur och när uppföljning av respektive mål ska göras samt vem som ansvarar för att det blir gjort redovisas nedan.

Uppföljningen ska ha fokus på att målen uppnås, att handlingsprogrammet genomförs enligt planerna och att strategierna och styrformerna ger önskat resultat. Resultaten skall analyseras och ska leda till eventuella justeringar av vårdprogram, plan för hälsofrämjande arbete och beställaruppdragets strategier och styrning. Eftersom kunskap i stor utsträckning saknas om metodernas effektivitet – särskilt när det gäller långtidseffekter och kostnadseffektivitet – är det viktigt att alla behandlingsmetoder som används utvärderas.

Uppföljning av visionen "Halvera andelen personer med fetma 2003–2013."

EFFEKT MÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR	RESULTAT
Andelen personer med fetma (BMI \geq 30) ska halveras mellan 2003 och 2013	Folkhälsoenkät	År 2010,2014	HSN-f	BMI \geq 30 2002: kv: 9%, män: 10% 2006: kv: 10%, män 11% 2010: kv: 11% män 12%
Ökning av andelen personer med fetma ska ha avstannat senast 2010	Folkhälsoenkät	År 2010,2014	HSN-f	BMI \geq 30 Har ej avstannat. Se ovan 2010: kv: 11% män 12%
Under perioden 2011-2018 ska andelen personer med fetma successivt minska i relation till året innan	Folkhälsoenkät Vikt/längd på gravida vid första graviditeten via nationella graviditetsregistret. *) Nationella graviditetsregistret visar alla inskrivna gravida. Vikt och längd årskurs 0 (6-årsklassen), 4 och 8, via skolhälsovården	År 2010,2014, 2018 Årligen from år 2009 Årligen from 2010	HSN-f HSN-f HSN-f	2006: kv 10% män 11% 2010: kv 11% män 12% *) Övervikt o fetma på gravida i Stockholms län 2007: övervikt 22 % fetma 10% 2008: övervikt 22 % fetma 10% 2009: Finns ej data ännu 2010: Finns ej data ännu Går ej att besvara
Antalet nyinsjuknade i typ 2 diabetes ska successivt minska 2010-2018	Nationella diabetesregistret (NDR)	Årligen from år 2009	HSN-f	Andel av alla diabetesdiagnoser på HLM registrerade i NDR 2009: 76,9 % 2010: 95,3
Under perioden 2010-2018 ska andelen ungdomar 18-24 år som går in med övervikt/fetma i vuxen ålder minska med 10 %	Folkhälsoenkät 18-24 år	2010, 2014 och 2018	HSN-f	Andel (procent) 2002: kv: 14,3, män:24,1 2006: kv: 14,4, män: 22,5 2010: kv: 17,0, män: 25,0 Har ökat !!!
Ökning av medel-BMI ska ha vänt år 2010 jämfört med 2002	Folkhälsoenkät 18-65 år	År 2010	HSN-f	BMI: kg/ m ² 18-65 år 2002: kv: 24 män 25,5 2006: kv: 24,8 män 26 2010: kv: 24,5 män:25,9

Uppföljning av prioriterat område 1: Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING G HUR	UPPFÖLJNING NÅR	ANSVAR	RESULTAT
Alla i vården som möter barn och ungdomar ska identifiera de barn/ungdomar som har risk för övervikt eller fetma	95 % av alla BHV-journaler för barn som fyller 4 år inom mätperioden ska innehålla uppgift om barnets längd, vikt och Iso-BMI *)	Barns vikt och längd samt Iso-BMI (på BVC)	Årligen	BHV	*) 2008: Andel bedömbara Iso-BMI uppgifter av de barn som var inskrivna, födda 2004". = 86,2 %
En samlad kontinuerlig epidemiologisk uppföljning av barn och ungdom med övervikt och fetma ska utvecklas	95 % av alla BHV-journaler för barn som fyller 4 år inom mätperioden ska innehålla uppgift om barnets längd och vikt. Samtliga kommuner i länet ska medverka i den epidemiologiska bevakningen av barns och ungdomars övervikt och fetma år 2010 95 % av vårdgivare/BUMM/barnläkare ska registrera i BORIS år 2010	Barns vikt och längd samt Iso-BMI (på BVC) Barns och ungdomars längd och vikt från skolhälsovården (i skolhälsovården) BORIS (på BUMM)	Årligen Årligen från 2012 Årligen från 2010	HSN-f BHV HSN-f KFA Förutsätter samarbete med kommunerna HSN-f BUMM	Går ej att mäta 2009: 9/21 BUMM 2009: 3 sjukhus 2010: 9/21 BUMM 2010: 3 sjukhus
Förekomsten av övervikt och fetma hos 4-åringar ska minska	Andelen 4-åringar med övervikt eller fetma ska successivt minska 2009-2018	Barns vikt och längd samt Iso-BMI (på BVC)	Årligen	HSN-f BHV	2004: 14,3 % 2005: 12,8 % 2006: 11,4 % 2007: 11,2 % 2008: 11,1 % 2009: finns ej siffror ännu
Samverkan avseende förebyggande arbete med övervikt och fetma i länets kommuner ska utvecklas	Sjukvårdsstyrelserna i SLL ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets alla kommuner	Folkhälsa/övervikt och fetma är en stående punkt vid politikernas samverkansmöten	Sammanställning årligen med start 2010	HSN-f	2010: Utskick av "Lägre vikt på sikt" till 38 kommuner o SDF samt 286 skolsköterskor i ÅK 9. Info till några politiska samverkansmöten: sjuvstyr - kommunpolitiker

Uppföljning av prioriterat område 2: Uppföljning av behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplicerande sjukdomar

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR	RESULTAT																				
Överviktiga och feta med komplicerande sjukdomar som söker vård ska identifieras	95 % av alla journaler gällande patienter med diabetes och hypertoni ska innehålla aktuell uppgift om vikt, längd och midjemått samt BMI 2009	WIM	Årligen	HSN-f	Diabetes: 2009: 2010: 63% Hypertoni: 2009 2010: 27%																				
Viktutvecklingen hos personer med övervikt och fetma med komplicerande sjukdomar ska hejdas	Iso-BMI skall sjunka under behandlingstiden	BORIS	Årligen	HSN-f, BUMM	Finns ej siffror tillgängliga. Måste utvecklas																				
Långvarigt psykiskt funktionshindrade med övervikt eller fetma inom den psykiatriska vården ska identifieras	95 procent av alla journaler för långvarigt psykiskt funktionshindrade inom den psykiatriska vården ska år 2011 innehålla aktuella uppgifter om årlig genomgången somatisk undersökning som inkluderar mätning av BMI och midjemått	WIM	Årligen från 2011	HSN-f	Ej tillgängligt ännu.																				
Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR®) ska öka	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på husläkarmottagningarna, rehabmottagningarna och inom psykiatrin	WIM till HLM, rehab och psykiatrin	Årligen	HSN-f	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>2008</td> <td>2009</td> <td>2010</td> </tr> <tr> <td>HLM</td> <td>3024</td> <td>4520</td> <td>5610</td> </tr> <tr> <td>Rehab</td> <td>637</td> <td>472</td> <td>1273</td> </tr> <tr> <td>Psykiatri</td> <td>80</td> <td>138</td> <td>(138)</td> </tr> <tr> <td>Totalt:</td> <td>3741</td> <td>5130</td> <td>7022</td> </tr> </table> 2010: 89% av HLM förskriver FaR		2008	2009	2010	HLM	3024	4520	5610	Rehab	637	472	1273	Psykiatri	80	138	(138)	Totalt:	3741	5130	7022
	2008	2009	2010																						
HLM	3024	4520	5610																						
Rehab	637	472	1273																						
Psykiatri	80	138	(138)																						
Totalt:	3741	5130	7022																						
Ungdomsmottagningarna ska förskriva FaR®	95 % av ungdomsmottagningarna ska förskriva FaR® år 2012	WIM till UM	Årligen från 2011	HSN-f	Ej tillgängligt ännu.																				

	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på ungdomsmottagningarna	WIM till UM	Årligen från 2011	HSN-f	Ej tillgängligt ännu.
Mödravårdscentralerna ska förskriva FaR®	95 % av mödravårdscentralerna ska förskriva FaR® år 2012	WIM till MVC	Årligen från 2011	HSN-f	Ej tillgängligt ännu.
	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på mödravårdscentralerna	WIM till MVC	Årligen från 2011	HSN-f	Ej tillgängligt ännu.

Uppföljning av prioriterat område 3: Behandlande insatser riktade mot barn och vuxna med fetma

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR	RESULTAT
Alla med fetma (BMI ≥ 30) som söker vård ska identifieras	95 % av alla journaler gällande patienter med BMI ≥ 30 ska ha diagnosen registrerad som huvud- eller bidiagnos 2013 *)	WIM	Årligen från 2013	HSN-f	*) Går ej att mäta. Mäter i stället Antal diagnos fetma/år på HLM 2009: 15 349 Kv: 9961, Män: 5388 2010: 13 189 Kv: 8399, Män: 4790
Registreringen i BarnObesitasRegisteret i Sverige (BORIS) ska öka	95 % av barn med fetma ska registreras i BORIS år 2013 *)	BORIS	Årligen från 2009	HSN-f BUMM	*) Går ej att mäta. Mäter istället: Antal barn registrerade i BORIS 2009: 1159 Flickor: 543 o pojkar: 616 2010: 1572 Flickor: 763 o pojkar: 808

Behandling ska erbjudas enligt vårdprogram	Alla barn med fetma ska erbjudas behandling enligt vårdprogrammet från och med 2010	BORIS	Årligen från 2010	HSN-f	Går ej att mäta idag
<i>Alla vuxna med fetma ska erbjudas behandling från och med 2011</i>	Andelen vuxna med fetma som erbjudits behandling skall öka	WIM	Årligen från 2012	HSN-f	Går ej att mäta idag. Utvecklas
Barn och vuxna med fetma ska uppleva sig värdigt bemötta i vården	95 % av patienter med fetma ska uppleva sig värdigt bemötta i vården 2010	Vårdgivares egna enkäter.	Årligen från 2011	HSN-f	Går ej att mäta idag. Utvecklas

Uppföljning av prioriterat område 4: Förebyggande insatser i form av kunskapsförmedling riktade mot vuxna med övervikt

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÅR	ANSVAR	RESULTAT
Vuxna med övervikt ska få ökad kunskap om livsstilens betydelse vid övervikt	Andelen vuxna med övervikt som motionerar regelbundet minst 1–2 ggr/vecka ska öka med 10 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA	2002: 22,6 % 2006: 26,1 % 2010 Frågan ändrad i Folkhälsoenkäten! 2010: 30,5 % Kvinnor: 26,0 % Män: 34,1 %
	Andelen vuxna med övervikt som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med 5 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA	2010: 53,3 % Kvinnor: 62,6 % Män: 26,0 %

<p>Vårdgivare ska i större omfattning diskutera livsstilsfrågor med sina patienter</p>	<p>Andelen personer som besökt vården och där vårdgivaren tagit upp livsstilsfrågor i samband med besöket ska öka med 10 % varje år</p> <p>Andelen personer som fått livsstilsråd och som anser att råden bidragit till att de förändrat sin livsstil ska öka med 5 % varje år</p>	<p>Vårdbarometern</p> <p>Vårdbarometern</p>	<p>Årligen</p> <p>Årligen</p>	<p>HSN-f</p> <p>HSN-f</p>	<p>2008 : 30 procent 2009 : 31 procent 2010: Frågan har utgått</p> <p>2009: 37 procent 2010: Frågan har utgått</p>																				
<p>Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) ska öka</p>	<p>Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR[®]) ska öka successivt på husläkarmottagningarna, rehabmottagningarna, inom psykiatrin samt på ungdomsmottagningarna och mödravårdscentralerna</p> <p>Från år 2011 ska ungdomsmottagningarna registrera FaR[®]</p> <p>Från år 2011 ska mödravårdscentralerna registrera FaR[®]</p>	<p>WIM-enkät till HLM, rehab och psykiatrin samt ungdomsmottagningarna och mödravårdscentralerna</p> <p>WIM till UM</p> <p>WIM till MVC</p>	<p>Årligen</p> <p>Årligen från 2011</p> <p>Årligen från 2011</p>	<p>HSN-f</p> <p>HSN-f</p> <p>HSN-f</p>	<table border="1" data-bbox="1165 918 1468 1097"> <thead> <tr> <th></th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HLM</td> <td>3024</td> <td>4520</td> <td>5610</td> </tr> <tr> <td>Rehab</td> <td>637</td> <td>472</td> <td>1273</td> </tr> <tr> <td>Psykiatri</td> <td>80</td> <td>138</td> <td>(138)</td> </tr> <tr> <td>Totalt:</td> <td>3741</td> <td>5130</td> <td>7022</td> </tr> </tbody> </table> <p>2010: 89% av HLM förskriver FaR</p> <p>Ej registrerat 2010</p> <p>Ej registrerat 2010</p>		2008	2009	2010	HLM	3024	4520	5610	Rehab	637	472	1273	Psykiatri	80	138	(138)	Totalt:	3741	5130	7022
	2008	2009	2010																						
HLM	3024	4520	5610																						
Rehab	637	472	1273																						
Psykiatri	80	138	(138)																						
Totalt:	3741	5130	7022																						

Uppföljning av prioriterat område 5: Förebyggande insatser till normalviktiga vuxna

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR	RESULTAT
Normalviktiga vuxna ska erbjudas kunskap om hur man motverkar risken att bli överviktig och fet.	Vårdguiden ska på sin webbplats ha frågor relaterade till övervikt och fetma under minst en vecka fyra gånger per år	Antal besök på hemsidan Vårdguiden sammanställer svaren	Årligen, 2011-2013	HSN-f; Vårdguiden	Finns idag Hälsotema och artiklar om övervikt och fysisk aktivitet som uppdaterats
	Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som som motionerar regelbundet minst 1–2 ggr/vecka ska öka med 10 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA	2010: Ändrat frågan i Folkhälsoenkäten 2010: 39,3 % Kvinnor: 37,6 % Män: 42,4 %
	Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med 5 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA	2010 : 61,5 % Kvinnor: 67,2 % Män: 51,2 %
Samverkan kring förebyggande arbete med övervikt och fetma i länets kommuner ska utvecklas	Sjukvårdsstyrelserna i landstinget ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets alla kommuner.	Folkhälsa/övervikt o fetma är en stående punkt vid politikernas samverkansmöten	Sammanställning årligen med start 2010	HSN-f	Har informerats om Handlingsprogram i några samverkansmöten mellan sjvstyrelse o kommunpolitiker

2. Uppföljning av de sju strategierna i Åtgärdsplan för implementering av Handlingsprogrammet

Uppföljning av de sju strategierna presenteras under respektive strategi.

2.1 Strategi 1. Styra via avtal/upphandlingar samt planera och förbättra uppföljningar av avtal

Finns idag krav i uppföljning av avtal med HLM, primärvårdsrehabilitering att antal förskrivna FaR skall registreras via webbaserad inrapporteringsmall (WIM). På samma sätt skall BMI registreras på patienter med diagnos diabetes eller hypertoni.

2.1.1 Resultat från webbaserad inrapporteringsmall (WIM) för år 2010 (FaR och registrering av BMI vid diagnos diabetes eller hypertoni)

Uppgifter är sammanställda från den sedvanliga inrapporteringsmallen som HLM rapporterar in via varje år. 196 HLM har svarat på denna inrapporteringsmall. Rehabiliterarna rapporterar vi en egen webbaserad inrapporteringsmall.

Antal förskrivna FaR i primärvården år 2010

21 av totalt 196 HLM förskriver ej FaR dvs 10,7 %. Ca 11%

Med andra ord skrev 89% av HLM FaR 2010

jämfört med 67 % år 2009

Verksamhet

	År 2008	År 2009	År 2010
HLM	3024	4520	5610
Rehab	637	472	1273 *)
Psykiatri	80	138	(138)**
Totalt	3741	5130	7022

*) kvinnor: 804 män: 369

) Inga resultat finns redovisade 2010. Om man antar att man inom psykiatri förskrivit lika många FaR 2010 som 2009 skulle den **totala siffran för 2010 bli 7022 förskrivna FaR år 2010 jämfört med 5130 år 2009 och 3741 år 2008.

HLM som skriver många FaR 2010 (enligt sedvanlig WIM 2010)

Husläkarmottagning	Antal FaR 2010
Vallentunadoktorn	230
Ekerö Vårdcentral	198
Tyresöhälsan	195
Carema Vårdcentral Farsta	191
Tensta Vårdcentral	153
Täby Centrum doktorn	142
Gustavsbergs Vårdcentral	120
Capio Citykliniken Narvavägen 5	120
Carema Vårdcentral Lina Hage	114
Boo Vårdcentral	112
Carema Vårdcentral Wasa	104
Nya Järva Vårdmottagning	100

Resultat av hur HLM registrerar vikt och längd alternativt BMI på patienter med diabetes- eller hypertoni-diagnos 2010 enligt sedvanlig WIM 2010

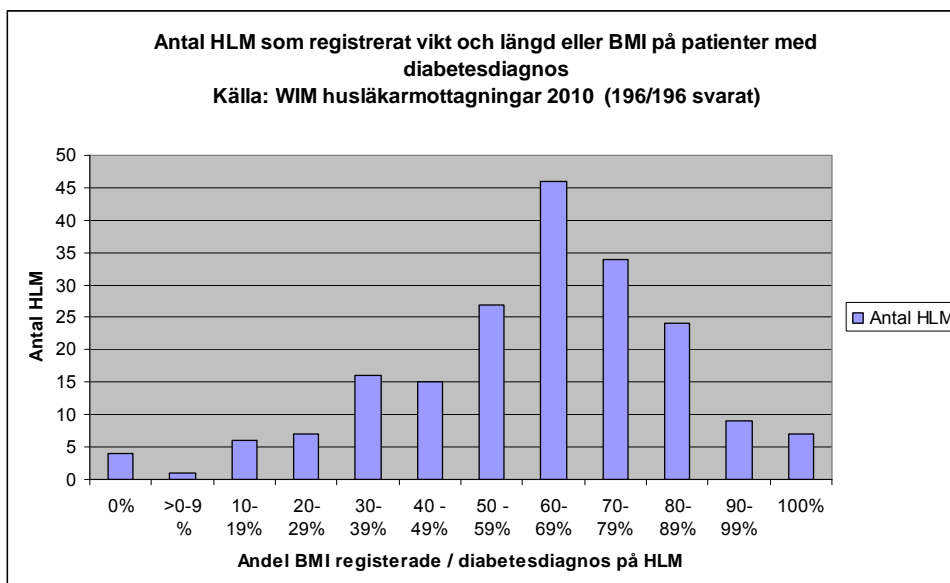
Källa: WIM husläkarmottagningar 2010 (196 mottagningar)

Diabetespatienter där man mätt BMI 63%

48422 har diagnosen diabetes

30274 av dessa har mätts vikt o längd eller BMI 2010

Dvs 63% av alla diabetespatienterna mäts BMI

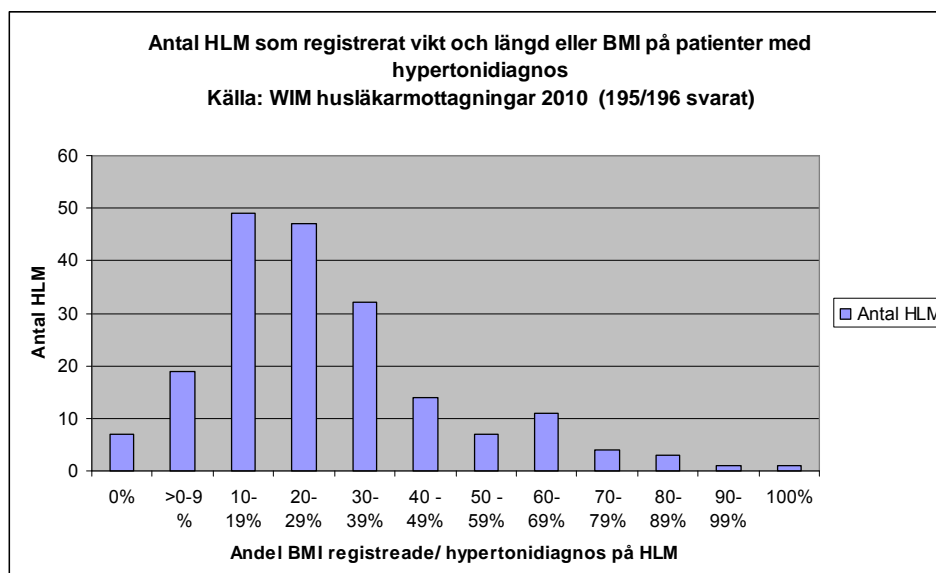


Hypertonipatienter där man mätt BMI 27%

129786 har diagnosen hypertoni

35639 av dessa har mätts vikt och längd eller BMI 2010

Dvs 27% av alla hypertonipatienter mäts BMI



2.1.2 Resultat av webbaserad enkät angående Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 samt FaR december 2010

Sammanfattning av enkätresultaten

Sedan 2004 har ”Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 i SLL” och sedan 2007 har Riktlinjer för fysisk aktivitet på recept; FaR funnits i Stockholms län.

För att få reda på hur husläkarmottagningarna i Stockholms län arbetar med Handlingsprogram övervikt och fetma och Fysisk aktivitet på recept, FaR skickades den 30 november 2010 en webbaserad enkät till alla husläkarmottagningar i SLL. 76,4 % av mottagningarna (motsvarar 152 HLM av totalt 199 mottagningar) svarade efter påminnelse och förlängning av svarstiden till den 23 december 2010 på enkäten.

78% av mottagningarna kände till att det fanns ett Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 och nästan hälften 49% av dessa hade använt programmet.

57 % av HLM har lokala rutiner för att arbeta med övervikt och fetma och av dessa har 71 % muntliga och 29 % skriftliga rutiner. Drygt 53 % av mottagningarna har en kontaktperson för övervikt och fetma och 95 % har möjlighet att erbjuda behandling för övervikt och fetma på sin vårdenhet, framför allt enskilda besök hos läkare eller sjuksköterska, kurator eller dietist samt FaR. 89 % av mottagningarna hänvisar också patienter med övervikt och/eller fetma att ta kontakt utanför hälso- och sjukvården, vanligast till Viktväktarna och idrottsföreningar. Man använder sig främst av broschyrer, matdagbok eller fysisk aktivitetsdagbok vid de enskilda kontakterna med patienter med övervikt och/eller fetma.

Både bland de mottagningar som inte kommit igång och de som kommit igång med övervikts/fetmabehandling önskade 55 – 58 % 1-2 timmars information för hela mottagningen och 26 - 37 % önskade också handledning av personer på mottagningen.

99 % av mottagningarna känner till att det finns riktlinjer för fysisk aktivitet på recept i SLL.

Drygt 91 % förskriver FaR. 62 % av husläkar- mottagningarna har lokala rutiner för att arbeta med FaR och av dessa är 68 % skriftliga rutiner. 37 % har en kontaktperson/samordningsansvarig för FaR. Vanligast är att man använder FaR vid **behandling av** övervikt, fetma, diabetes, högt blodtryck och depression. Men nästan lika många mottagningar använder FaR som **förebyggande** av högt blodtryck, diabetes och depression.

De mottagningar som inte kommit igång med att förskriva FaR och de som kommit igång önskade 50 - 60 % 1-2 timmars information om FaR för hela mottagningen. Ca 20-21% av mottagningarna önskade handledning av personer på mottagningen och 28 -29 % av mottagningarna önskade 1-2 dagars utbildning för enskilda personer i FaR.

2.1.3 Resultat angående förekomst av övervikt och fetma i Stockholms län enligt Folkhälsoenkät 2010

Antal personer och andel i befolkningen i Stockholms län med fetma 2002, 2006 och 2010

(Åldersstandardiserat med 2010 som standardpopulation)

MÄN	2002		2006		2010	
Fetma (BMI)	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Totalt (>=30)	1363	10,0%	1632	10,6%	1682	12,4%
Klass 1 (30-34,9)	1139	8,3%	1340	8,8%	1386	10,2%
Klass 2 (35-39,9)	173	1,3%	223	1,4%	250	1,8%
Klass 3 (>=40)	51	0,4%	69	0,4%	46	0,3%

KVINNOR	2002		2006		2010	
Fetma (BMI)	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Totalt (>=30)	1445	9,0%	1896	10,5%	1804	11,0%
Klass 1 (30-34,9)	1068	6,7%	1417	7,9%	1343	8,2%
Klass 2 (35-39,9)	283	1,7%	348	1,9%	359	2,2%
Klass 3 (>=40)	94	0,6%	131	0,7%	102	0,6%

Slutsats: Andelen personer med fetma har ökat både bland män och kvinnor sedan 2002.

Utvecklingen av Medel-BMI i Stockholms län 2002, 2006 och 2010

BMI: kg/ m ² 18-65 år	2002	2006	2010
Män			
Medel-BMI	25,5	26	25,9
Kvinnor			
Medel-BMI	24	24	24,5

Slutsats: Medel-BMI ligger i stort sett på samma nivå sedan 2002

Utveckling av övervikt och fetma bland ungdomar 18- 24 år i Stockholms län

Ungdomar 18-24 år	2002	2006	2010
Män			
Andel BMI ≥ 25 kg/m ²	24,1	22,5	25,0
Kvinnor			
Andel BMI ≥ 25 kg/m ²	14,3	14,4	17,0

Slutsats: Andelen ungdomar med BMI ≥ 25 kg/m² har ökat både bland män och kvinnor sedan 2002.

2.2 Strategi 2. Planera och stödja implementeringen samt följa upp implementeringen

2.2.1 Utskick av kortversionen "Lägre vikt på sikt" och "Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013".

Ett utskick av kortversionen "Lägre vikt på sikt" samt ett medföljande beställningsbrev för beställning av kortversionen samt Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 till ca 900 verksamhetschefer genomfördes under oktober och november och ett likadant utskick till alla 38 kommuner och stadsdelars socialchefer och barn- och ungdomschefer samt 286 skolsköterskor inom åk 9 genomfördes i december 2010.

700 "Lägre vikt på sikt" samt ca 900 exemplar av handlingsprogrammet har beställts. 20% av HLM och 20% av MVC hade beställt i mars 2011. En påminnelse via mail gjordes till de som ej beställt.

2.2.2 Information om Handlingsprogram övervikt och fetma samt FaR på Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och politiska beredningar

Informationsmöte för alla berörda avtalshandläggare hölls i juni 2010.

Ytterligare information har givits till enheten för kvinnor och barn (september 2010) samt för enheten psykiatri och missbruk i februari 2011. Psykiatriberedningen samt barn- och ungdomsberedningen informerades hösten 2009 och våren 2010 före beslut i HSN. Barnberedningen informerades återigen i maj 2010.

Pensionärsråd HSN informerades i juni 2010 samt Pensionärsrådet LSF i mars 2010.

2.2.3 Information om Handlingsprogram övervikt och fetma samt FaR på dialogmöten med verksamhetschefer

Information om Handlingsprogrammet och FaR har givits vid dialogmöten med verksamhetschefer på barn och ungdomsmedicinska mottagningarna i juni 2010 samt oktober 2010, Primärvårdsrehab september 2010 och privata rehabenheter samt mödrahälsovårdsöverläkare och samordningsbarnmorskor informerades i oktober 2010. Vid två tillfällen i november 2010 och ett tillfälle i februari 2011 har personal på ungdomsmottagningarna bjudits in för utbildning i Handlingsprogrammet och FaR.

Seminarier på FaRs dag den 10 november 2010 deltog ca 120 personer och då var temat Handlingsprogram övervikt och fetma.

2.3 Strategi 3. Upprätta kommunikationsplan för implementeringsarbetet

Kommunicera innehållet i handlingsprogrammet och göra det känt via olika kanaler och i dialog med olika aktörer. Planera in workshops och seminarier samt ta fram material/verktyg för vårdgivarna t.ex en kortversion/lathund samt föra in handlingsprogrammet i VISS (Vårdinformation i Storstockholm, www.viss.nu)

2.4 Strategi 4. Öka kunskap och kompetensutveckling via t.ex utbildningar

Genom uppdrag till bl.a Centrum för Allmänmedicin; CeFAM och Norrtulls Överviktscentrum mfl. tillhandahålls utbildningar i behandling av övervikt och fetma samt fysisk aktivitet på recept; FaR till vårdgivare

2.4.1 Verksamhetsberättelse 2010 utbildningsinsatser angående övervikt och fetma, CeFaM

Liselotte Kuehn, Vårdutvecklingsledare – övervikt

Följande aktiviteter har genomförts:

- Ett antal enheter har fått besök, se bilaga. Vissa har besökts en gång, andra ett flertal gånger. Utöver detta har deltagare från andra enheter gått utbildningar och kurser på Cefam och KI. Vid första besöket har handlingsprogrammet gått igenom. För de mottagningar där fler besök har gjorts har deltagarna fått önska vad de velat gå in på djupare. Några exempel på teman som önskats är:

- Hur tar du upp överviktsfrågan med patienten?
- Teman att diskutera med den överviktiga patienten
- Hur kan man behandla eller diskutera livsstilsfrågor i grupp?
- MI
- Samarbetat med projektledarna i FaR med utbildning i MI samt information om handlingsprogrammet har utförts.
- Stockholm Obesitasdagar har arrangerats tillsammans med obesitas kirurger och medicinska specialisterheter. Organisationskommittén, där vul ingått, har ansvarat för det vetenskapliga programmet. Dag 2 arrangerades en workshop med inriktning mot primärvården.
- Har i samarbete med LUC-D anordnat kurser i livsstilsförändring där de fått information om handlingsprogrammet.
- Föreläsningar om handlingsprogrammet har genomförts på utbildningarna för sjuksköterskor, företagssköterskor och distriktssköterskor samt sjukgymnaster. Detta har gjorts i samarbete med Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle på KI samt Röda Korsets högskola.

Hinder

Samarbetet mellan specialist enheterna och primärvården behöver utökas framförallt för att patienterna ska få en adekvat behandling innan de remitteras samt uppföljning efter fullföljd behandling på specialistklinikerna. Detta gäller både medicin och kirurgi patienter. Det behövs tid och resurser för att detta samarbete ska kunna förbättras.

Det skulle underlätta om det i varje CKU fanns en ansvarig person/enhet som kunde jobba inom området för att stödja till att aktivt jobba med överviktsproblematiken. Ett ansvar skulle vara att stärka vårdkedjan samt öka samarbetet mellan mödravården, barnavården och vårdcentralerna. Dessa enheter (mvc,bvc) möter patienten samt deras barn i en tid av livet då det kan vara lätt att motivera till förändring. Dessa enheter har dock inte möjlighet att behandla dem utan ska då på ett smidigt sätt kunna remittera dem till vårdcentralen, alternativt specialist enhet då det krävs. En förebild som vi idag har är Hälsoenheten i Södertälje.

Tjänsten på 50 % är alldeles för liten för att kunna jobba med respektive enhet vilket krävs för att få enheterna att ska börja jobba mer aktivt. Det krävs många besök för att få till en förändring.

Möjligheter

De vårdenheter som framgångsrikt jobbar enligt handlingsprogrammet har flera faktorer som är gemensamma. De har diskuterat i hela personalgruppen kring hur arbetet ska gå till. De har speciellt utsedd personal som är ansvarig för vård utvecklingen inom området. Personalen

får avsätta tid för arbetet. Det finns ett stöd från verksamhetschefen samt kollegor för arbetet. På vissa enheter har även ett speciellt rum gjorts i ordning för att underlätta för patienten att väga och mäta sig.

De enheter som har haft upprepade kontakter med mig har i både stor och liten skala mer aktivt börja jobba med patientgruppen. Oftast har initiativet kommit från distriktssköterskegruppen.

Jag samarbetar med specialistenheterna för övervikt för att utveckla vårdkedjan. Detta för att kunna informera och stödja primärvården i att både kunna behandla patienterna själva samt få kunskaper om hur remisshanteringen ser ut.

Den allmänna debatten gör att området övervikt lyfts fram vilket bör underlätta arbetet med handlingsprogrammet.

Den nya regelboken är ett bra stöd för att stimulera enheterna att jobba aktivt med överviktiga patienter.

2.4.2 Verksamhetsberättelse 2010 utbildningsinsatser angående övervikt och fetma, ÖverviktsCentrum Norrtull

Uppdrag: Stöd till implementering av Handlingsprogram för Övervikt och fetma ÖverviktsCentrum Norrtull

Lena Insulander, utbildningssjuksköterska, ÖverviktsCentrum Norrtull

Vad har hänt i projektet under 2010?

- Det reviderade Handlingsprogram övervikt och fetma (HPÖ) antogs 2010.
- Information till beställarhandläggare om utbildningar inom ramen för HPÖ genomfördes i juni.
- Deltog i fortlöpande möten med Lena Svantesson, Utredare Folkhälsa, HSNf, Liselotte Kuehn, vårdutvecklingsledare övervikt CeFAM och Jill Taube, projektledare FaR i SLL, CeFAM för att samordna implementering av HPÖ och FaR.
- Initiativ till enkät till vårdenheterna om deras överviktsarbete, kunskapsbehov mm. Enkäten besvarades i dec 2010. Resultatet kommer att bearbetas 2011.
- Informationsmaterial om kontaktvägar för utbildning påbörjades.
- Deltog som föreläsare på FaRs dag i november. Beskrev erbjudandet av utbildningar i SLL om HPÖ och FaR

Genomförda utbildningar

Det kursutbud som ÖverviktsCentrum har utvecklat gavs även under 2010. Vi genomförde 2 utbildningar om **5-dagar**. Följande enheter gick deltog:

HLM Täby C, Husläkarna Margretelund, Riksby VC, Carema vårdcentral Skogås, Ektorps VC, Capio vårdcentral Högdalen, Kvartersakuten Surbrunn, S:t Eriks vårdcentral, Täby vårdcentral, Carema vårdcentral Upplands Väsby, Brandbergens vårdcentral, Bollmora vårdcentral. Från specialistvården deltog följande enheter: Kirurgmottagningen Ersta sjukhus, Endokrinmottagningen Karolinska-Huddinge, MVC Danderyds sjukhus, Opplundahemmet, Knutby, Lillälvsgården, Järvsö

Vi hade totalt 26 deltagare men plats för 40 st. Det är ett stort problem att få deltagare till kurserna. Trots att kraft har lagts på annonsering speciellt efter ”nylansering” av HPÖ så fylls inte kursplatserna.

Kursen om **1 dag till ST-läkare** i allmänmedicin gavs vid 2 tillfällen under året. Deltagarna kom från följande enheter:

Sigtuna VC, Familjeläkargruppen Odenplan, Årsta VC, Märsta närvård, Stuvsta VC, Fittja VC, Ektorps VC, Gubbängens VC, Tranebergs VC, Kronans VC, Carema vårdcentral Södermalm, Capio vårdcentral Ringen, Västra Skogens VC, Huvudsta VC, Vårby VC, Kvartersakuten Surbrunn.

Totalt 20 deltagare och trots att vi upplever ett snabbare gensvar vid annonsering så finns det fler platser även här.

Den **samtalsutbildning** som vi startat under 2010 planerades och genomfördes en gång. Den omfattar totalt 3 dagar.

Deltagarna kom från: Dalens VC, Täby Primärvårdsrehab och Upplands Väsby BUMM.

Erfarenhetsmässigt så har utbildningar som innebär videoinspelning svårare att få deltagare men här kommer vi att annonsera i våra andra utbildningar och med direktannonsering till tidigare kursdeltagare.

Utvärdering av utbildningarna

Genomgående så är kursdeltagarna nöjda med utbildningen och de har också värderat användbarheten i vardagsarbetet högt. Vi arbetar kontinuerligt för att utveckla utbildningarna i enlighet med kursdeltagarnas önskemål och våra efterenheter.

Annonsering

Under våren och även hösten användes direktutskick till verksamhetscheferna. Tyvärr kunde utskick inte samordnas med att information om Handlingsprogrammet skickades ut. Information om utbildningarna finns på vår hemsida.

5-dagarskursen har funnits på Janus-fortbildning och finns nu på Uppdragsguiden.

ST-utbildningen skickas direkt till kurssekreterare för ST på CeFAM som för informationen vidare till studierektorer och ST-Forum.

Från utvärderingarna kan vi utläsa att kursdeltagarna uppger att de får information om

5-dagarskursen via: arbetskamrater tex de som gått utbildning (12 st), verksamhets-chefen (9 st), kontakt med ÖverviktsCentrum (5 st), CeFAM (1 st).

ST-kurs: från studierektor och ST-Forum är vanligaste sättet att få information om utbildningen.

Täckningsgrad för utbildning

Jag genomförde en kartläggning av områden inom SLL där ÖverviktsCentrum eller CeFAM haft kontakt utifrån kursdeltagare och de kontakter Liselotte Kuehn haft med vårdcentralerna.

Många kontakter: Haninge, Huddinge, Järfälla, Norrtälje, Enskede-Årsta-Vantör, Spånga-Tensta, Södertälje, Värmdö, Österåker.

Få kontakter: Botkyrka, Danderyd, Ekerö, Lidingö, Nacka, Katarina-Sofia, Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm, Hägersten-Liljeholmen, Skärholmen, Älvsjö, Bromma, Hässelby-Vällingby, Tyresö, Täby

Ingen kontakt: Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Skarpnäck, Kista-Rinkeby, Sundbyberg, Upplands-Bro, Upplands-Väsby, Vallentuna, Vaxholm.

Sammanfattning av året 2010

- Utbildning finns att söka. Många enheter har kommit i kontakt med antingen ÖverviktsCentrum eller CeFAM. Men det finns områden som helt saknar personal som gått utbildning.
- Under 2010 tog ÖverviktsCentrum mot ca 900 remisser. Många av dem saknar information om insatser för viktminskning på den remitterande enheten vilket är ett av kraven för accept.
- Det talar för att incitament saknas för verksamhetscheferna att arbeta med övervikt och fetma. Remisser skickas men man satsar inte på utbildning för den egna personalen för att lokalt arbeta med övervikt/fetma.

Tankar om 2011

- Kan samordnade kontakter vara ett sätt att nå verksamheterna?
- Utmaning att hitta ett sätt att följa upp så att verksamheterna stimuleras att arbeta med övervikt och fetma

2.4.3 Verksamhetsberättelse 2010 fysisk aktivitet på recept; FaR i SLL, CeFAM

Ing-Mari Dohrn och Jill Taube, projektledare för FaR i SLL, CeFAM

Kurser 2010 Kom igång med FaR:

Januari 12, juni 13 samt november 12. Totalt 37 personer deltog. Blandade yrken som tidigare.

Totalt har vi träffat, utbildat, föreläst för 2316 personer, varav 229 inom psykiatrin. De flesta är vårdgivare, men även patienter och anhöriga (från psykiatrin), men också blivande vårdgivare (under utbildning) och även allmänhet på "fria kurser".

Antalet bokningar i primärvård har minskat och annat som psykiatri och vårdgrenar som vi nischat oss emot. Bokningarna mot Ungdomsmottagningar har ökat.

Vi har också träffat ca 300 blivande pensionärer i SLL och pratat allmänt om fysisk aktivitet och välbefinnande.

Vi har båda varit aktiva i flera olika nätverk med anknytning till fysisk aktivitet. Hälsofrämjande sjukhus och andra vårdorganisationer (HFS) och Hälso- och sjukvårdens Nationella nätverk för FaR (HoSnnfF).

Jill har sedan hösten 2009 suttit i en styrelse Yrkesföreningen för fysisk aktivitet (YFA) och Ing-Mari har hösten 2010 påbörjat en doktorandutbildning.

Sammanställning av aktiviteter i FaR i SLL år 2010

Aktivitet	Antal tillfällen	Antal Deltagare i SLL	Varav tillfällen i psykiatrin	Varav deltagare i psykiatrin
Egna 2 dagarskurser "Kom igång med FaR":	3	36		
Bokad heldagsutbildning:	2	14	0	0
Bokad halvdagsutbildning	8	81	1	14

Föreläsning/utbildning på andra kurser/temadagar o dyl	45	1694		
Info (60 min) på VC/enheter	14	163	5	77
Föreläsning för patient/anhöriga inom psykiatri			9	138
Egna heldagskonferenser "Mors dag"	2	240		
"FaRs dag III/Fys akt vid fetma och övervikt + "Handlingsprogrammet"	1	88		
Kvällsföreläsning "Mr Tourette"				
TOTALT i SLL	75	2316	12	229

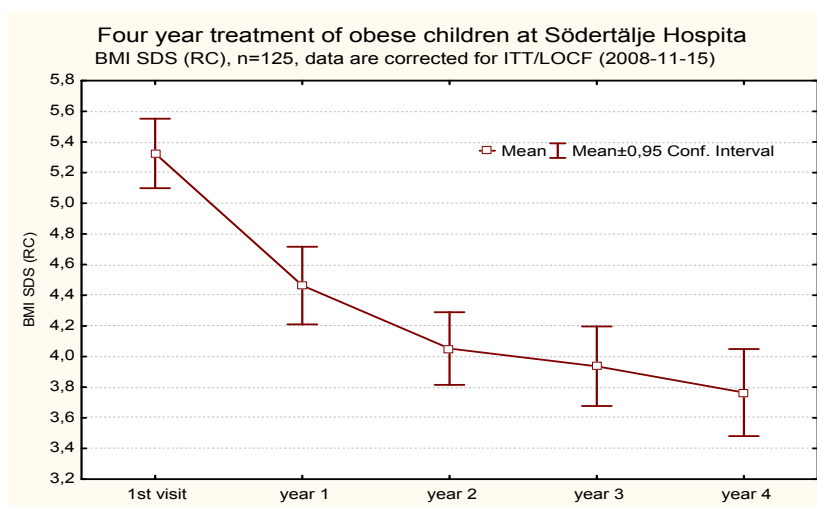
2.5 Strategi 5. Stärka vårdkedjan för BARN

Genom pågående projekt som vid goda resultat införlivas i ordinarie verksamhet. Exempel på pågående projekt är; Utveckling av en sammanhållen vårdkedja för barn med fetma i SLL på fem Barn och ungdomsmedicinska mottagningarna (BUMM) enligt Södertäljemodellen och Ungdomsmottagningen 16-25 år på Överviktscentrum Norrtull

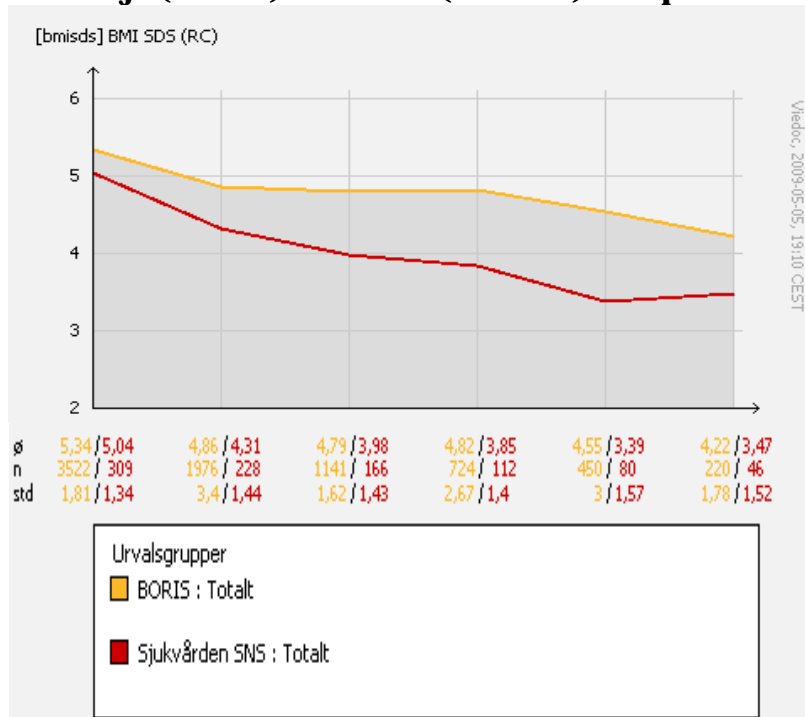
Södertäljemodellen för behandling av barn med fetma

Efter ett inledande besök följer en obligatorisk introduktionsträff där teamet presenterar sig. Därefter startar föräldrautbildningen som alla föräldrar skall gå. Under sju veckor följer regelbundna veckomöten med föreläsningar och diskussioner i smågrupper. Parallellt med föräldrautbildningen går barnen i viktskolan, en åldersanpassad aktivitet med lek och fysisk aktivitet. Efter denna gemensamma inledning fortsätter behandlingen med enskilda besök och fortsatt fysisk aktivitet. Metoden fokuserar på bättre kost och ökad fysisk aktivitet som framgångsfaktorer. Aktuell forskning visar att föräldrarnas roll i förändringsarbetet är viktig, varför stöd erbjuds till både föräldrar och barn

genom enskilda besök och olika gruppverksamheter under lång tid. Resultat från Barn Obesitasregistret i Sverige; BORIS visar att Barnläkarmottagningen i Södertälje som arbetat i team sedan flera år tillbaka ser goda resultat i sin fyraårsuppföljning av barn med fetma registrerade i BORIS. Se nedan.



Södertälje (n=309) vs BORIS (n=3 522) "snapshot" 5/5/09



Källa BORIS, BORIS dagen 22/10 2010

Figurerna visar att Södertälje BUMM har goda resultat. ”Det är den första långtidsutvärderingen kring behandling av barnfetma enligt SLL’s Handlingsprogram vid en enskild barnläkarmottagning och de preliminära resultaten är mycket lovande. Resultaten bör dock utvärderas närmare och jämföras med andra patientgrupper i BORIS”. *Kommentar från BORIS dagen 2010*

I rapporten ”Barns och ungdomars hälsa 2010 – en uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser” (Carin Bokedal) skriver man ”En rimlig tolkning är att 88% av de barn och ungdomar som fick diagnosen fetma också registrerades i BORIS, vilket styrker ett mycket bra användande av BORIS inom länet.” De projekt kring en sammanhållen vårdkedja för barn med fetma som beskrivs nedan innefattar att mottagningen registrerar i BORIS. Resultaten från dessa mottagningar får följas över tid.

2.5.1 Årsrapport 2010 av projektet ”En sammanhållen vårdkedja för barn & ungdomar med fetma inom SLL”

Jan Ejderhamn, , Signy Reynisdottir, Sven Klaesson och Svante Norgren

Bakgrund

Projektet godkändes av HSN den 31 januari 2008 och en skriftlig överenskommelse mellan HSN-f och uppdragstagarna undertecknades april 2008. **Syftet** är att skapa förutsättningar för och utvärdera effekterna av en sammanhållen vårdkedja för barn med fetma enligt SLL Handlingsprogram. **Målsättningen** är att fyra utvalda barnmottagningar (Huddinge, Liljeholmen, Bromma och Upplands Väsby) skall med särskilt stöd under två år (inklusive upparbetning och avveckling av projektet) etablera fungerande, tvärprofessionella och självgående behandlingsteam för barn med fetma.

En **styrgrupp** bildades bestående av Svante Norgren och Jan Ejderhamn (Karolinska Universitetssjukhuset), Signy Reynisdottir, (Överviktscentrum Karolinska) och Sven Klaesson (Södertälje Sjukhus). Därefter utsågs en **projektledning** bestående av Anna Bohlin, (Södertälje) och Ricard Nergårdh (Rikscentrum) som också bildade det blivande **coachingteamet**.

Det aktuella året, 2010

Styrgruppen har under 2010 hållit tre möten, varav alla tillsammans med projektledningen. De har rapporterat till uppdragsgivarna (HSN-f) vid två tillfällen under 2010.

Coachingteamet har under 2010 liksom under 2009 haft kontinuerlig kontakt med teamen via besök, mail och telefon och funnits tillgängligt för

råd. Besök har gjorts vid planerade teammöten på mottagningarna och när det har efterfrågats. Teamen har haft olika behov av stöd för att strukturera arbetet och komma igång med att leda grupper.

Teamen

Sammansättningen av personal i teamen har under 2010 i princip varit oförändrad jämfört med under 2009 vilket medfört att projektet inte har behövt upprepa tidigare genomförda utbildningar. Nivån av erfarenhet och kunskap i teamen är mycket högre jämfört med under åren 2008 och 2009. Under våren och sommaren 2010 deltog ett flertal av teammedlemmar i SOD (Stockholms Obesitasdagar 20-21/5) eller SPOC (Scandinavian Pediatric Obesity Conference 9-10/7). Under hösten hölls en utbildningsdag (23/11) med psykolog Viveca Ernmark på temat Positiv psykologi. 15 personer från team och projektledning deltog i utbildningen. Den 29 nov höll Ricard Nergårdh en föreläsning för teamen med temat "Endokrinologiska problem hos barn med fetma".

Gruppverksamheter

Föräldrautbildning och viktskola har under året genomförts med ett högre antal deltagande föräldrar och barn jämfört med år 2009 troligen beroende på att implementeringen av behandlingskonceptet nu slagit igenom fullt ut. Totalt erbjöds 273 barn och deras föräldrar att delta i utbildningarna. Ca 36 % av familjerna fullföljde gruppundervisningen, det vill säga deltog i mer än 4 av 7 möten, men ytterligare 20 % var initialt med men deltog bara i 1-3 möten. 44 % tackade helt nej till att delta i undervisningen. Samarbetet med Korpen har liksom tidigare år fungerat bra.

Den 22 juni hölls ett gemensamt möte med teamen där de redovisade sina samlade erfarenheter från arbetet med föräldrautbildning och viktskola. Ett av teamen hade goda erfarenheter av att skicka ut SMS påminnelser inför träffarna. Några team har kommit till insikten att utbildningen inte får planeras in sent på våren för då krockar den med andra aktiviteter på våren och skolavslutningar vilket leder till bortfall och avhopp sent på terminen. Andra orsaker till att man avböjde eller hoppade av utbildningen var att några barn hade börjat gå ner i vikt eller att tiderna inte passade. Ett annat skäl var att familjen inte kunde ordna med transporter till mötena. Flera av teamen genomförde enkäter riktade till föräldrarna som hade deltagit i föräldrautbildningen. Enkäterna visade att de flesta föräldrarna var mycket nöjda med utbildningen och dess innehåll. Resultatet av en föräldraenkät genomförd av teamet på BUMM Huddinge redovisas i bilaga 1.

Personalens utvärdering av projektet

September 2010 genomfördes på de fyra deltagande BUMM en utvärdering av projektet genom att personalen fick besvara utvärderingsenkäter.

Resultatet av dessa redovisas nedan:

Behandlande team: (9 st svar)

Utbildningen som organiserades av coachingteamet i samarbete med Överviktscentrum Karolinska vid projektstart och senare med bl a empowerment får mycket goda vitsord.

Det har varit lätt för teamen att engagera, få råd och stöd av coachingteamet, dock har inte behandlande läkare utnyttjat dem. Orsaken till detta är oklar, men ev beror det på att läkarna i det dagliga arbetet haft svårt att avsätta tid för konsultation. Lärdom av detta blir att i framtiden ska fasta tider för konsultation, föreläsningar och gruppdiskussioner erbjudas.

All personal i teamen tycker att mottagningen nu tar hand om barn med fetma på ett bättre och mer organiserat sätt än tidigare och att syftet med projektet uppnås, dvs att man är en del av vårdkedjan och att ett nytt behandlingssätt är implementerat. En del av personalen påpekar dock att det finns ett etiskt dilemma då projektet "bara" vänder sig till barn 6-12 år. Hur ska man kunna förbättra behandlingen för barn yngre än 6 år och äldre än 12 år? Någon föreslår att man nog borde dela upp gruppbehandlingen i fler åldersgrupper än att bara ha en grupp. Fördelen med detta är då att man lättare kan åldersanpassa sitt behandlingsprogram.

Teamen vill ha resursförstärkning med mer tid för dietist, tillgång till psykolog för bland annat egen handledning, och sekreterarhjälp (bland annat för registrering i BORIS och SMS-påminnelse inför besök). Alla tycker att det är arbetsamt att rent praktiskt organisera/ta hand om gruppmötena med iordningställande av lokaler etc... För detta arbete behöver man egentligen vara fler än som det nu är. Samarbetet med Korpen har för de flesta fungerat bra.

Personal som inte ingått i behandlingsteam: (12 st svar)

Personalen kände till projektet och visste vilka av deras medarbetare som ingick i behandlingsteam. Alla tror på att barn med fetma och deras familjer kan behandlas/undervisas i grupp. De flesta hade fått rapport/rapporter (oftast vid APT) om hur projektet hade utvecklats på respektive mottagning. 10 st av 12 personer var själva positiva till att i framtiden ingå i ett behandlingsteam. Alla tycker att den egna mottagningen nu tar hand om barn med fetma på ett bättre sätt, och att behandlingen är strukturerad samt på rätt vårdnivå. Några tar dock upp problemet med att mottagningen nu bara kan erbjuda ett program för åldersgruppen 6-12 år.

Övrigt

SÖS/Nacka gruppen som också driver implementering enligt samma behandlingskoncept som SVK har under året deltagit på projektets utvärderings och utbildningsdagar..

EKONOMI

<i>Tillgångar vid årets början</i>	3 108 047
<i>Intäkter under året</i>	0 kr
<i>Utgifter under året:</i>	
Personalkostnader	1 668 502 kr
Övriga personal kostnader	8 251 kr
Hyror (Korpen)	25 577
Sjukvårdstjänster	181 258 kr
Övriga tjänster & kostnader	418 748 kr
<i>Utgifter totalt under året</i>	2 302 335 kr
<i>Tillgångar vid årets slut</i>	805 711 kr

Sammanfattning av året

En av årets delmålsättningar var att tydliggöra att projektet i första hand handlar om patientflöde och processer. Detta har lyckats då ett större antal barn och familjer har kunnat erbjudas att delta i SVK projektet. Andelen familjer som väljer bort handlingsprogrammet är i paritet med vad man ser i all behandling av fetma hos vuxna. Barn som av åldersskäl ej involveras i projektet erhåller traditionell behandling med läkarbesök och enskilda besök till sjuksköterska och dietist.

Framtiden

Styrgruppen har under hösten 2010 ansökt hos HSN-f att få medel för att få fortsätta att driva behandlingen av feta barn enligt handlingsprogrammet vid de fyra BUMM som deltagit i projektet och att få starta behandling vid två nya BUMM (Jakobsberg och Järva). Kostnaderna för att driva den här typen av behandling ryms inte i BUMMs vanliga kostnadsbudget. Enligt beslut taget av HSN-f den 18 januari 2011 har endast hälften av ansökta medel beviljats för att fortsätta driva behandlingen vid de fyra BUMM som deltagit i SVK. Styrgruppen ska därför efterhöra med HSN-f om överskjutande medel från SVK-projektet kan användas för detta ändamål. Ett annat framtida mål är att försöka ta fram ett handlingsprogram med liknade inriktning som SVK-projektet för barn yngre än 6 år samt för barn över 12 år.

Stockholm

2011-02-14

Sven Klaesson

Svante Norgren

Signy Reynisdottir

Jan Ejderhamn

2.5.2 Årsrapport 2010 Sachsska Barnmottagningen Nacka/Värmdö

Björn Rathsman, Eva Ullman o Michael Löfstedt

Syfte

Projektets syfte är att etablera ett strukturerat öppenvårdsprogram för behandling av obesitas inom Sachsska barnsjukhuset. Behandlingsmetoderna skall kunna följas och evidensbaseras nationellt. Målet är att skapa ett väletablerat remissflöde för bästa medicinska omhändertagande. Vår uppgift är dels att hjälpa barn med fetma till en hälsosam viktutveckling dels identifiera komorbiditet.

Metod

Behandlingsmetoden startade 2003 och har sedan dess utvecklats till en väl etablerad modell - Södertäljemodellen. Genom att rapportera till det svenska kvalitetsregistret BORIS (Barn Obesitas Registret i Sverige) kan metoden utvärderas och jämföra resultaten med andra behandlare i Sverige.

Södertäljemodellen

Efter ett inledande besök följer en obligatorisk **introduktionsträff** där teamet presenterar sig. Därefter startar **föräldrautbildningen** som alla föräldrar skall gå. Under sju veckor följer regelbundna veckomöten med föreläsningar och diskussioner i smågrupper. Parallellt med föräldrautbildningen går barnen i **viktskolan**, en åldersanpassad aktivitet med lek och fysisk aktivitet. Efter denna gemensamma inledning fortsätter behandlingen med **enskilda besök** och fortsatt **fysisk aktivitet**.

Metoden fokuserar på bättre kost och ökad fysisk aktivitet som framgångsfaktorer. Aktuell forskning visar att föräldrarnas roll i förändringsarbetet är viktig, varför stöd erbjuds till både föräldrar och barn genom enskilda besök och olika gruppverksamheter under lång tid.

Läkarbesök

Barnläkarkontroll erbjuds minst en gång per år. Läkaren utför en fysisk undersökning och blodprover kontrolleras för att upptäcka eventuella riskfaktorer och komorbiditet. Riksenheten för obesitas på Karolinska sjukhuset i Huddinge är en samarbetspartner. Vid **årskontrollen** ingår anamnesuppföljning, tidigare behandlingsplan utvärderas och fortsatt behandlingsplan formuleras. Data registreras i **BORIS** (Barn Obesitas Registret i Sverige) för kvalitetssäkring.

Sköterskebesök

Specialistutbildad barnsjuksköterska hanterar uppföljningskontroller på individuell basis där framgångar och svårigheter belyses. Det kan gälla allt



från motivation till kost, motion, mobbing eller något annat som påverkar barnets livsstil. Vid alla enskilda besök vägs och mäts barnen.

Sjukgymnast

Vår sjukgymnast ansvarar för viktskolan som alla barn deltar i. Där erbjuds olika roliga och givande övningar som aktiverar deltagarna. Målet är att dessa lektioner skall ge inspiration till rörelse på fritiden.

Dietistkonsultation

Dietist på Sachsska Barnsjukhuset konsulteras vid behov. Hennes roll är att diskutera barnets aktuella matvanor och ge kostråd med rätt och balanserat näringsinnehåll. En långsam förändring har visat bäst och bestående resultat. Dietisten deltar även i introduktionsträffen med obesitasgruppen.

Fysisk aktivitet

KORPEN deltar aktivt i detta projekt och medverkar vid alla träffar i viktskolan. När utbildningen avslutas kommer olika möjligheter erbjudas till fortsatt fysisk aktivitet inom KORPENS regim.

Projektet hösten 2010 och planerad fortsättning

Under hösten 2010 har vi på Sachsska Barnmottagningen Nacka/Värmdö rekryterat och slutfört en överviktsgrupp med mycket god uppslutning och utvärdering från deltagarna.

Totalt ingick 15 barn samt deras föräldrar.

Projektet finansieras en sjuksköterska på 20% samt en barnläkare på 10%. En sjukgymnast och två hälsopedagoger från KORPEN har rekryterats och ansvarat för viktskolan samt förberedelser och uppföljning.

Vi har tagit fram och producerat informationsmaterial som är anpassade för olika ålderskategorier samt införskaffat utbildningsmaterial.

Samarbetet med våra lokala partners som är remittenter har fortsatt mycket bra. Det är framförallt skolhälsovården i Nacka och Värmdö, men även BVC och övrig primärvård.

Vi har informerat om projektet för att sprida vår kunskap och uppdaterar kontinuerligt. Detta är viktigt eftersom skolläkare och skolsköterskor kommer i kontakt med majoriteten av barnen/ungdomarna och följer deras tillväxt. Rätt patientkategori remitteras till oss och både barnen och föräldrarna är välinformerade.

Samtliga deltagare har lämnat blodprover som registrerats i BORIS-registret efter medgivande för att kunna identifiera riskfaktorer och

komorbiditet samt användas som framtida utvärderingsmaterial av projektet.

En ny grupp har startat våren 2011 där första läkarbesöket är utfört. Deltagarantalet är 13 barn med föräldrar. Årskontroller på tidigare grupper är genomförda för att utvärdera resultat av interventionen.

Under 2011 planeras en utbildningsresa samt kunskapsutbyte för att optimera projektet samt stödja Sachsskas övriga öppenvårdsmottagningar med handledning.

2.5.3 Verksamhetsrapport 2007-2010 ungdomsmottagning för behandling av fetma i åldern 16-25 år vid Överviktscentrum Norrtull

Verksamhetsrapport september 2010

Signy Reynisdottir, överläkare Överviktscentrum Norrtull

För perioden 20070401 – 20100731

Bakgrund:

Behandling och prevention av övervikt och fetma är ett omfattande uppdrag som kräver en väl organiserad vårdkedja. För barn och ungdomar ansvarar skolhälsovård, primärvård och barnläkarmottagningar för de primära insatserna. För en mindre andel patienter med grav fetma och komplicerande sjukdomar finns behov av specialistvård. Detta led har tidigare saknats för ungdomar i åldern 16-18 år. Unga vuxna (18-25 år) har varit en svår grupp att motivera i behandlingsprogram på specialistmottagningar för vuxna där medelåldern har varit väsentligen högre.

I syfte att utarbeta rutiner och metoder för att arbeta med ungdomar och unga vuxna (16-25 år) med fetma fick Överviktscentrum Norrtull och Rikscentrum Barnfetma uppdraget 2007 att driva en riktad satsning i projektform under två år. Verksamheten bedrivs sedan start helt i Överviktscentrums regi, men med halvårsvis återkommande samverkansmöten med Rikscentrum. Projekttiden har förlängts till och med 2010.

I denna rapport sammanfattas verksamhetens arbete och resultat efter 3 år och 3 månader.

Remisser:

Ett fåtal patienter påbörjade behandling redan under planeringsfasen. Remissflödet har sedan dess ökat successivt. Under 2009 inkom 149 remisser varav 133 godkändes.

Inremitterande instanser:

Primärvård	38 %
BUMM	16 %
Skolhälsovård	8 %
Specialistmott barnfetma	8 %
Psykiatri	6 %
Ungdomsmott	4 %
Andra specialister	20 %
- Neurologi, endokrinologi, gynekologi, gastrokirurgi mm	

Antal inkomna remisser:	530
Antal godkända remisser	477

Antal patienter som kallats	444
Antal patienter som kommit till nybesök	296
Antal kallade som inte kommit	113
Antal på väg in	34
Antal patienter inskrivna den 100731	235

Patienter:

Uppgifter från de 296 patienter som kom till nybesök:

Ålder + kön:

Medelålder	19 år
Andel yngre än 18 år	37 %
Andel yngre än 20 år	60 %

Kvinnor 66 %, Män 34 %

BMI:

Samtliga patienter uppfyller remisskriterierna BMI>35 eller >30 med komplicerande tillstånd förutom 2 rullstolsburna patienter som hade lägre BMI.

Medel BMI i hela gruppen är 39,3 med en spridning mellan 27,9 - 68,4

BMI	Andel
<30	0,6 %
30-34,9	20 %
35-39,9	40 %
40-49,9	36 %
≥50	3,4 %

Hälsa:

Det förekom minst en psykiatrisk diagnos hos nästan 30 % av patienterna. Denna siffra är sannolikt en underskattning, då fler patienter uppvisar symptom, men har av någon anledning inte kommit till utredning eller behandling inom psykiatrin.

Kända neuropsykiatriska diagnoser och mental retardation finns hos ca 12 %, ångest och depression hos ca 13 %. Övriga diagnoser är ätstörningar, bipolär sjukdom, emotionellt instabil personlighetsstörning, missbruk samt psykos.

Förekomsten av etablerade behandlingskrävande metabola komplikationer var förvånansvärt låg, endast tre patienter har diabetes mellitus typ 2 och ingen har grava blodfetsrubbningsar. En patient har blodtrycksbehandling, men ca 15 % har gränsvärden för blodtrycksbehandling.

Hormonrubbningsar hos kvinnorna är vanliga, 8 % har diagnosen PCOS och ytterligare 9 % hade oregelbundna menstruationer och rekommenderades gynekologisk undersökning.

Tjugo procent av patienterna uppger att de är vanerökare, ytterligare 10 % uppger att de röker ibland. Astma med behandling uppges av 20 % av patienterna.

Vid inskrivningen erbjuds patienter som inte har uttalade funktionshinder att genomföra ett konditionstest (Åstrand). Resultat från de första 80 patienterna visar på en mycket låg fysisk kondition hos så gott som alla (98 %), tre patienter hade så låg kapacitet att testet inte kunde genomföras.

Sociala faktorer:

Med tanke på att 60 % av patienterna är yngre än 20 år är det väntat att 60 % studerar och endast 13 % uppger sig vara i arbete. Femton patienter (5 %) hade sjukersättning.

En hög andel patienter har utomnordiskt ursprung (drygt 40 %) och 15 % är födda utanför Sverige.

Under arbetets gång har det framkommit att förutom hög grad av egen psykiatrisk sjuklighet lever en betydande andel av patienterna under

mycket besvärliga sociala förhållanden. Missbruk, psykisk sjukdom, övergrepp, mobbning och vanvård i olika former förekommer. Ofta, men inte alltid är ärenden kända hos socialtjänsten, men utgör ändå ett hinder i behandlingen.

Behandling:

Behandlingen bygger på ett kognitivt förhållningssätt där målsättningen är att ungdomarna på sikt ska självständigt kunna hantera sina kost- och motionsvanor i olika situationer i livet. Patienten får ett arbetsmaterial med hemuppgifter att arbeta med mellan besöken som syftar till att ge struktur åt arbetet med livsstilsförändringen. Behandling anpassas efter varje individs unika behov. Varje patient har därför en personlig kontaktperson, men vid behov nyttjas hela teamet som består av läkare, sköterska, dietist, och sjukgymnast.

Patienter med funktionshinder kallas till enskilda nybesök, men övriga kommer till en inskrivningsdag då de träffar läkare, sköterska, dietist och sjukgymnast samt genomför konditionstest. Detta resulterar i en första handlingsplan som sedan följs upp och bearbetas vidare i enskilda besök hos kontaktpersonen.

Med tanke på den tunga psykosociala belastningen skulle en del av ungdomarna behöva ett mer utvecklat psykologiskt stöd. En del har redan fungerande kontakt med psykiatrin, andra har fått remiss, men det skulle vara önskvärt att ha möjlighet att erbjuda korttidsterapi för enklare intervention för de lättare fallen. Detta finns inte resurser till i dagsläget.

Kunskapsförmedling om kost och fysisk aktivitet ges dels individuellt, dels i grupp. Patienterna har möjlighet att träna eller få träningsinstruktioner för egeträning i mottagningens gym. Fysisk aktivitet på recept (FaR) tillämpas också vid behov.

Läkemedel används då det är indicerat. Tyvärr har läkemedelsverkets beslut att dra tillbaka T Reductil från marknaden försämrat behandlingsmöjligheterna avsevärt.

Lågkaloripulver och måltidsersättningar används i begränsad omfattning, men skulle kunna utökas. Här finns behov av systematisk metodutveckling och noggrann utvärdering.

Behandlingsresultat:

Att motivera patienter till att komma till behandling är en stor utmaning i denna åldersgrupp. För att förbättra följsamheten används sms

påminnelser inför besök, kontakt via telefon och mejl mellan besöken, särskilt för de patienter som har lång resväg. En gång/år skickas brev till dem som uteblivit upprepade gånger med inbjudan att återuppta behandlingen. I enstaka fall har detta resulterat i nystart med god effekt.

Under behandlingstiden hittills har ca 35 % av patienterna uppnått en viktminskning på minst 5 % av ursprungsvikten och 11 % har gått ner mer än 10 % av ursprungsvikten. Ett fåtal patienter har gått till närmast normalvikt (BMI < 27). Tyvärr tycks få kunna hålla fast vid sin nya livsstil, så många återtar en del av vikten, men vid senaste sammanställningen höll ändå 25 % av patienterna kvar en viktreduktion på minst 5 % och 8 % höll kvar en 10 % viktminskning.

Det är för tidigt att utläsa säkra framgångsfaktorer för lyckad behandling, men bäst resultat uppnås bland de patienter som arbetar aktivt i programmet. Patienter som remitteras till kirurgi är tyngre än genomsnittet och ökar ofta i vikt även under behandlingstiden. Hittills har ca 20 % av patienterna blivit remitterade till kirurgi. De erbjuds att behålla kontakten med mottagningen tills de uppsatts på väntelista till operation då de tar del av kirurgklinikernas förberedande program och eftervård efter kirurgi. Två patienter har remitterats till mottagningen efter genomgången magsäcksoperation som inte gav bestående viktreduktion efter två år.

Samverkan med andra vårdgivare:

Återkommande samverkansmöten hålls halvårsvis med Rikscentrum Barnobesitas på Huddinge för kunskapsutbyte och samordning. Enstaka samverkansmöten har hållits med obesitaskirurger och ätstörningsmottagningar samt Stockholms skolors ungdomsmottagning.

I enskilda patientärenden finns ibland välfungerande samverkan med bl a skolsköterskor, ungdomsmottagning, ätstörningsklinik och barnmottagningar. När det gäller socialtjänst, boendestödjare och psykiatri har det tyvärr i många fall varit svårarbetat och skulle behöva utökas betydligt.

Metodutveckling:

Arbetet hittills har dels fokuserat på att få till fungerande flöden från remiss till olika moment i behandlingen samt att anpassa behandlingen efter ungdomarnas unika behov. Här finns mycket kvar att förbättra och utveckla vidare.

1. För att förbättra tillgänglighet och underlätta kunskapsförmedlingen undersöks möjligheten att använda Internet på ett systematiskt sätt för

anhöriginformation, kunskapsförmedling och även löpande kontakt med patienter mellan besöken på mottagningen.

2. Ungdomarnas kostvanor skiljer sig en del från de äldre patienterna. De labvärden som tas antyder att det kan förekomma brist på vissa näringsämnen. I behandlingen läggs nu därför mer fokus på näringsinnehåll i kombination med kalorirestriktion. En utökad provtagning planeras för att kartlägga förekomsten av eventuella bristtillstånd.

3. Det finns data som talar för att kommersiella måltidsersättningar (pulversoppor o likn) kan ge bättre resultat hos unga, men det saknas modeller för hur dessa bäst bör användas. Här finns behov av systematisk metodutveckling som planeras.

Sammanfattning

Ungdomsverksamheten på Överviktscentrum Norrtull har nu funnits i 3,5 år. Remisserna kommer från ett antal olika remissinstanser. Antal remisser ökar successivt, men det är klart rätt målgrupp fångas upp då majoriteten av patienterna är unga och lider av grav fetma. Förutom samsjuklighet i somatisk sjukdom och begynnande följsjukdomar finns en hög andel med psykiatriska diagnoser och annan psykosocial belastning. Detta adderas till de svårigheter man brukar se i vårdarbete med ungdomar.

Behandlingsresultaten återspeglar de svårigheter som finns i gruppen, men en andel patienter uppnår ändå en god viktreduktion. I andra fall utgör behandlingen en förberedelse inför kirurgisk behandling. Behovet av fortsatt metod- och kunskapsutveckling är stort.

Sammanfattningsvis fyller verksamheten ett vårdbehov, som sannolikt är betydligt större än som visat sig hittills. De praktiska förutsättningarna behöver förbättras, vilket nuvarande budget inte räcker till. Dels är lokalerna är för små för den kombinerade vuxen- och ungdomsmottagningen, dels räcker inte personalstyrkan till. I första hand skulle det behövas förstärkning med en kuratorstjänst och ökade resurser för lokaler, lab och metodutveckling (se budgetförslag för 2011 nedan). För att kunna arbeta långsiktigt med metodutveckling och verksamhetsplanering krävs också en mer långsiktig beställning.

Signy Reynisdottir
Överläkare
Överviktscentrum Norrtull

Budget

2010	lön	% tjänst	årslön	Lön ink LKP+sem.
Läkare	52000	0,5	312000	483600
Sjuksköt	27000	1,5	486000	753300
Dietist	26000	0,5	156000	241800
Sjukgymnast	26000	0,5	156000	241800
Summa lön				1720500
Lokaler				320000
Lab				60000
Drift				140000
Utveckling och utvärdering				60000
Summa 2010				2300500

2011	lön	% tjänst	årslön	Lön ink LKP+sem.
Läkare	53000	0,5	318000	492900
Sjuksköt	27000	1,5	496800	770000
Dietist	26500	0,5	159000	246600
Sjukgymnast	26500	0,5	159000	246600
Kurator	30000	1	360000	558000
Summa lön				2314100
Lokaler				480000
Drift				150000
Utveckling utvärdering				100000
Lab				100000
Summa 2011				3009100

2.6 Strategi 6. Stärka vårdkedjan för VUXNA

Genom pågående projekt och uppdrag som vid goda resultat införlivas i ordinarie verksamhet. Exempel på pågående projekt är mobila team på MotVikt Danderyds sjukhus och Våga våga projektet för överviktiga gravida på Danderyds sjukhus samt pågående utbildningar i Fysisk aktivitet på recept; FaR i primärvård samt kompetensutveckling i övervikt och fetma samt FaR på husläkarmottagningarna (HLM)

2.6.1 Årsrapport 2010 MotVikt och Mobila teamet på Danderyds sjukhus

Rawjeet Banga, överläkare MotVikt 110405

Grupp 23-28

Antal patienter från start: 60

6 månader

Resultat behandlingsstart - 6mån

Medel viktnedgång 11,6%

Median viktnedgång 11,0%

Till 6mån uppföljningen kom 58 av 60 patienter=97%

De 2 patienter som inte kom hade valt att avsluta behandlingen

12 månader

Resultat behandlingsstart - 12mån

Medel viktnedgång 9,4 %

Median viktnedgång 8,0 %

Till 12 mån uppföljningen kom 46 av 60 patienter=78%

Av de 14 patienter som inte kom har:

6 valt att avsluta behandlingen

2 fått remiss för obesitaskirurgi

4 avstått från besöket men varit kvar i behandlingen

1 blivit gravid

1 avlidit

24 månader

Resultat behandlingsstart – 24mån

Medel viktnedgång 7.0 %

Median viktnedgång 5.0 %

Till 24 mån uppföljningen kom 30 av 60 patienter=50%

Av de 30 patienter som inte kom har:

10 valt att avsluta behandlingen

10 fått remiss för obesitaskirurgi

2 blivit gravida

1 flyttat utomläns

1 avlidit

6 inte haft möjlighet att komma ännu

Enligt patientenkäterna från dessa grupper så var uppföljningen för "glost"(3 telefonsamtal+ 3 hälsopedagog besök under 1½ år= enligt de resurser som tilldelades oss från HSN) vilket gjorde att många tappade

motivation och andra dök inte upp trots att det hade gått bra för dem. Vi har fr.o.m 2009 inorporerat hela uppföljningsdelen i grundprogrammet och intensifierat uppföljningen samt fr.o.m 2010 infört faddersystemet vilket innebär att varje grupp har en terapeut de vänder sig till och som hjälper till med övergång till VC under år 2.

Glukostolerans

- **Normalisering av nedsatt glukostolerans hos samtliga patienter.**

Diabetes

- **Markant reduktion av insulindoser hos både typ 2 och typ 1 diabetes patienter.**

10-20% av patienterna på Motviktsenheten har typ 2 diabetes.

I genomsnitt 50% (80-90% hos enstaka patienter) av insulindosen kan reduceras.

SU preparat (peroral antidiabetika) utsätts vid behandlingsstart.

Blodfetter

- **Markant reduktion av total kolesterol (8-10%), reduktion av LDL (12-15%),
Normalisering av triglycerider, ökning av HDL med 5-10% efter 1 år.**

Livskvalitet

- Mått som beskriver stressrelaterad ohälsa i arbetslivet(stress score), depression (Beck´s Depression Inventory), ångest (Beck´s Anxiety Inventory), SF-36 Hälsoenkät, Hälsobarometer och aktivitetsnivåer, dagböcker för kost och motionsregistrering utvärderas regelbundet i utredning och behandling.

Median BDI score.

Start : 10

Avslut : 4

Förbättringar

- Inkorporering av mobila teamets verksamhet i grundprogrammet. Omstrukturering av uppföljningsdelen
- Faddersystemet infördes i år för att i tidigt skede identifiera problem som kan utgöra ett hinder i livsstilsförändringsprocessen. Faddrarna ska också underlätta övergången från MotVikt till HLM.

- Minskad "hospitalisering" av patienterna genom ökad fokus på fysiskaktivitet utanför sjukhuset genom avtal med flera privata aktörer samt praktisk utbildning utanför sjukhuset.

Utveckling och andra uppdrag

- 2 dagars utbildning om "Motivational Interviewing" för vårdpersonal ordnades på enheten.
- ST läkare inom allmänmedicin har utbildats inom basala principer i en KBT baserad fetma behandling på enheten.
- Ett antal distriktsköterskor från NÖ området fick utbildning i omhändertagande av fetma patienter på enheten.
- Formell utbildning för distriktläkare hållits på enheten.
- Handledning, auskultation och utbildning av dietist elever inom och utanför länet. Utanför länet så har vi tagit emot elever från Umeå, Gävle och Uppsala (10 veckor).
- Handledning av hälsopedagog elever har kommit igång i år (5 dagar i år)
- Deltagande i International Congress of Obesity 2010 i Stockholm.
- Deltagande i Dietist kongress i Köpenhamn
- Deltagande i Stockholms Obesitas Dagar(SOD) årliga kongressmöte.
- Steg 1 utbildning inom KBT har påbörjats för vår hälsopedagog.

2.6.2 Årsrapport/delrapport från Våga Våga projektet på Danderyds kvinnoklinik för överviktiga/feta gravida kvinnor

Elisabeth Lindholm, Överläkare, Kvinnokliniken Danderyds sjukhus

15 april 2011

Bakgrund

Om modern är överviktig före och under graviditeten leder detta till ökad risk att föda ett barn som är stort för tiden och i stort sett alla graviditetskomplikationer ökar hos modern med ökad BMI (body mass index: vikt/längd x längd).

Hos kvinnor med BMI över 30 är det betydligt vanligare att förlossningen sker med kejsarsnitt än hos en normalviktig population (50 % respektive 17 %). Kejsarsnittsfrekvensen går successivt upp i Sverige och ligger för närvarande på Danderyds kvinnoklinik på 26 % vilket till viss del förklaras av ökande andel feta och ökande ålder hos de gravida kvinnorna.

Överviktiga kvinnor upplever ofta att de inte tas på allvar och ibland bemöts nedlåtande inom vården och i samhället.

Man vet också att risken för att föda ett barn som är stort för tiden, att få graviditets diabetes och havandeskapsförgiftning minskar om viktuppgången begränsas under graviditeten.

Vi genomför för närvarande ett projekt där projektmedel beviljades från Landstinget av Roland Engström, beställare vård den 1 september 2006 för 50 patienter och vi har sedan beviljats medel för 75 patienter till av Lena Svantesson. Projektet gäller gravida kvinnor med BMI över 30 som skall ingå i ett interventionsprogram. Målet är att genom täta kontakter med barnmorska på mödrahälsovården, dietistbesök, vattengymnastik mm få kvinnorna att förändra mat och motionsvanor och därigenom hålla nere viktuppgången under graviditeten till maximalt 6 kg vilket enligt studier ska vara den optimala viktuppgången för feta gravida kvinnor. Eftersom kvinnan inte ska banta under graviditeten, utan hålla nere viktuppgången med riktig mat, enligt tallriksmodellen skall den gravida kvinnan föra kostdagbok under hela graviditeten.

Som sekundär målsättning har vi valt att studera om interventionsprogrammet dessutom medför mätbara hälso-fördelar, ökar mödrarnas självkänsla och om vi genom programmet kan reducera andelen kejsarsnitt. Förhoppningsvis kan detta också leda till att bryta dåliga matvanor i familjen vilket kan leda till att dessa kvinnors barn i framtiden inte blir överviktiga.

Målet för projektet är dessutom att de blivande mammorna skall känna sig trygga och väl omhändertagna under graviditeten. Alla barnmorskor inom SLL sjukvårdsområde har också fått en fördjupad kunskap om BMI och de ökade risker som finns för feta gravida kvinnor.

Förutom det kliniska projektet har vi dessutom inkluderat verksamheten i ett kliniskt förankrat forskningsprojekt. Artikeln är publicerad i Acta Obstretica.

Delresultat

122 patienter har inkluderats i projektet. De flesta har fått reda på projektet via sin mödrahälsovård som skickat remiss till specialist mödravården på Danderyds sjukhus eller sökt sig till projektet själva. Några har kommit på remiss från Danderyds överviktsenhet Motvikt.

Kvinnorna hade vid inskrivningen ett BMI mellan 30 och 50.

36% av våra patienter har med stöd av projektet klarat att begränsa viktuppgången under graviditet till max 6kg. 66 % av kvinnorna har klarat att hålla viktuppgången på max 10kg. Resultatet ändrar sig lite över tid och de senaste inkluderade kvinnorna har många uppfyllt målen vad gäller viktuppgång.

De som har haft de största viktuppgångarna är också de kvinnor som uppgett att de av personliga skäl mått psykiskt dåligt under graviditeten.

Sju kvinnor har fått barn som är stora för tiden (6%). Det är betydligt fler än tidigare i projektet trots att viktuppgången varit måttlig hos dessa kvinnor. Totalt i befolkningen är frekvensen ca 5%.

En kvinna med kostbehandlad diabetes har fått insulin under graviditeten och två har fått diagnosen graviditetsdiabetes. Vilket motsvarar frekvensen i befolkningen.

En kvinna förlöstes med akut kejsarsnitt gravv 30 pga. havandeskapsförgiftning.

Hittills har 110 patienter blivit förlösta. Av dessa har 30 förlösts med kejsarsnitt (27,5 %) vilket är något högre än kejsarsnitts frekvens bland alla kvinnor på Danderyds sjukhus. Under 2010 hade Danderyds förlossning en mycket stor belastning med många hänvisningar. Gravida med fetma är en grupp som ofta behöver särskilt mycket stöd under graviditet och förlossning. Under den tiden som Danderyds förlossning hade flest förlossningar ar samtliga mammor utom en förlösta med kejsarsnitt. Alla nyblivna mammor och barn mår bra.

Patientenkät som alla får erbjudande om att svara på anonymt visar att en överväldigande majoritet är mycket nöjda med projektet. Ingen är missnöjd och alla kan tänka sig att rekommendera projektet till en vän. Det som patienterna upplever mest positivt är de erbjuds fler besök till sin barnmorska och den gemensamma vattengymnastiken.

Vid efterkontrollen finns möjlighet att remitteras patienterna för fortsatt vård för sin övervikt till Motvikt, överviktsenheten på Danderyds sjukhus, om patienten så önskar eller till Norrtulls överviktsenhet

De fyra barnmorskorna som ingår i projektet arbetar med stort engagemang och tycker att arbetet med dessa blivande mammor är stimulerande och givande.

Utbildning har skett av projektets läkare och barnmorskor för mödrahälsovårdens barnmorskor i SLL. Två av barnmorskorna i projektet har föreläst på Barnmorskemöte för hela Sverige och undertecknad har föreläst för mödrahälsovårdsöverläkarna i Sverige om projektet och omhändertagande av överviktiga gravida kvinnor. Erfarenheterna från Våga väga projektet varit ovärderliga för att kunna skriva det vårdprogram finns nu för alla gravida med BMI över 30 i SLL.

Barnmorskorna i projektet har varit på obesitasdagarna i Stockholm. Undertecknad håller på att skriva en artikel tillsammans med barnläkare Charlotte Palme-Kilander om bröstmjölks kvalitén på våra mammor i Våga väga jämfört med normalviktiga kvinnor och kvinnor som har högt BMI men ej varit med i interventions gruppen. Denna studie kommer att redovisas i en vetenskaplig tidskrift. Preliminärt ses en betydande förbättring av fettsyrorerna i bröstmjölken i interventionsgruppen.

Ett samarbete har påbörjats med Norrtulls överviktsenhet. Tre av barnmorskorna i projektet har gått en utbildning på Norrtulls överviktsenhet.

Sammanfattningsvis kan man säga att projektet fortgår enligt planerna, att resultaten är mycket bra. Alla som är involverade i projektet känner att de gör ett viktigt och meningsfullt jobb och den respons vi får från patienterna gör att det känns roligt att arbeta med detta projekt. Vi som är aktiva i projektet får fortlöpande förfrågningar från olika barnmorskor i hela landet som vill lära sig av vårt projekt.

Elisabeth Lindholm
Överläkare, Kvinnokliniken Danderyds sjukhus

2.7 Strategi 7. Initiera samhällsinriktade överviktsprojekt

Informera sjukvårdsstyrelser och beredningar som tillsammans med kommunpolitiker gör prioriteringar av insatser kring övervikt och fetma. Insatser görs med stöd av uppdrag till Karolinska Folkhälsoakademi; KFA HSNF har vid möten mellan sjukvårdsstyrelser och kommunpolitiker 2010 och början av 2011 informerat om Handlingsprogrammet.

3. Mål 2011 för de sju åtgärderna/strategierna enligt Åtgärdsplanen

Genomförandeorganisation tillskapats enligt Åtgärdsplanen

En projektledare tillsattes, en styrgrupp och en tvärsektoriellt sammansatt arbetsgrupp skapades inom förvaltningen.

Arbetsgruppens huvuduppgift är att formulera och följa upp mål och planera för implementering av handlingsprogrammet samt bevaka att skrivningar kommer med i avtal och uppföljningar. Arbetsgruppen medverkar också i att sammanställa uppföljning av de mål som finns i handlingsprogrammet.

Styrgruppen beslutar om och följer upp åtgärder i implementeringsarbetet, beslutar om projekt och mål för de sju strategier som finns i Åtgärdsplanen .

Styrgruppen har sammanträtt vid 4 tillfällen under året och arbetsgruppen haft ett uppstartsmöte i december 2010

För att kunna sätta mål för strategierna genomfördes en webbaserad enkät till alla Husläkarmottagningar i december 2010. Följande mål för de sju

strategierna har därefter tagits fram och beslutats i styrgruppen den 17 maj 2011.

3.1 Mål för åtgärd/strategi 1.

Styra via avtal/ upphandlingar samt planera och förbättra uppföljningar av avtal

- Alla relevanta avtal/regelböcker och eventuella upphandlingar skall år 2012 ha skrivningar om uppdrag och uppföljning enligt Handlingsprogrammets mål.

3.2 Mål för åtgärd/strategi 2.

Planera och stödja implementeringen samt följa upp implementeringen

- Handlingsprogrammet skall ha presenterats för verksamhetschefer inom berörda verksamheter på ett möte som arrangeras av HSN-förvaltningen senast under år 2011
- Alla avtal med skrivning om uppdrag och/eller uppföljning enligt Handlingsprogrammets mål skall ha följts upp under 2011. Därefter årligen.
- Alla uppföljningar sammanställs i ett gemensamt dokument "Årsrapport för implementering av Handlingsprogram övervikt och fetma 2010" och anmäls till beredning Folkhälsa och psykiatri i juni 2011

3.3 Mål för åtgärd/strategi 3

Upprätta en kommunikationsplan

- Den kommunikationsplan som tagits fram 2010-05 18 i syfte att göra "Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013" känt hos berörda målgrupper och aktörer i landsting och kommuner skall följas upp och vidareutvecklas.

Kommunikationsplanen stödjer de insatser som planeras i "Åtgärdsplan för implementering av Handlingsprogram övervikt och fetma 2009-2013" beslutad av HSN 27 april 2010.

Kommunikationsplanen följs upp och revideras efter hand

3.4 Mål för åtgärd/strategi 4.

Öka kunskap och kompetensutveckling via t.ex utbildningar

En kartläggning i december 2010 (webbenkät) av vilka Husläkarmottagningar som har gått utbildning i Övervikt och fetma samt FaR, behandlar övervikt och fetma samt förskriver FaR liksom

verksamhetens behov av utbildning i övervikt o fetma samt FaR sammanställs. Utifrån denna sammanställning och jämfört med antal förskrivna FaR 2010 skrivs mål för kunskaps och kompetensutveckling för år 2011.

- Antalet mottagningar HLM som förskriver FaR skall öka med 5 procent år 2011 jmf med år 2010. Enligt WIM 2009 67 %, enligt WIM 2010 89 %
- Av de 11 HLM som enligt enkät dec 2010 önskar få 1-2 timmar information om behandling av övervikt och fetma på sin mottagning skall alla erbjudas och 80 procent få det år 2011
- Av de 49 HLM som enligt enkät dec 2010 önskar få 1-2 timmar information om behandling av övervikt och fetma samt FaR skall alla erbjudas och 30 procent skall få det år 2011
- Av de 25 HLM som enligt enkät dec 2010 önskar få 1-2 timmar information om FaR på sin mottagning skall alla erbjudas och 50 procent få det år 2011.
- Av de 8 HLM som enligt enkät dec 2010 vill ha utbildning 5 dagars utbildning (nytt hösten 2011: 2+1 dag) i behandling av övervikt och fetma skall alla mottagningar erbjudas och 50% av dessa HLM genomgå utbildning 2011.

3.5 Mål för åtgärd/strategi 5.

Stärka värdkedjan för BARN

Under åren 2008 – 2010 har fem Barn och ungdomsmedicinska mottagningar (Bromma, Liljeholmen, Huddinge, Upplands Väsby och Nacka/Värmdö utbildats och coachats av personal från bl. Södertälje BUMM mfl. i att arbeta i team med barn som har fetma. (Enligt "Södertäljemodellen")

- År 2011 skall ytterligare fem* BUMMAR börja arbeta enligt Södertäljemodellen. Till att börja med i ett tvåårigt projekt som sedan övergår i ordinarie verksamhet.
* Järva/Rinkeby, Jakobsberg, Farsta, Handen och Södermalm BUMM

- År 2011 skall alla BUMMAR i SLL registrera barn med fetma i BORIS

År 2010 registrerade 9 mottagningar i BORIS:

BUMM Södertälje, Liljeholmen, Hallunda, Huddinge, Västerort-Bromma, Upplands Väsby, Sollentuna, Märsta, Nacka/Värmdö, Farsta (startade 2010)

och tre sjukhus:

Norrtull ungdomsmottagning 16-25 år, Rikscentrum Obesitas i Huddinge, och Sachsska barnkliniken

3.6 Mål för åtgärd/strategi 6.

Stärka vårdkedjan för VUXNA

Utifrån den kartläggning (se under mål för åtgärd/strategi 4) som genomförs kring implementering av Handlingsprogrammet sätts följande mål:

- Antal HLM som har skriftliga riktlinjer kring Handlingsprogrammet skall öka med 10 procent år 2011.
Enl enkät: 57% (86/151) av HLM har lokal rutiner för att arbeta med Övervikt och fetma och av dessa har 71% (60/84) muntliga och 29% (24/84) skriftliga rutiner.
- Antal HLM som har en kontaktperson/ansvarig person utsedd att arbeta med behandling av övervikt och fetma skall öka med 10 procent år 2011.
Enl enkät: 53% (80/150) av HLM har kontaktperson för övervikt och fetma.

3.7 Mål för åtgärd/strategi 7.

Initiera samhällsinriktade överviktsprojekt

Eftersom inte HSN prioriterade medel för samhällsinriktade projekt under 2011 sätts inga mål för det. Däremot finns mål för spridning av "Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013" och Introduktionsbroschyren "Lägre vikt på sikt" i kommunikationsplanen 2010-05-18 för Handlingsprogrammet.

- Alla kommuner och stadsdelar skall under 2011 få information om handlingsprogrammet och introduktionsbroschyren på samverkansmöten mellan sjukvårdstyrelser och kommunpolitiker.

4. Diskussion

Visionen "Att halvera andelen personer med fetma mellan åren 2003-2013" kommer med stor sannolikhet inte att uppnås. Detta trots alla ansträngningar som gjorts för att Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 och det nu reviderade programmet skall implementeras och därmed användas.

I samband med att "Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013" beslutades den 27 april 2010 beslutades också att göra prioriteringen att satsa på barn och ungdomar med fetma.

Under 2010 har därför bl.a projekt för att stärka vårdkedjan för barn och ungdomar med fetma på fem barn- och ungdomsmedicinska mottagningar fr.o.m 2008 avslutas. Samtidigt planeras att starta på ytterligare fem barn- och ungdomsmedicinska mottagningar under 2011. Våga Väga projektet, som startades 2006, fortgår med goda resultat liksom mottagningen på Överviktscentrum Norrtull för ungdomar 16-25 år med fetma, som startade i projektform april 2007.

Under 2010 har kommunikations- och implementeringsinsatser vidtagits för att uppmärksamma och sprida det nu reviderade "Handlingsprogrammet övervikt och fetma 2010- 2013". Detta har skett via nytryck av själva Handlingsprogrammet samt en kortversion av densamma samt spridning via beställningsbrev till både chefer inom landstinget och kommuner och stadsdelar. Informationsinsatser till vårdgivare har skett via dialogmöten, utbildningar, seminarier och besök på mottagningar. En enkät till husläkarmottagningar angående hur väl man känner till och använder Handlingsprogrammet och riktlinjerna för FaR samt om man önskar utbildning inom dessa områden. Utifrån enkätens resultat har sedan mål satts upp för informations och utbildningsinsatser 2011. Så kallade slipsar/flärpar med information om Handlingsprogrammet, vart man vänder sig för utbildningar och information om desamma har tagits fram, liksom en sk. rollup.

Det finns ändå en positiv tendens. Bland 4-åringarna i länet minskar andelen med övervikt och fetma. Även de preliminära resultaten av behandling av barn med fetma på Södertälje BUMM ser lovande ut. Deras metod, "Södertäljemodellen" har etablerats på Bromma, Huddinge, Liljeholmen, Upplands Väsby och Nacka/Värmdö BUMM och sprids under 2011 till Farsta, Handen, Södermalms, Jakobsbergs och Järva/Rinkeby BUMM.

Att minska andelen personer med fetma är till stor del en samhällsfråga, vilket innebär att Stockholms läns landsting inte ensam klarar av att uppfylla den uppsatta visionen, även i ett längre perspektiv, utan måste arbeta brett och förebyggande tillsammans och genom andra aktörer i samhället.