

Konsekvensbeskrivning för nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar

Nationellt programområde för barns och ungdomars hälsa

Versionshistorik

Datum	Version/beskrivning av förändring
2023-05-15	Version 1

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	3
1. Om konsekvensbeskrivningen	3
2. Konsekvenser	3
2.1 Omfattning	3
2.2 Nyttan eller risker för individen	4
2.3 Etiska aspekter	4
2.4 Verksamhet och organisation	4
2.5 Kostnader	5
2.6 Kompetensförsörjning.....	6
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöds.....	7
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	7
2.9 Uppföljning.....	7
Referenser	8

Sammanfattning

I samband med nationell kartläggning av samtliga Sveriges regioners organisering och vårdprocess som innefattar identifiering, bedömning, behandling och uppföljning framkom tydligt ojämlikheter i obesitasvården för barn och unga. Mellan men även inom regionerna finns skillnader, dels vilka barn med obesitas utifrån ålder och BMI som identifieras och erbjuds vård men även vilka professioner och behandlingsmetoder som erbjuds. Socialstyrelsens riktlinjer beskriver att bakomliggande orsaker till de ojämlika förhållandena kan bero på låg prioritering inom vården, attityder och olika socioekonomiska förhållanden (1). Vårdprogrammet syftar att öka kunskapen för vårdgivare men även säkerställa kvalitén på den vård som erbjuds. Kunskap och trygghet hos vårdgivare bidrar till att målgruppen och dess närstående möts med respekt och lyhördhet på ett icke stigmatiserande sätt.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensanalysen är framtagen av Nationell arbetsgrupp (NAG) för behandling av obesitas hos barn och unga.

Författare till konsekvensanalysen är:

- Pernilla Danielsson Liljeqvist, barnsjuksköterska och ordförande NAG
- Sven Klaesson, barnläkare
- Anna Larsson, sjukgymnast

Nationellt programområde (NPO) barns och ungdomars hälsa har 2023-05-15 godkänt konsekvensbeskrivningen inför publicering.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Obesitas hos barn (0–18 år) har ökat successivt globalt. I Sverige har cirka 5–10 %, beroende på ålder och bostadsort av alla barn sjukdomen obesitas. Enligt beräkningar kommer det att finnas cirka 180 000 barn med obesitas i Sverige år 2030, vilket skulle innebära att det blir en av de vanligaste diagnoserna inom svensk barnsjukvård.

2.2. Nyttan eller risker för individen

- Vårdprogrammet bedöms förbättra identifikation, utredning, behandling och uppföljning av obesitas hos barn och ungdomar i Sverige.
- Vårdprogrammet avser att öka vårdgivares kunskap och kompetens om obesitas hos barn och unga. Förhoppning finns även att beslutsfattare och andra samhällsaktörer som tar del av vårdprogrammet ökar sin kunskap och förståelse om obesitas vilken kan bidra till högre prioritet inom välfärdssektorer.
- Implementering av vårdprogrammet kräver tillgång till strukturer och kompetenser på olika vårdnivåer för att optimera de insatser som varje barn och dess nätverk behöver.
- En förutsättning för implementering av vårdprogrammet är att vården i regionerna organiseras så att vårdprogrammet kan följas samt att utbildningsbehov tillgodoses. Vid avsaknad av sådan organisation och kompetensförsörjning kan patientvården för denna grupp brista.
- Vårdprogrammet bedöms inte medföra några risker för individen.
- Strukturerad uppdatering av vårdprogrammet krävs för att säkerställa dess giltighet.

2.3. Etiska aspekter

- Vårdprogrammets övergripande syfte är att tillgodose behovet av god och jämlik vård, oavsett ålder, svårighetsgrad eller geografi.
- En viss undanträngningseffekt kan förekomma i de regioner som har sämre förutsättningar att tillgodose de insatser som vårdprogrammet föreskriver. Prioriteringsprincip ska utgå från varje individs behov av hälso- och sjukvård (2).
- I alla vårdkontakter är det viktigt att respektera individens integritet. I möte med barn som har obesitas och vårdnadshavare är det av yttersta vikt att ha etiken ständigt närvarande för att inte riskera kränkningar. I vårdprogrammet beskrivs olika samtalsmetoder som ska förhindra detta.

2.4. Verksamhet och organisation

- Vårdprogrammet syftar till att höja den övergripande lägstanivån gällande vård till barn med obesitas och förutsätter att vårdgivare, på olika vårdnivåer besitter grundläggande och relevant kunskap om sjukdomen för att kunna ge en god och kunskapsbaserad vård.
- Närhetsprincipen bör eftersträvas. Mottagningens kompetens och möjlighet till långsiktig behandling är dock minst lika viktig. Varje region måste göra en egen bedömning var behandlingsteam bäst etableras för att uppnå funktionella vårdnivåer, dock bör specialistvårdens roll i utredning och behandling vara tydlig.
- Tidig identifikation av barn och ungdomar med obesitas är av yttersta vikt för att tidigt kunna sätta in adekvata åtgärder.
- Barn med obesitas men även behov av särskilt stöd lyfts särskilt fram i vårdprogrammet och beskriver hur vården bör organiseras och samordnas över verksamhetsgränser. Behov av en

fast vårdkontakt ska tillgodoseas, som ska underlätta för familjen att orientera sig inom hälso- och sjukvården.

- Vårdprogrammet rekommenderar en fast läkarkontakt med övergripande ansvar för utredning, behandling och uppföljning.
- Vårdprogrammets uppbyggnad tydliggör hur bas-, fördjupad och specialiserad vård ska erbjudas.
- Organisationen måste ge förutsättningar för en samordning mellan vårdgivare och insatser för att öka kvalitet i vården och minska risker för patienten.
- Vårdprogrammet beskriver översiktligt utifrån grundläggande krav hur vårdprocessen bör organiseras men respektive region måste anpassa processen utifrån lokala förutsättningar. ‘
- Transitionsprocessen från barn- till vuxensjukvård bör organiseras överlappande med särskilda specialistmottagningar för unga vuxna. Detta möjliggör en individuell överföring med hänsyn till både medicinska och sociala aspekter.
- För stor spridning av tvärprofessionella behandlingsteam, på många små mottagningar, med litet patientunderlag, kan bidra till att kunskap och kvalitet inte kan upprätthållas. Förslagsvis kan vården organiseras utifrån ett mindre antal geografiskt spridda specialistcentra med större resurser för att ta ett helhetsansvar.

2.5. Kostnader

De ekonomiska kostnaderna kan vara svåra att beräkna eftersom obesitas är en kronisk sjukdom som många gånger innebär livslång behandling och vårdbehov som varierar över tid utifrån den enskilda familjens behov, barnets ålder och sjukdomens svårighetsgrad. Kostnader måste vägas mot de hälsovinster som uppnås över tid.

Hälsoekonomiska nationella beräkningar finns för det förebyggande arbete hos barn (3). Aktuella studier om behandlingsmetoder saknas då behandlingen ofta innefattar olika huvudmän det vill säga regional och kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst vilket försvårar ekonomisk analys (4). Ju tidigare barnet får sin obesitas identifierad och erbjuds utredning och behandling desto fler hälsoekonomiska vinster kan ses.

Kostnader kan tänkas tillkomma utifrån de grundläggande förutsättningar som beskrivs i vårdprogrammet, som måste säkerställas för en jämlik vård. Nedan följer några av tänkta kostnadsökningar:

- Adekvat kunskap om obesitas, genom utbildning till all hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn med obesitas.
- Inköp av anpassade vågar, stolar och britsar som klarar högre vikt behöver finnas på varje mottagning där barn med obesitas får vård.
- Resursökning då vårdprogrammet förordar att alla barn som besöker hälso- och sjukvård ska erbjudas längd- och viktkontroll, detta för att tidigt identifiera oönskad viktutveckling.
- Resursökning då barn med obesitas ska erbjudas regelbunden kontakt med ett särskilt utbildat tvärprofessionellt behandlingsteam som ska inneha medicinsk-, paramedicinsk och

psykosocial kompetens där representation eller samverkan ska finnas från samtliga områden. Vanligt förekommande professioner är läkare, sjuksköterska, dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog och kurator.

- Ekonomiska incitament kan påverka kvalitén på besök. Därför måste besökstyper definieras tydligt och resurssättas utifrån behov. Behandlingsbesök beskrivs som - aktiva insatser för att påverka sjukdomsförloppet. Kontrollbesök - screening och uppföljningsbesök.
- Olika ekonomiska styrmodeller kan också påverka vårdinsatsen genom att styra insatsen till olika huvudmän som ansvarar för vården och vilka professioner som inkluderas.

2.6. Kompetensförsörjning

Många som lever med obesitas upplever ett fördömsfullt bemötande, diskriminering och stigmatisering, även inom hälso- och sjukvården. All personal i hälso- och sjukvård ska därför erbjudas kompetensutveckling och handledning. Personal oavsett vårdnivå som behandlar barnobesitas ska ha kompetens att hålla samtal utifrån evidensbaserade metoder och genom detta bygga en förtroendefull behandlingsallians med familjen. Tvärprofessionella team inom specialiserad behandling med medicinsk-, paramedicinsk och psykosocialkompetens kan fungera som stödfunktion för vårdpersonal inom andra vårdnivåer, genom till exempel handledning och konsultation.

Nödvändig kunskap innefattar bland annat:

- Kunskap om obesitasutveckling och dess bakomliggande orsaker hos barn och ungdomar.
- Kunskap om barns normala tillväxt och hur vårdgivare kan samtala och reflektera med vårdnadshavare kring tillväxtkurvor och BMI-kurvan.
- Kunna tillämpa de centrala begrepp (BMI SDS, ISO BMI, BMI) som används vid utvärdering av tillväxt, grad av obesitas och behandlingsprogress hos barn.
- Anpassa bemötande och sätt att ge information till barn och deras vårdnadshavare.
- Kunskap om och värdering av de följsjukdomar och den samsjuklighet som kan drabba barn med obesitas.
- Erfarenhet att bedöma barnets och familjens motivation, beredskap till förändring och deras förutsättningar att ta till sig information och göra beteendeförändringar.
- Vid behandling av obesitas hos barn med funktionsnedsättning såsom intellektuell- och/eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan vårdbesöket och information behöva anpassas.
- Kunskap om olika typer av evidensbaserade behandlingsmetoder och dess olika komponenter samt identifiera när dessa kan vara aktuella att använda.
- Kunskap om när ett barn behöver en mer specialiserad behandlingsinsats.

Dagens grund- och specialistutbildningar inom hälso- och sjukvård innehåller generellt otillräcklig kunskap om barnobesitas. Utökad kunskap bör därför inhämtas inom annan utbildning, till exempel poänggivande kurser via universitet eller liknande. Regionerna ansvarar för att säkerställa och planera för tillräcklig kompetens inom barnobesitasvården och att denna kontinuerligt följs upp och utvärderas genom förslagsvis årliga regiondagar. Målet är att främja en långsiktig hållbarhet av adekvat kompetens inom behandlingsteamet.

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Bygger naturligt vidare på det förebyggande folkhälsoarbete som beskrivs i det nyligen publicerade [Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling](#). Indirekt kommer aktuellt vårdprogram ge stöd till den specialiserade barnsjukvården och vid överföring till vuxensjukvården. Det gäller framför allt uppföljning av specifika följsjukdomar och komplikationer kopplat till obesitas hos barn, exempelvis diabetes typ 2, hypertoni, hyperlipidemi, leversteatos och hypotyreos. Samverkan krävs också med vårdinsatser för psykisk ohälsa, neuropsykiatriska tillstånd och ätstörningar som samvarierar med barnobesitas.

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Rätten till diagnos och jämlik vård för barn ställs på sin spets. Att identifiera familjens behov och förutsättningar och tillsammans definiera målsättningar och överenskommelser ligger i linje med omställningen till nära vård. Samverka med välfärdsverksamheter omkring barnet bidrar till en stringens i behandlingen.

2.9. Uppföljning

Socialstyrelsen har i de nationella riktlinjerna definierat ett antal indikatorer som ska följas (1). Effekten av den erhållna behandlingen bör utvärderas och rapporteras regelbundet, minst en gång per år, till relevanta kvalitetsregister. Behandlingen av barn med framgångsrik behandling ska följas regelbundet med årskontroller då obesitas är en kronisk sjukdom.

Barn Obesitas Registret i Sverige (BORIS)

Barnobesitasregistret i Sverige (BORIS) är ett nationellt kvalitetsregister. Alla som behandlar barn med obesitas ska registrera sina patienter, registrering avser sjukvårdande behandling på barnläkarmottagningar, barnklinik och i primärvård www.e-BORIS.se.

Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg)

SOReg <https://www.ucr.uu.se/soreg/> täcker sedan flera år all obesitaskirurgi i Sverige då samtliga opererande enheter inrapporterar operationer. Alla barn som opereras ska registreras både i SOReg och BORIS.

Referenser

1. Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård vid obesitas Hämtad 2022-10-28 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/obesitas/>.
2. Sandman L, Kjellström S. Etikboken-etik för vårdande yrken. Upplaga 1:8. Lund: Studentlitteratur; 2017.
3. Swelife. Incitament, ersättnings-, affärsmodeller och hälsoekonomiska modeller för preventiva interventioner mot barnfetma Incitament i arbetet med att förebygga barnfetma - en förstudie av främjande och hämmande strukturer för skapandet av goda förutsättningar för implementering. Lund; 2021. <https://swelife.se/wp-content/uploads/2021/08/wp5-fo%CC%88rstudie-wcag.pdf>
4. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Ekonomiska utvärderingar av behandlingsmetoder. Stockholm. https://www.sbu.se/contentassets/5feb5706ab904687835b28d526f3229a/kapitel_8.pdf.