



Obesitas – barn och unga

Uppföljningsindikatorer till stöd för
Regionala programområdet Barn och unga
och arbetsgruppen för barnobesitas

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.siso@regionstockholm.se

Författare: Susanne Wicks, Ester Gubi



Språkgranskning: Charlotta Kjellberg

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm maj 2025

Innehåll

Sammanfattning.....	4
Bakgrund och syfte.....	5
Material och metod	6
Resultat	9
Vårdprevalens	9
Andel förstagångsdiagnostiserade på BUMM och antal besök på BUMM och PVR	11
Andel förstagångsdiagnostiserade på BUMM och KLB-besök på BUMM eller PVR	14
Andel förstagångsdiagnostiserade på BUMM med intellektuell funktionsnedsättning – som fått KLB	16
Andel barn och ungdomar som erhållit familjestödsprogram på husläkarmottagning	16
Diskussion och slutsatser.....	17
Referenser	18

Sammanfattning

I denna rapport har CES utvecklat ett förslag på uppföljningsindikatorer till stöd för Regionala programområdet (RPO) Barn och unga och den Regionala arbetsgruppen (RAG) för barnobesitas.

Indikatorerna har beskrivits i detalj för att underlätta framtida uppföljning och analys. Rapporten redovisar också resultaten från analyserna av de föreslagna indikatorerna.

Analyserna visar att vårdprevalensen för obesitas har ökat över tid. År 2024 hade 3 procent av alla 12-åringarna en registrerad obesitasdiagnos, medan 1 procent av fyraåringarna och 2,1 procent av 17-åringarna hade en obesitasdiagnos.

Enligt Nationella vårdprogrammet för behandling av obesitas hos barn och ungdomar ska barn med obesitas erhålla regelbundna besök i multidisciplinära team med barnkompetens. För att undersöka detta mättes antalet besök inom barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) och primärvårdsrehab året efter förstagsdiagnos med obesitas. Resultaten visar att cirka 80 procent av alla nydiagnostiserade barn fick mellan 1–5 besök året efter det första diagnostillfället.

För att undersöka andelen som erhållit rekommenderade insatser i form av kombinerad levnadsvanebehandling visar rapporten att såväl åtgärds-koder som kontakt med olika yrkeskategorier bör ingå i analyserna. Med dessa mått visar resultaten att cirka 40 procent av alla 0–16-åringar får kostråd, cirka 20 procent får råd om fysisk aktivitet och cirka 20 procent får stödåtgärd för beteendeförändring året inom det första diagnostillfället.

Indikatorer som rör familjestödsprogram och erhållen kombinerad levnadsvanebehandling bland barn och unga med obesitas och intellektuell funktionsnedsättning ansågs ha för litet dataunderlag för att kunna användas i dagsläget.

Rapporten tillhandahåller således data över vårdprevalens och vårdkonsumtion bland barn och unga med obesitas efterfrågat av RPO Barn och unga – med resultat som förhoppningsvis kan vara till nytta för andra aktörer som arbetar med obesitasvård. Rapporten har också kunnat identifiera vilka indikatorer som idag är användbara och vilka som behöver ha ett bättre dataunderlag för att på sikt kunna användas i RPO:s fortsatta uppföljningsarbete.

Bakgrund och syfte

CES har i uppdrag att ge analysstöd till RPO Barn och unga. Denna sammanställning har tagits fram för att stödja den regionala arbetsgruppen (RAG) för barnövervikt och obesitas. Rapporten fokuserar på barn och unga med diagnosen obesitas. Med hjälp av vårddata från Region Stockholms VAL-databaser har vi analyserat olika mått och uppföljningsindikatorer.

Steg 1 i arbetet innebar att fastställa indikatorer som kunde användas av RPO barn och unga i deras långsiktiga uppföljning av obesitasvården för barn och unga. Indikatorerna har i denna rapport beskrivits i detalj för att möjliggöra att analyser i framtiden ska genomföras av andra än CES. Förslaget på indikatorer togs fram i diskussion med representanter för RPO Barn och unga och RAG barnobesitas samt med Hälso- och sjukvårdsförvaltningens centrala analysstöd.

Steg 2 i arbetet innebar att genomföra analyser av de föreslagna indikatorerna och skriftligen rapportera resultaten till RPO Barn och unga och RAG obesitas. Utöver att tillhandahålla nya data har denna rapport därmed kunnat klargöra vilka mått som är användbara utifrån aktuell klinisk registreringspraxis (det vill säga, hur data rapporteras till VAL-databaserna) och vilka indikatorer som på sikt kan bli informativa men som i dagsläget har för osäkert dataunderlag för att kunna tolkas på ett meningsfullt sätt.

Rapportens resultat kan även vara till nytta för andra aktörer som arbetar med obesitasvård för barn och unga, både på regional och nationell nivå.

Material och metod

Materialet togs fram ur Regionens befintliga vårdregister, de så kallade VAL-databaserna¹. Vi använde uppgifter från Regionsfinansierad öppenvård (OVR) och i vissa fall slutenvård (SLV) för personer 0–17 år skrivna i Stockholms län. ICD-10-diagnos för obesitas är E66.

Definitionen fysiska besök inkluderar enskilda besök, teambesök, gruppbesök osv., samt videobesök (åtgärdskod UX007 tom 2022, därefter XS014), men inte övriga distanskontakter. Mer detaljerad metodbeskrivning finns nedan i tabell A, B samt under varje indikators kapitel.

Tabell A och B visar föreslagna uppföljningsindikatorer som togs fram i samråd med RPO Barn och unga och RAG obesitas. Tabell C visar befolkningsstorleken i Stockholms län i olika åldersgrupper aktuella år.

Tabell A. Detaljerad beskrivning av indikatorerna

Indikator/mått	Prioriterad enligt HSF	Definition	Kommentar	Övrigt
1. Antal barn med E66-diagnos	Nej	Vårdprevalens (oavsett var vården skett)	Uppdelat på ålder för jämförelser med annan data. De olika åldersgrupperna är enligt önskemål; 4 år+/- 3 månader vid besöket, ålder vid årets slut för 6, 7, 8, 9, 12, 17 år.	Nämnaren är Stockholm läns befolkning aktuellt år, aktuell ålder
2. Andel ny-diagnostiserade barn 0–16 år på BUMM med minst sex vårdkontakter inom de närmaste 365 dagarna efter första diagnos-tillfället.	Ja	Första diagnos E66 (diagnos 1–3) på BUMM (uppdragstyp 321, 322 och 110) vid ett visst år (år 2021 och 2022 separat) samtidigt som E66 <i>inte</i> förekommit två år före första diagnostillfället (någonstans inom vården). Hur stor andel av dessa har fått sex eller fler fysiska eller videobesök på BUMM samt minst ett besök på PVR (uppdragstyp: 311) där E66 samtidigt registrerats under närmsta 12-månader efter första diagnos?	Detta kallas vanligtvis <i>vårdincidens</i> . Fysiska besök inkluderar enskilda besök, teambesök, gruppbesök, osv., samt videobesök (åtgärdskod UX007 tom 2022, därefter XS014, men inte övriga distanskontakter.	
3. Andel nydiagnostiserade barn 0–16 år på BUMM som erhållit KLB på antingen BUMM eller PVR under första året efter diagnos.	Ja	KLB definieras som fysiskt eller videobesök på BUMM (uppdragstyp: 321, 322 och 110) eller PVR uppdragstyp 311 samtidigt som någon av nedanstående åtgärder också är registrerade	På BUMM: DV051-verkar användas tidigast 2021 DV054-verkar inte användas DV143-används från 2020	Obesitas-diagnosen behöver inte finnas vid åtgärds-kods-tillfället, detta gäller

		under första året. Alla tre åtgärder ska finnas registrerade under första året.	QV012- tveksamt i vilken utsträckning åtgärdskoderna registrerats under observationstiden DU009- samma som ovan DU011- samma som ovan	indikatorer 3 och 4.
		a) någon koståtgärd (eller träffat dietist VDG 79) och b) någon fysisk aktivitetsåtgärd (eller träffat fysioterapeut VDG 77) och c) någon stödåtgärd (eller träffat kurator VGD 75 eller psykolog VGD 74)		
		Se tabell B för exakta KVÅ-koder		
4.	Andel nydiagnostiserade barn 0–16 år på BUMM (enligt definition ovan) som dessutom har en IF-diagnos sen tidigare eller vid samma tillfälle, som erhållit KLB på BUMM, PRV, eller HAB (uppdragstyp 127 (innehåller klin=226)) under första året efter diagnos.	Ja	KLB definieras enligt ovan IF-diagnos: F70-F73, F78, F79, F89	Obesitas-diagnosen behöver inte finnas vid åtgärdskodstillfället, detta gäller indikatorer 3 och 4.
5.	Andel barn som erhållit familjestödsprogram på husläkarmottagning (uppdragstyp=300) , där familjestödsprogram=minst två besök då antingen DV143 eller QV013 registrerats, där andra besöket måste ha ägt rum inom sex månader från det första	Ja	Nämnare=Alla barn som haft kontakt med uppdragstyp 300, år 2023. Täljare=Alla barn som haft familjestödsbesök med mindre än 6 månader emellan, där det första besöket ska ha ägt rum under 2023; nästkommande besök ske under 2023 eller som längst första halvan av 2024.	Presentera utfall per kalenderår, där redovisningsåret avser datum för det första besöket (det andra besöket kan ha ägt rum följande kalenderår)
6.	Antal 16–17-åringar med obesitas i folkhälsoenkäten	Nej		

Tabell B. KVÅ-koder för KLB

Åtgärd	KVÅ-kod
Kost	
Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost	DV051
Nutritionsbehandling, lågkaloridieter	DV054
Kvalificerat rådgivande samtal om matvanor	DV143
Fysisk aktivitet	
Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	DV132
Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet	DV133
Skriftlig ordination av fysisk aktivitet – FaR	DV200
Gruppträning	QV012
Stöd till beteendeförändring	
Systematisk psykologisk behandling, annan	DU009
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk (KBT)	DU011
Systematiskt stödjande samtal	DU113
Motiverande samtal	DU118
Stöd för viktninskning	QE009

Tabell C. Befolkningsstorlek i Stockholms län efter år och åldersgrupp enligt SCB (Statistiska Centralbyrån). År 2024 är en befolkningsprognos.

Ålder	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0–3 år	116 891	114 660	114 042	111 683	108 993	106 876
4 år	29 822	29 990	28 968	28 407	28 110	28 077
5 år	30 181	29 608	29 741	28 843	28 251	28 037
6 år	29 885	29 955	29 426	29 616	28 583	28 111
7 år	29 592	29 833	29 859	29 273	29 378	28 507
8 år	29 509	29 465	29 757	29 847	29 087	29 276
9 år	30 741	29 460	29 416	29 766	29 688	29 101
10–11 år	59 357	60 421	60 177	58 860	59 011	59 478
12 år	28 956	29 725	29 724	30 730	29 406	29 383
13–14 år	56 164	57 669	58 845	59 614	60 605	60 388
15–16 år	54 157	55 341	56 666	58 145	59 181	60 217
17 år	26 004	26 846	27 808	28 052	29 114	29 695
0–17 år	521 259	522 911	524 429	522 836	519 407	517 147

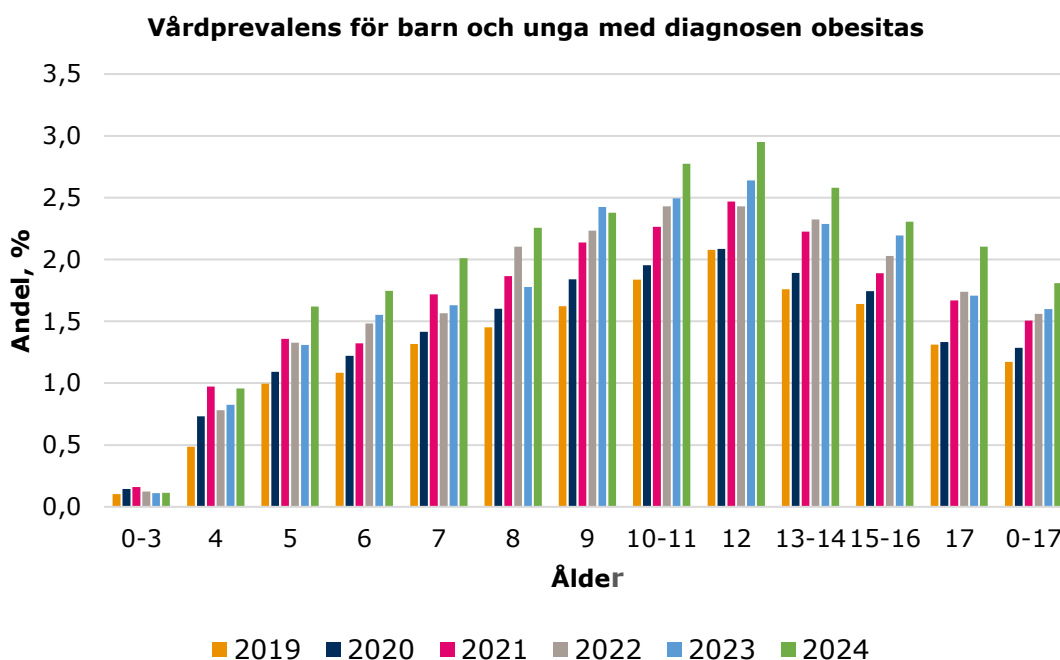
Resultat

Vårdprevalens

Vi tog fram antal barn 0–17 år skrivna i Stockholms län som hade en registrerad ICD-10-diagnos E66 någonstans i vården (OVR eller SLV) och oavsett diagnosordning (diag1-diag8). Dessa antal relaterades till befolkningsstorlek aktuellt år och åldersgrupp för att få en andel (%) av personer i befolkningen i Stockholms län med en i vården registrerad obesitasdiagnos. Valet av åldersgrupper (ålder vid årets slut) gjordes för att kunna göra jämförelser med andra undersökningar.

Figur 1 och tabell 1 visar att vårdprevalensen ökar över tid i samtliga åldersgrupper. Troligtvis har även registreringen av diagnoser ökat sedan år 2019.

År 2024 hade 1 procent av alla fyraåringar i Stockholms län en registrerad diagnos, liksom 2,3 procent av åttaåringarna, 3 procent av 12-åringarna och 2,3 procent av 13–14 åringarna. Det föreligger därmed en ökning i andel med diagnos för varje åldersgrupp fram till och med 12-åringarna, för att därefter gradvis sjunka igen. Bland 17-åringarna hade 2,1 procent en registrerad diagnos år 2024.



Figur 1. Andel (%) barn och ungdomar (0–17 år) med registrerad diagnos E66.

Tabell 1. Andel (%) barn och ungdomar (0–17 år) i Stockholms län med en i vården registrerad E66-diagnos.

Ålder	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0–3 år	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
4 år	0,5	0,7	1,0	0,8	0,8	1,0
5 år	1,0	1,1	1,4	1,3	1,3	1,6
6 år	1,1	1,2	1,3	1,5	1,6	1,7
7 år	1,3	1,4	1,7	1,6	1,6	2,0
8 år	1,5	1,6	1,9	2,1	1,8	2,3
9 år	1,6	1,8	2,1	2,2	2,4	2,4
10–11 år	1,8	2,0	2,3	2,4	2,5	2,8
12 år	2,1	2,1	2,5	2,4	2,6	3,0
13–14 år	1,8	1,9	2,2	2,3	2,3	2,3
15–16 år	1,6	1,7	1,9	2,0	2,2	2,3
17 år	1,3	1,3	1,7	1,7	1,7	2,1
0–17 år	1,2	1,3	1,5	1,6	1,6	1,8

Resultaten ovan visar den så kallade vårdprevalensen, som återspeglar de individer som nått fram till vården och fått en diagnos. Inte alla individer med övervikt eller obesitas söker vård.

CES ansvarar för enkätundersökningen Hälsa Stockholm, som riktar sig till ett urval av befolkningen 16 år och äldre (2). I denna enkät finns självrapporterad längd och vikt.

Utifrån denna data beräknade vi andel 16–17-åringar med uppskattad obesitas. För individer över 18 år motsvarar ett BMI-värde på 30 eller mer obesitas. För barn och unga används ofta ISO-BMI för att fastställa köns- och åldersspecifika brytpunkter. För de två åldersgrupper som analyseras i denna rapport ligger brytpunkten på mellan 29 och 30.

I den senaste Hälsa Stockholm undersökningen (2021) uppskattades att 4,4 procent av 16–17 åringar hade obesitas, med en felmarginal mellan 2,2–6,7. Motsvarande vårdprevalens i VAL för denna åldersgrupp ligger på cirka 2 procent (se tabell 1).

Barnhälsovårdsenhetens årsrapport 2023 visar att år 2022 hade 1,8 procent av 4 åringarna obesitas (3). Detta baserades på barn som hade längd och viktregistrering vid 4 år $\pm$ 3 månader, att jämföra med cirka 1 procent i vårdprevalensdata baserat på VAL. Obesitasdiagnos på BVC i VAL-databaserna är ovanligt. Troligtvis remitteras dessa barn till BUMM eller primärvårdsrehab och får diagnosen registrerad där, det vill säga diagnosen syns i VAL med viss tidsfördröjning.

Andel förstagångsdiagnostiserade på BUMM och antal besök på BUMM och PVR

Enligt det Nationella vårdprogrammet för behandling av obesitas hos barn och ungdomar ska barn och unga som fått sin obesitasdiagnos erbjudas regelbundna besök i multidisciplinärt behandlingsteam med barnkompetens.

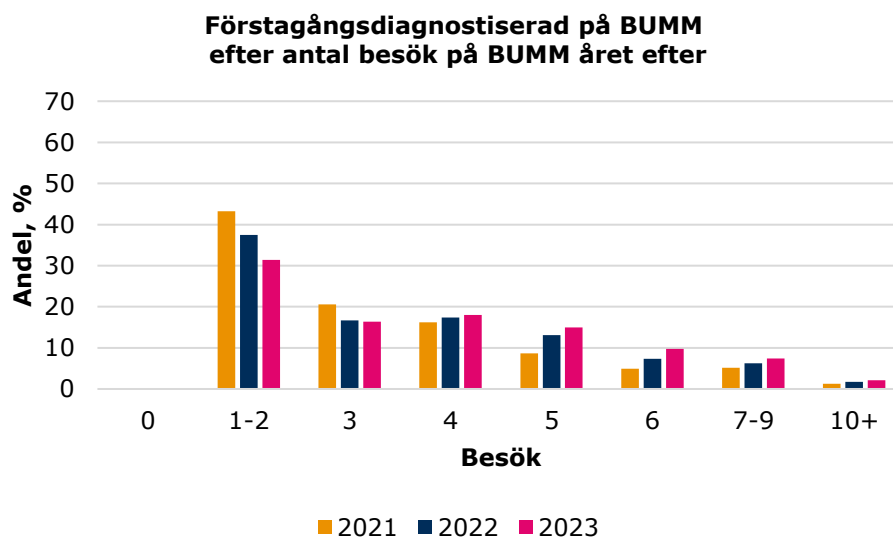
För att undersöka behandlingen av barn med obesitas analyserade vi alla förstagångsdiagnostiserade barn på BUMM utifrån andelen som erbjudits olika antal besök på BUMM och på PVR (primärvårdsrehabilitering) inom det första året.

Förstagångsdiagnostiserad (FGD) på BUMM definierades som en person med ett fysiskt besök eller videobesök på BUMM (uppdragstyp: 321, 322, 110) med diagnos E66 (diag1-diag3) samtidigt som ingen E66-diagnos (diag1-diag8) förekommer 2 år tidigare någonstans i vården (fysiska eller videobesök). Enbart de personer som bodde kvar i Stockholms län under minst 10 av de närmsta 12 månaderna efter FGD-tillfället ingick.

För dessa personer beräknades antal fysiska eller videobesök (oavsett diagnos) på BUMM och på PVR (uppdragstyp: 311) från och med FGD-besöket och 365 dagar framåt. För att kunna följa alla personer på BUMM och PVR ett år framåt så är 2023 det senaste året som kan användas. Vi undersökte här förstagångsdiagnostiserade 0–16 år 2021, 2022 och 2023. Åldersgruppen 0–16 år valdes för att alla skulle vara under 18 år vid uppföljningen och därmed kunna vårdas på BUMM.

Totalt var det 2178 förstagångsdiagnostiserade barn och unga (0–16 år) år 2021, 2058 barn år 2022 och 1922 barn år 2023. En del av nedgången kan troligtvis förklaras av ökad registrering av diagnos, vilket innebär att de incidenta fallen har fångats upp och registrerats tidigare år och därmed minskar över tid.

Figur 2 och tabell 2 visar fördelning av antal besök på BUMM under det första året efter förstagångsdiagnos på BUMM. Besöket då förstagångsdiagnosen registrerades är inkluderat i uppföljningen. Majoriteten fick mindre än sex besök. År 2021 fick 11 procent sex besök eller fler, år 2022 ökade det till 15 procent och 2023 till 19 procent.

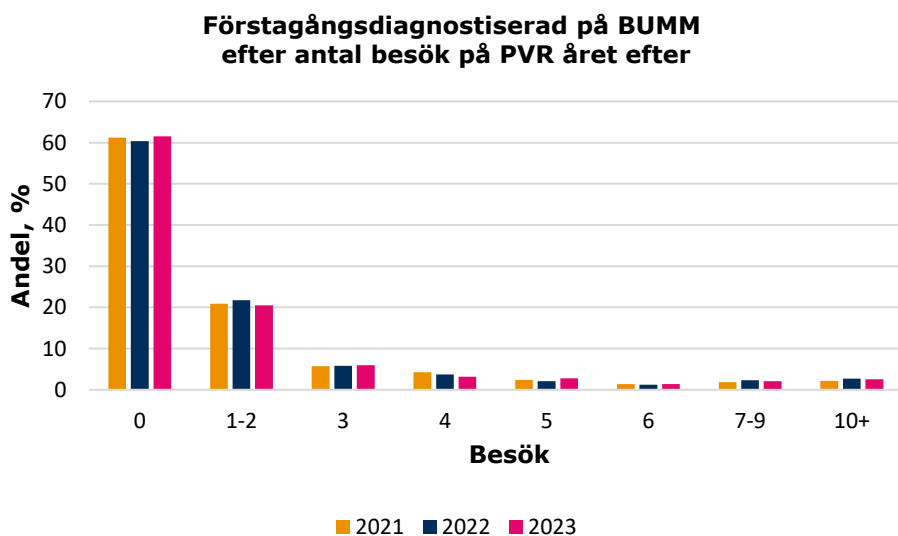


Figur 2. Fördelning av antal besök på BUMM första året efter förstagångsdiagnos på BUMM.

Tabell 2. Fördelning av antal besök på BUMM första året efter förstagångsdiagnos på BUMM.

Antal besök	2021	2022	2023
1-2	43,3	37,5	31,4
3	20,6	16,7	16,4
4	16,2	17,4	18,0
5	8,6	13,1	14,9
6	4,9	7,3	9,8
7-9	5,1	6,3	7,4
10+	1,3	1,7	2,1
1-5	88,7	84,6	80,7
6+	11,3	15,4	19,3

Figur 3 och tabell 3 visar fördelning av antal besök på PVR under det första året med förstagångsdiagnos på BUMM. Enbart 40 procent fick något besök på PVR varav cirka hälften av dessa fick 1–2 besök och hälften fick tre besök eller fler.



Figur 3. Fördelning av antal besök på PVR första året efter förstagångsdiagnos på BUMM.

Tabell 3. Fördelning av antal besök på PVR första året efter förstagångsdiagnos på BUMM.

Besök	2021	2022	2023
0	61,2	60,3	61,4
1-2	20,9	21,8	20,6
3	5,6	5,9	5,9
4	4,4	3,7	3,2
5	2,4	2,1	2,8
6	1,4	1,3	1,4
7-9	1,8	2,3	2,1
10+	2,2	2,7	2,5
3+	17,9	17,9	18,0

Enligt det ursprungliga indikatorförslaget (tabell A, indikator 2) efterfrågades uppföljning av andel barn med förstagångsdiagnos på BUMM som fått minst sex besök på BUMM *och* minst ett besök på PVR under det första året efter FGD. Resultatet av denna undersökning visar att bland förstagångsdiagnostiserade på BUMM år 2021 fick cirka 4 procent minst sex besök på BUMM *och* minst ett besök på PVR. Motsvarande siffra för år 2022 var cirka 7 procent, och för barn som fått förstagångsdiagnos på BUMM år 2023 var det cirka 8 procent som fick minst sex besök på BUMM *och* minst ett besök på PVR.

Andel förstagångsdiagnostiserade på BUMM och KLB-besök på BUMM eller PVR

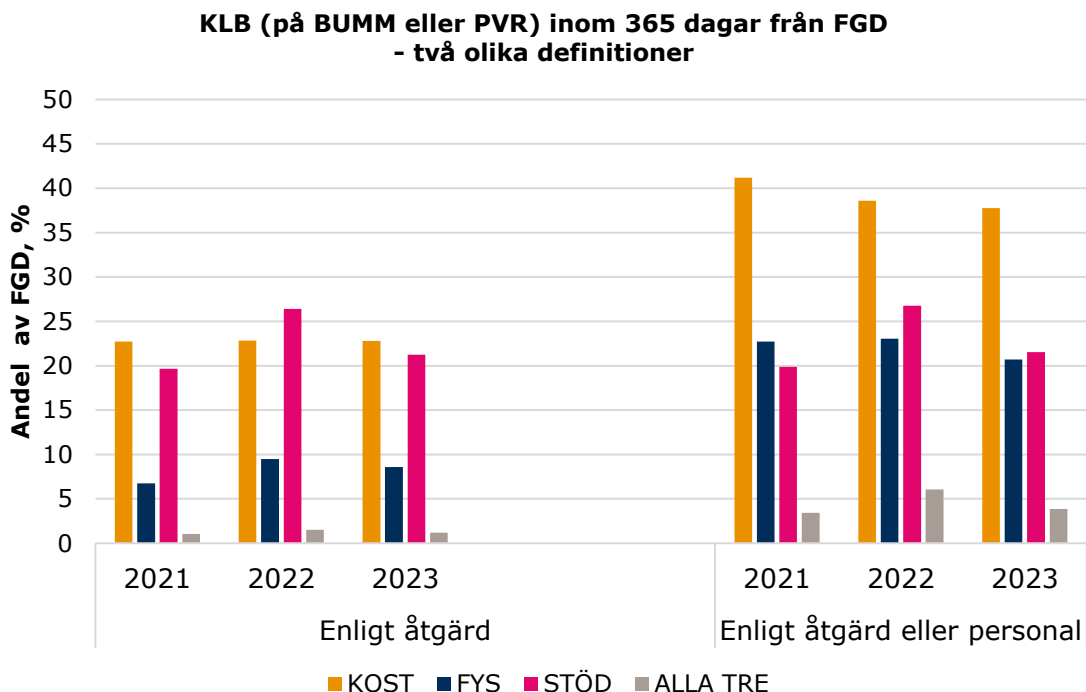
Förstagångsdiagnostiserad på BUMM definierades på samma sätt som tidigare: en person med ett fysiskt besök eller videobesök på BUMM med diagnos E66 samtidigt som ingen E66-diagnos förekommer någonstans i vården 2 år tidigare. Åldersgruppen 0–16 år valdes för att alla skulle vara under 18 år vid uppföljningen och därmed kunna vårdas på BUMM. För mer detaljer, se tidigare avsnitt. För dessa personer undersöktes hur stor andel som fått kombinerad levnadsvanebehandling på BUMM eller PVR (oavsett diagnos vid aktuellt besök).

Levnadsvanebehandling delades in i tre kategorier: kost (åtgärds kod: DV051, DV054, DV143), fysisk aktivitet (åtgärds kod: DV132, DV133, DV200, QV012) och stödåtgärd (åtgärds kod: DU009, DU011, DU113, DU118, QE009) (se tabell B för beskrivning av varje enskild KVÅ-kod). För att det ska räknas som kombinerad behandling bör samtliga tre ingå under ett år. Eftersom flera åtgärds koder inte används ännu, eller börjat användas först på senare år, kompletterade vi med personalkategori. Besök eller videosamtal hos dietist tolkas som kostråd, besök eller videosamtal hos fysioterapeut tolkas som fysisk aktivitet och besök hos psykolog eller kurator tolkas som stödåtgärd.

Figur 4 och tabell 4 visar på stora skillnader mellan definitionen med enbart åtgärds koder och definitionen som innehåller åtgärds koder eller personalkategori. Eftersom det är rimligt att anta att den patient som träffat en dietist fått kostråd även om åtgärds koden inte är registrerad så är det troligtvis ett bättre mått. Utan personalen i definitionen blir det en kraftig underskattning av antalet besök med dessa behandlingar. Av den anledningen presenteras härnäst enbart siffror där åtgärd eller personal ingår i definitionen.

Baserat på definitionen som inkluderar åtgärd eller personal så får cirka 40 procent av alla förstagångsdiagnostiserade 0–16-åringar kostråd och drygt 20 procent får råd om fysisk aktivitet eller stödåtgärder. Det är få som får alla tre åtgärderna, som mest 6 procent år 2022.

Cirka 30 procent fick enbart en av åtgärderna, där kost var den vanligaste. Cirka 20 procent fick två av åtgärderna under första året, varav den vanligaste kombinationen var kost och fysisk aktivitet.



Figur 4. Andel av FGD barn 0–16 år som erhöill besök med råd om kost, fysisk aktivitet eller fått stödåtgärd (på BUMM eller PVR) och de som fått alla tre åtgärderna inom 365 dagar. Den vänstra delen av figuren visar resultat baserat på definition som innehåller enbart åtgärds-koder och den högra visar resultat när hänsyn togs både till åtgärds-kod och personal-kategori.

Tabell 4. Andel av FGD 0–16 år som erhöill besök med råd om kost, fysisk aktivitet eller fått stödåtgärd (på BUMM eller PVR), och de som fått alla tre åtgärderna inom 365 dagar, enligt två olika definitioner.

KLB	2021	2022	2023
Efter åtgärds-kod enbart			
KOST	22,7	22,8	22,8
FYS	6,7	9,5	8,6
STÖD	19,7	26,4	21,2
KOST+FYS+STOD	1,1	1,5	1,2
Efter åtgärds-kod eller personal			
KOST	41,2	38,6	37,8
FYS	22,7	23,0	20,7
STÖD	19,9	26,8	21,5
KOST+FYS+STOD	3,4	6,1	3,9

Andel förstagångsdiagnostiserade på BUMM med intellektuell funktionsnedsättning – som fått KLB

Här undersöks hur många av de med FGD obesitas och med en samtidig eller tidigare diagnos intellektuell funktionsnedsättning (IF) som fått KLB på BUMM, PVR eller Habilitering (HAB). Förstagångsdiagnostiserad på BUMM definierades på samma sätt som tidigare. KLB-besök definieras enligt avsnittet ovan med undantaget att även besök på HAB tas med. IF definieras som diagnos F70-F79, F89.

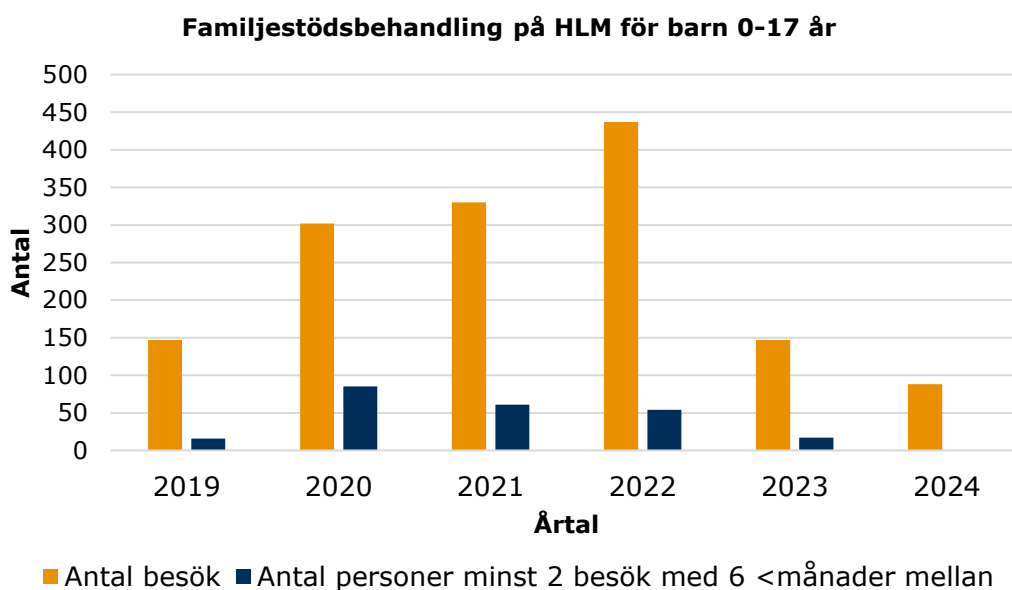
Det är få personer med FGD med obesitas som dessutom har en diagnos med intellektuell funktionsnedsättning (IF): 2 procent om man ser till att diagnosen IF ska ha funnits innan eller samtidigt som FGD-tillfället, något fler (3–4 %) om man räknar in IF-diagnos efter det. Eftersom det är få personer blir variationen stor mellan åren och detta är idag inte ett mått som är användbart.

Av de få förstagångsdiagnostiserade med obesitas med samtidig IF-diagnos fick cirka 30–40 procent åtgärden KLB-kost, cirka 30–40 procent KLB-fysisk aktivitet och cirka 50 procent KLB-stöd till beteendeförändring. Insats med alla tre fick 10–15 procent. Detta ska tolkas med stor försiktighet.

Andel barn och ungdomar som erhållit familjestödsprogram på husläkarmottagning

Vi tog fram antal barn och unga (0–17 år), oavsett diagnos, som erhöll familjestödsprogram (åtgärds kod: DV143, QV013) på husläkarmottagning (uppdragstyp: 300), med minst två besök under en sexmånadersperiod (för mer detaljer, se tabell A). Tanken var att detta skulle sättas i relation till antal barn på husläkarmottagning aktuellt år, men då det handlar om så pass få personer beräknades inga andelar.

Figur 5 visar antalet besök 2019–2024. Dessutom visar figuren antalet personer med minst två besök under 6 månader för 2019–2023. År 2024 utgår eftersom det inte går att följa alla 6 månader framåt. Antalet besök minskade dramatiskt 2023, vilket sammanföll tidsmässigt med att extraersättning för KVÅ-registrering av levnadsvanor på husläkarmottagningar togs bort. Antalet barn med minst två besök under 6 månader var väldigt få under alla undersökta år. Detta är inte ett användbart mått.



Figur 5. Antal barn och unga som erhöll familjestödsprogram. Totalt antal besök samt personer med minst 2 besök under en 6-månaders period.

Diskussion och slutsatser

Rapporten visar att vårdprevalensen har ökat bland alla åldersgrupper (0–17 år) sedan 2019, vilket troligtvis delvis beror på ökad registrering av diagnoser. År 2024 hade 12-åringarna den högsta vårdprevalensen (3 %) medan 1 procent av fyraåringarna och 2,1 procent av 17-åringarna hade en registrerad obesitasdiagnos.

I jämförelse med Hälsa Stockholms enkätundersökning samt Barnhälsovårdens årsrapport ligger vårdprevalensen i denna rapport under de rapporterade förekomsterna i de andra undersökningarna. Detta beror främst på att källorna som ligger till grund för de olika förekomstuppskattningarna skiljer sig åt. Barnhälsovårdens årsrapport bygger på barnhälsovårdens egna data som inte ingår i VAL, och Hälsa Stockholm undersöker förekomst via studiedeltagarnas svar. Eftersom inte alla individer med obesitas når vården och får en registrerad diagnos, blir denna rapportens förekomstssiffror just en spegling av vårdprevalensen.

Enligt det Nationella vårdprogrammet för behandling av obesitas hos barn och ungdomar ska barn och unga som fått sin obesitasdiagnos erbjudas regelbundna besök i multidisciplinärt behandlingsteam med barnkompetens. I denna rapport framkommer att bland barn som nydiagnostiserats år 2023 på BUMM så fick de flesta (drygt 30%) 1–2 besök på BUMM eller primärvårdsrehab (PVR) det efterföljande året. Knappt 20 procent fick sex eller fler besök efter det första diagnostillfället och sammantaget fick cirka 80 procent av alla nydiagnostiserade barn år 2023 mellan 1–5 besök kommande år.

Rapportens undersökning av erhållna insatser visar att det är meningsfullt att kombinera åtgärdskod med personalkategori för att uppskatta andelen som erbjuds kombinerad levnadsvanevård (som innehåller råd om kost, fysisk aktivitet samt stöd till beteendeförändring). Att enbart utgå från registrerad åtgärdskod riskerar att underskatta andelen som erhåller rekommenderade insatser.

Resultaten från undersökningarna som inkluderar såväl åtgärd som personalkategori visar att cirka 40 procent av alla förstagsdiagnostiserade 0–16-åringar får kostråd, cirka 20 procent får råd om fysisk aktivitet och cirka 20 procent får stödåtgärd för beteendeförändring inom ett år efter det första diagnostillfället. Ungefär 30 procent fick enbart en av åtgärderna, där kost var den vanligaste medan runt en femtedel fick två av insatserna, varav den vanligaste kombinationen var kost och fysisk aktivitet.

Undersökningarna som rörde familjestödsprogram på husläkarmottagning visade att registreringsgraden är så låg att resultaten inte blir tillförlitliga. Detsamma gäller analyserna av patienter som har både registrerad intellektuell funktionsnedsättning och en obesitasdiagnos. Så som dessa indikatorer är definierade blir resultaten i dagsläget inte användbara med tanke på den till synes låga registreringsgraden av de ingående variablerna i VAL.

Vad gäller framtida uppföljning av familjestödsprogram som insats kan det vara värdefullt att överväga en annan definition av indikatorn, där nämnaren inkluderar främst patienter som är i störst behov av att nås av åtgärden. Samtidigt bör man beakta att registreringen av åtgärds-koden påverkas av ersättningsystemet, vilket kan medföra svårigheter att tolka resultaten.

Referenser

1. Valhandboken, beskrivning av VAL-databaserna, Region Stockholm: Valhandboken (www.gups.sll.se).
2. CES Hälsa Stockholm <https://www.ces.regionstockholm.se/projekt-och-uppdrag/halsa-stockholm/>
3. Barnhälsovårdsenheten: Årsrapport 2023
<https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.28eeaa311900ff142db87ea/1718694895552/Årsrapport%20Barnhälsovård%C2%A02023>

