



Övervikt och fetma bland barn och unga 2022

Ingen betydande förändring i förekomsten av övervikt – allt mer omfattande uppgifter om längd och vikt

CENTRALA RÖN

- Förändringarna i förekomsten av övervikt bland 2–16-åringar mellan 2021 och 2022 var små.
- Den utjämning som observerades 2021 verkar ha fortsatt mellan 2021 och 2022.
- Täckningen av längd- och viktuppgifter för barn och unga i Avohilmo förbättrades i alla åldersgrupper och i flera välfärdsområden jämfört med 2021.
- Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) var 27 procent bland pojkar och 18 procent bland flickor i åldern 2–16 år.
- Övervikt och fetma var vanligare bland barn i skolåldern än bland barn under skolåldern.
- Det förekom regionala skillnader i förekomsten av övervikt och fetma bland barn och unga.

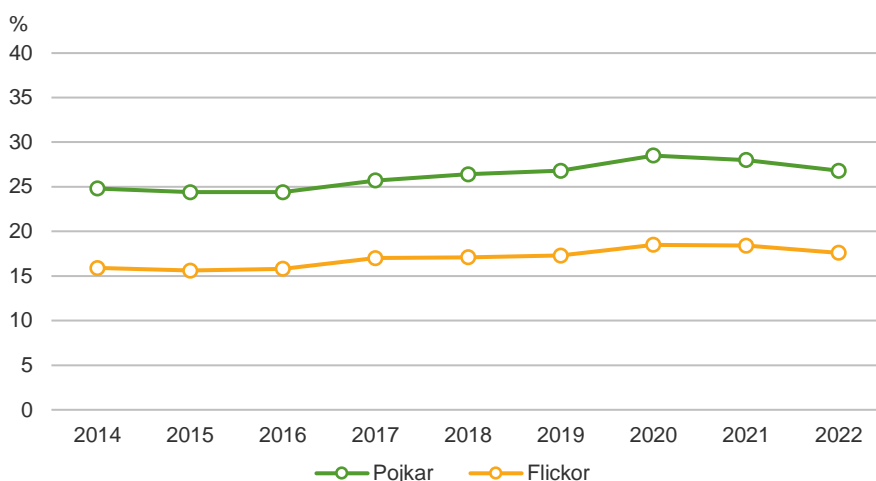
Förändringarna i förekomsten av övervikt hos barn och unga (inkl. fetma) mellan 2021 och 2022 var små. Den stabilisering som observerades 2021 verkar ha fortsatt eller till och med vänt något nedåt mellan 2021 och 2022. 2022 var förekomsten av övervikt (ISO-BMI ≥ 25 kg/m²) i åldersgrupperna 2–6 år och 7–12 år cirka en procentenhet lägre och i åldersgruppen 13–16 år något under en procentenhet lägre än 2021. Förekomsten av övervikt var 27 procent bland pojkar i åldern 2–16 år och 18 procent bland flickor 2022 (Figur 1). Från och med 2014 har förekomsten av övervikt ökat med två procentenheter bland pojkar och flickor i åldern 2–16 år.

Under 2022 var förekomsten av fetma (ISO-BMI ≥ 30 kg/m²) åtta procent bland pojkar i åldern 2–16 år och fyra procent bland flickor. Jämfört med 2021 har det inte skett några betydande förändringar i förekomsten av fetma. Från och med 2014 har förekomsten av fetma ökat med cirka en procentenhet bland pojkar och flickor.

Vid fastställandet av övervikt och fetma användes finländska gränsvärden för barns viktindex¹. Statistiken för 2022 baserar sig på längd- och viktuppgifter som mätts i samband med hälsoundersökningar vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården och som fått från vårdanmälningar (Avohilmo)² inom den öppna primärvården.

Vid granskning av förändringar i förekomsten av övervikt över tiden ska man beakta brister och förändringar i registermaterialet. Samtidigt med den nedåtgående trenden som observerades i förekomsten av övervikt har täckningen av uppgifter förbättrats vilket sannolikt påverkar resultaten. Täckningen av längd- och viktuppgifter bland 2–16-åringar förbättrades med över 6 procentenheter jämfört med i fjol.

Figur 1. Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland pojkar och flickor i åldern 2–16 år under åren 2014–2022



Övervikt (inkl. fetma) = ISO-BMI ≥ 25 kg/m² Fetma = ISO-BMI ≥ 30 kg/m²

Maaret Vuorenmaa

fornamn.efternamn@thl.fi

Päivi Mäki

fornamn.efternamn@thl.fi

Eveliina Tuovinen

fornamn.e.efternamn@thl.fi

Tuuli Kauppala

fornamn.efternamn@thl.fi

¹ Saari, A., Sankilampi, U., Hannila M. L., Kiviniemi, V., Kesseli, K. & Dunkel, L. (2011). New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. *Annals of medicine*, 43(3), 235–248.

² [Anmälan om öppen primärvård \(Avohilmo\)](#)

Att observera i årets statistik:

- Resultaten från 2022 och tidigare år om förekomsten av övervikt och fetma bland barn och unga grundar sig på längd- och viktuppgifter från Avohilmo (Vårdanmälningar inom den öppna primärvården).
- Materialet för 2022 innehåller längd- och viktuppgifter om sammanlagt 466 145 barn och unga.
- Den sammanlagda täckningen av längd- och viktuppgifter bland 2–16-åringar förbättrades med över 6 procentenheter jämfört med i fjol.
- Täckningen av längd- och viktuppgifter enligt åldersgrupp var 64 % bland 2–6-åringar, 51 % bland 7–12-åringar och 48 % bland personer som fyllt 13–16-åringar. Täckningstalet per åldersgrupp förbättrades med 6–7 procentenheter.
- Publiceringsgränsen för resultaten om förekomsten av övervikt och fetma ändrades så att gruppen som granskas ska ha minst 30 barn/unga i stället för 15 barn/unga. Gränsen för den regionala täckningen, 50 %, förblev oförändrad.

Gränsvärden för övervikt och fetma bland barn och unga

- Övervikt (inkl. fetma) ISO-BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
- Fetma ISO-BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

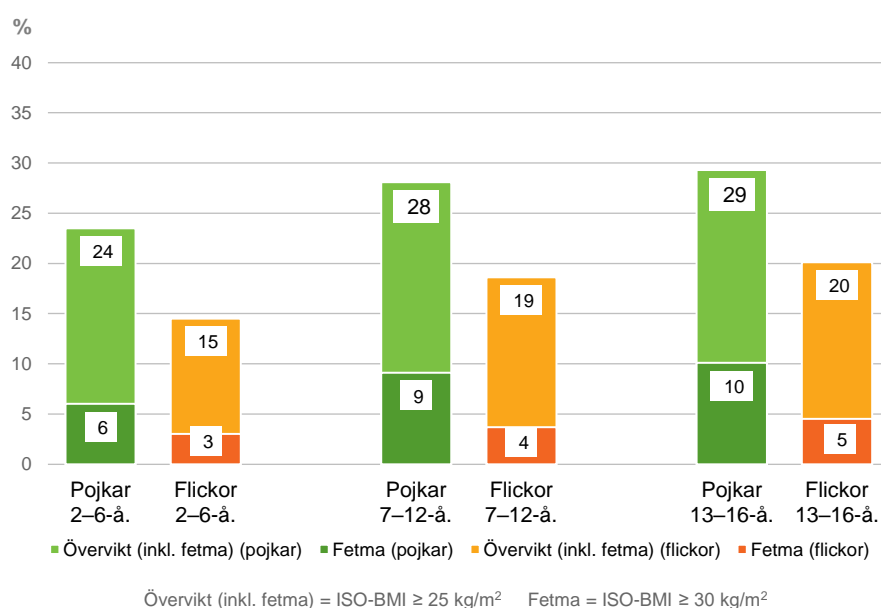
ISO-BMI (det viktindex som motsvarar viktindexet för vuxna) beskriver det viktindex som barnet har som vuxen om hans eller hennes viktindex hålls på samma nivå jämfört med jämnåriga¹.

Förekomsten av övervikt och fetma enligt åldersgrupp 2022

Övervikt och fetma var vanligare bland pojkar än bland flickor i alla åldersgrupper (Figur 2). Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) var 24 procent bland pojkar och 15 procent bland flickor under skolåldern (2–6-åringar). Motsvarande andelar bland barn i lågstadieåldern (7–12-åringar) var 28 procent bland pojkar och 19 procent bland flickor. Bland barn i högstadieåldern (13–16-åringar) var förekomsten av övervikt (inkl. fetma) 29 procent bland pojkar och 20 procent bland flickor.

Fetma bland pojkar var dubbelt så vanligt som bland flickor. Bland barn under skolåldern var förekomsten av fetma 6 procent bland pojkar och 3 procent bland flickor. På motsvarande sätt var förekomsten av fetma 9 procent bland pojkar i lågstadieåldern och 4 procent bland flickor och 10 procent bland pojkar i högstadieåldern och 5 procent bland flickor.

Figur 2. Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland pojkar och flickor enligt åldersgrupp 2022



Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland barn och unga enligt åldersgrupp 2014–2022

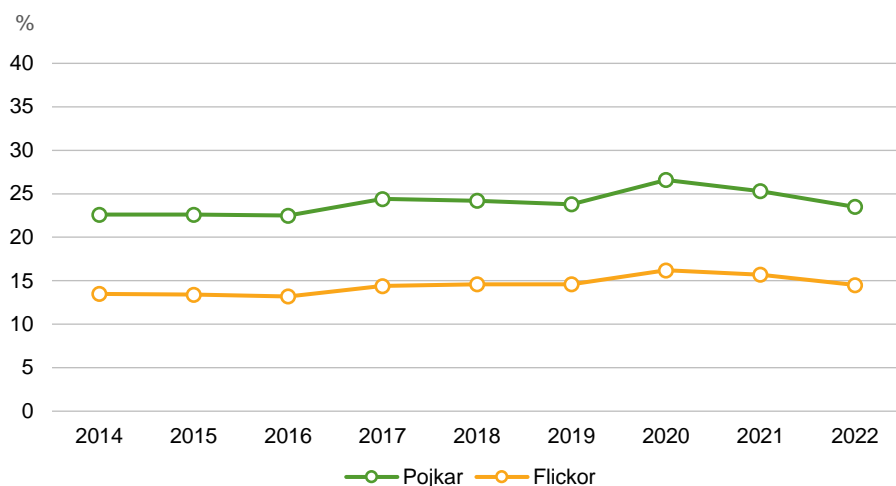
Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) hos barn och unga fortsatte att stabiliseras eller till och med vände något mellan 2021 och 2022 (Figurerna 3, 4 och 5). Mest minskade förekomsten av övervikt bland 2–6-åringar (pojkar 1,8 procentenheter och flickor 1,2 procentenheter) och minst bland 13–16-åringar (pojkar 0,3 procentenheter och flickor 0,6 procentenheter). Bland 7–12-åringar minskade förekomsten av övervikt med 1,3 procentenheter bland pojkar och 0,8 procentenheter bland flickor. Vid tolkningen av resultaten bör man beakta att täckningen av längd- och viktuppgifter hade förbättrats i flera välfärdsområden runt om i Finland jämfört med 2021. Antalet uppgifter om barns och ungas längd och vikt ökade mest i Avohilmo från de områden där förekomsten av övervikt är lägre än i hela landet.

Under uppföljningsåren 2014–2022 har förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland pojkar under skolåldern (2–6-åringar) varierat mellan 22–27 procent, bland pojkar i lågstadieåldern (7–12-åringar) mellan 25–30 procent och bland pojkar i högstadieåldern (13–16-åringar) mellan 26 och 30 procent. Bland flickor varierade förekomsten av övervikt på motsvarande sätt mellan 13–16 procent (2–6-åringar), 17–19 procent (7–12-åringar) och 17–21 procent (13–16-åringar). (Figurerna 3, 4 och 5.)

Tillgång till uppgifter

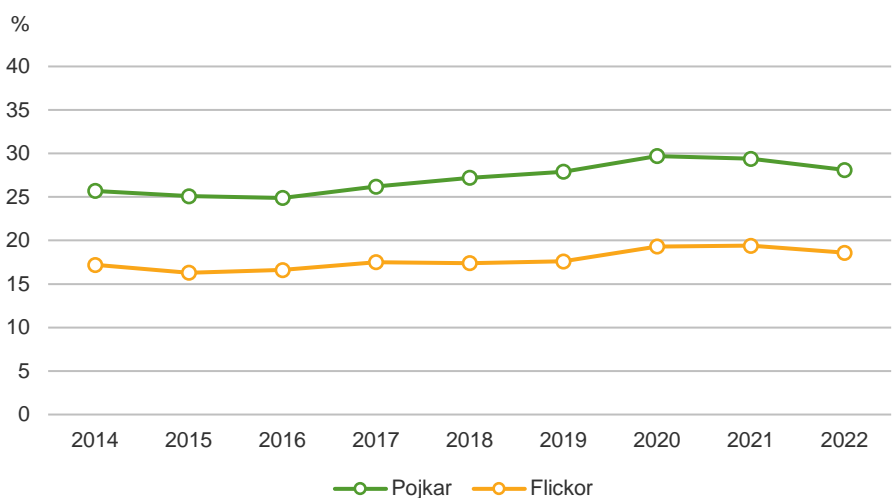
- De regionala uppgifterna publiceras om uppgifternas täckning i den granskade gruppen är minst 50 procent och gruppen innehåller längd- och viktuppgifter om minst 30 barn eller unga.
- Uppgifterna kan tillgås i
 - [resultatvyn hälsa och välfärd bland barn och unga \(Tableau\)](#)
 - [den interaktiva kartapplikationen och som kommunala sammanfattningar \(terveytemme.fi\)](#)
 - [databasrapporter \(TIKU\)](#)
 - [statistik- och indikatorbanken Sotkanet](#)

Figur 3. Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland pojkar och flickor i åldern 2–6 år under åren 2014–2022



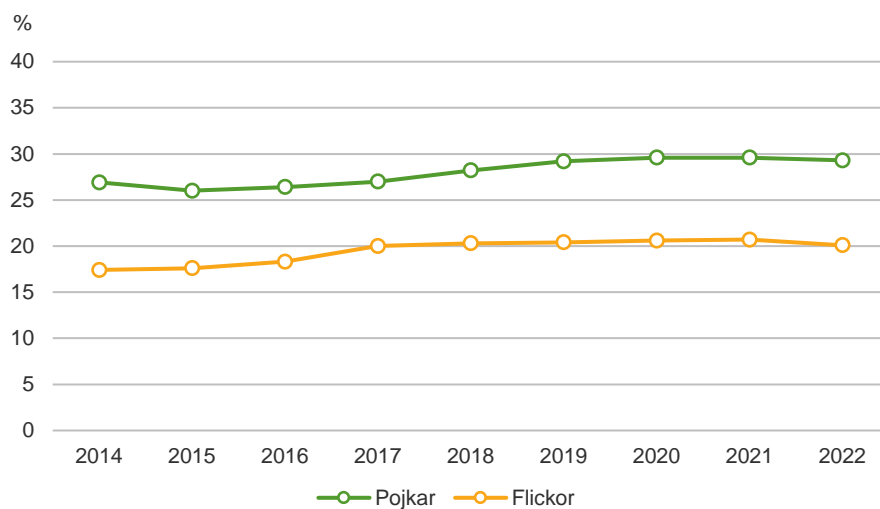
Övervikt (inkl. fetma) = ISO-BMI \geq 25 kg/m² Fetma = ISO-BMI \geq 30 kg/m²

Figur 4. Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland pojkar och flickor i åldern 7–12 år under åren 2014–2022



Övervikt (inkl. fetma) = ISO-BMI \geq 25 kg/m² Fetma = ISO-BMI \geq 30 kg/m²

Figur 5. Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland pojkar och flickor i åldern 13–16 åren 2014–2022



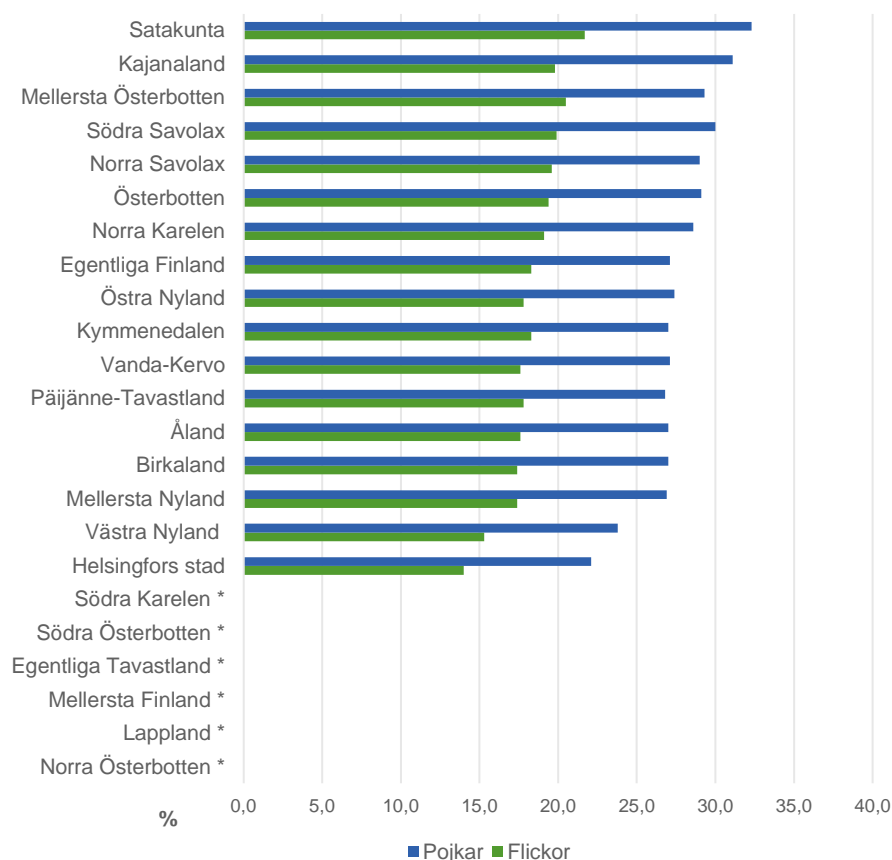
Övervikt (inkl. fetma) = ISO-BMI \geq 25 kg/m² Fetma = ISO-BMI \geq 30 kg/m²

Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland barn och unga per välfärdsområde och på kommun 2022

Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) varierade mellan 22–32 procent bland pojkar och mellan 14–22 procent bland flickor i åldern 2–16 år (Figur 6). Övervikt var vanligast bland pojkar och flickor i Satakunta välfärdsområde och mest sällsynt i Helsingfors.

I kommunerna varierade förekomsten av övervikt (inkl. fetma) mellan 17–50 procent bland pojkar och mellan 6–41 procent bland flickor i åldern 2–16 år.

Figur 6. Förekomsten av övervikt (inkl. fetma) bland pojkar och flickor i åldern 2–16 år enligt välfärdsområde 2022*



* längd- och viktuppgifternas täckning otillräcklig (< 50 %) för rapportering av uppgifter

Övervikt (inkl. fetma) = ISO-BMI \geq 25 kg/m² Fetma = ISO-BMI \geq 30 kg/m²

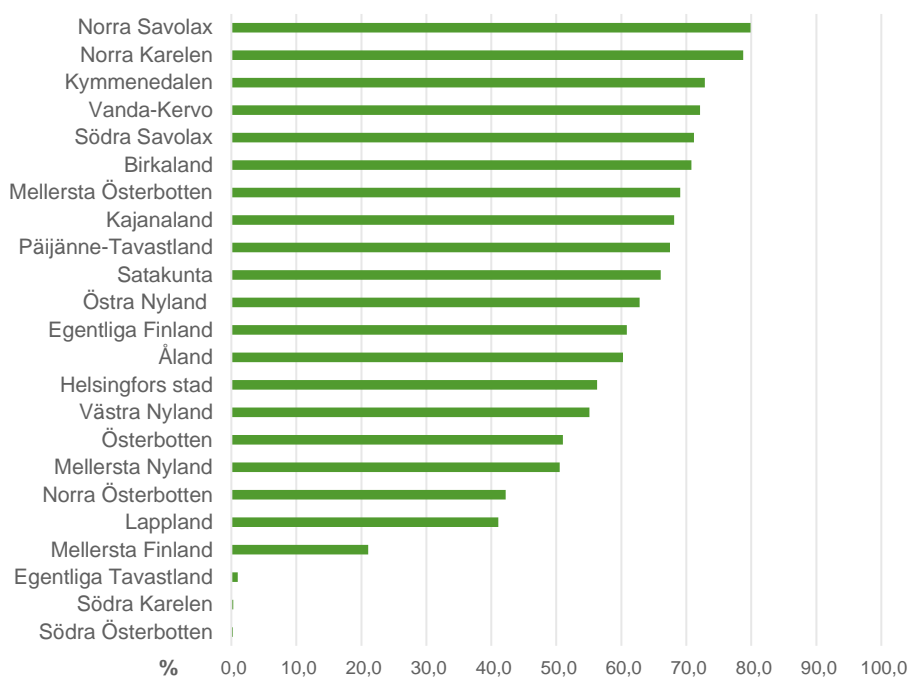
* Välfärdsområdena presenteras i ordningsföljd enligt förekomst av övervikt (pojkar och flickor sammanlagt)

Längd- och viktuppgifternas täckning

Sammanlagt var längd- och viktuppgifter tillgängliga för 466 145 barn och unga (2–16-åringar) i Avohilmo under 2022. Under 2022 var den sammanlagda täckningen av längd- och viktuppgifter för alla åldersgrupper (2–16-åringar) 54 procent (n=382 305) för hela landet. Längd- och viktuppgifternas täckning som beräknats separat för åldersgrupperna var för 2–6-åringar 64 procent (n=159 099), för 7–12-åringar 51 procent (n=186 500) och för 13–16-åringar 48 procent (n=120 546).

Täckningen av längd- och viktuppgifter för 2–16-åringar per välfärdsområde varierade mellan mindre än en procent och 80 procent (Figur 7). Täckningen var högst i Norra Savolax och Norra Karelen. Genom att täckningen av uppgifter förbättrades uppfylldes täckningsgränsen (50 %) i allt fler välfärdsområden vilket främjar möjligheterna att granska regionala skillnader. Utöver Helsingfors stad och Åland var täckningen i 15 välfärdsområden tillräcklig för att publicera uppgifter om 2–16-åringar. I sex välfärdsområden var täckningen fortfarande inte tillräcklig för att publicera uppgifterna.

I sammanlagt 105 (34 %) kommuner var längd- och viktuppgifterna för 2–16-åringar inte tillräcklig för att publicera uppgifterna. Dessutom var täckningen i vissa kommuner tillräcklig men det sammanlagda antalet flickor och pojkar var under 30 och därför publiceras inga uppgifter. Publiceringsgränsen för statistiken höjdes från tidigare 15 barn eller unga/granskad grupp till 30 barn/unga. Till följd av det får en liten kommun som tidigare fått uppgifter inte längre uppgifter och nu har även uppgifterna från tidigare år dolts.

Figur 7. Längd- och viktuppgifternas täckning för 2–16-åringar per välfärdsområde i Avohilmo 2022

Uppgifterna i Avohilmo för **2021** uppdaterades efter publiceringen av statistikrapporten³ om resultaten för det aktuella året med 2–6 procentenheter i olika åldersgrupper (numerär ökning ~33 000), mest bland barn under skolåldern (~16 600). Majoriteten av den senare förbättringen av uppgifternas täckning 2021 förklaras av uppdateringen av uppgifterna i Helsingfors (~30 300).

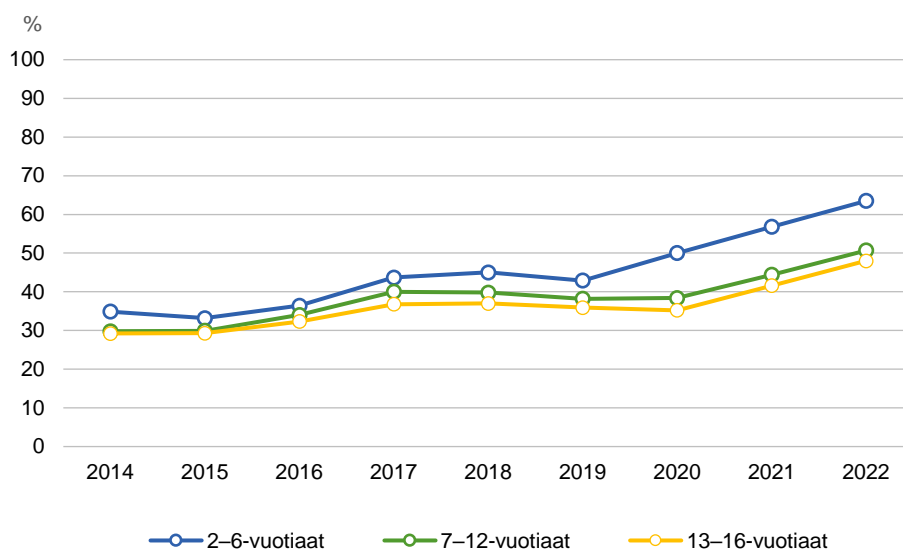
Mellan 2021 och 2022 förbättrades täckningen för längd- och viktuppgifter för barn och unga i åldern 2–16 år med över 6 procentenheter (47,3 % → 53,6 %, numerär ökning 50 780).

I Helsingfors minskade uppgifternas täckning bland 2–16-åringar med över 6 procentenheter mellan 2021 och 2022 (numerär minskning ~5 300). I de övriga områdena förbättrades täckningen eller förblev oförändrad. Täckningen per procentenhet förbättrades mest i Mellersta Österbotten (62,8 procentenheter), Kajanaland (34,6 procentenheter), Östra Nyland (24,7 procentenheter) och Norra Österbotten (25,1 procentenheter, dock under publiceringsgränsen 42,2 procent). Numerärt var de största ökningarna i längd- och viktuppgifterna i Norra Österbotten (numerär ökning ~19 500), Västra Nyland (~10 600) och Mellersta Österbotten (~8 000).

Uppgifternas täckning förbättrades i alla åldersgrupper. Täckningen för barn under skolåldern var nästan 7 procentenheter (56,8 → 63,5 %), för barn i lågstadieåldern över 6 procentenheter (44,4 → 50,7 %) och för högstadieelever över 6 procentenheter (41,6 → 48,0 %) bättre än täckningen för uppgifterna för 2021.

Täckningen för längd- och viktuppgifter har förbättrats mellan åren 2014 och 2022 i under skolåldern med nästan 29 procentenheter (34,9 → 63,5 %), i lågstadieåldern med nästan 21 procentenheter (29,8 → 50,7 %) och i högstadieåldern med nästan 19 procentenheter (29,2 → 48,0 %) (Figur 8).

³ Övervikt och fetma bland barn och unga 2021. Statistikrapport 36/2022. Institutet för hälsa och välfärd.

Figur 8. Den nationella täckningen för barns och ungas längd- och viktuppgifter i Avohilmo enligt åldersgrupp 2014–2022

Bakgrund

Övervikt bland barn och unga är ett betydande folkhälsoproblem som har blivit betydligt vanligare under de senaste årtiondena^{4,5}. Övervikt och fetma som börjat i barndomen och ungdomen fortsätter ofta i vuxen ålder. Av de feta barnen är cirka 55 procent feta även som unga, och 80 procent av de feta unga är feta även som vuxna⁶. Övervikt och fetma är på många sätt kopplade till barns och ungas fysiska och psykosociala hälsa och välbefinnande¹. Fetma i barndomen medför risk för artärsjukdomar som vuxen, men risken minskar om barnet uppnår normalvikt före vuxen ålder⁷.

Fetma bland barn och unga är beroende av flera både individuella och samhälleliga faktorer, såsom arvs massa, levnadsvanor, psykosociala faktorer och en ändring av livsmiljön så att den främjar fetma. I förebyggandet av barns fetma är det viktigt att få barnet, den unga och hela familjen att anta hälsofrämjande levnadsvanor. För att lyckas med att förebygga fetma bland barn behövs ett omfattande samarbete mellan olika aktörer i samhället. De nationella riktlinjerna för förebyggande och behandling av fetma bland barn, unga och vuxna har sammanställts i form av en God medicinsk praxis-rekommendation⁸.

En nationell uppföljningsinformation om förekomsten av övervikt och fetma bland finländska barn har saknats fram till de senaste åren, även om uppföljningen av barns och ungas hälsa på individnivå genomförs regelbundet inom barnrådgivningen och

⁴ Kautiainen, S., Koivisto A. M., Koivusilta, L., Lintonen, T., Virtanen S. M. & Rimpelä, A. (2009). Sociodemographic factors and a secular trend of adolescent overweight in Finland. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4, 360–70. DOI: 10.3109/17477160902811173

⁵ Vuorela N, Saha MT, Salo MK. Change in prevalence of overweight and obesity in Finnish children - comparison between 1974 and 2001. *Acta Paediatr* 2011;100:109–15. DOI: [10.1111/j.1651-2227.2010.01980.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01980.x)

⁶ Simmonds, M., Llewelyn, A., Owen, C. G. & Woolcott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. DOI: [10.1111/obr.12334](https://doi.org/10.1111/obr.12334)

⁷ Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS ym. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med* 2011;365:1876–85. DOI: [10.1056/NEJMoa1010112](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1010112)

⁸ Fetma (barn, unga och vuxna). God medicinsk praxis-rekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim, Suomen Lihavuustutkijat ry och Finlands Barnläkarförening rf. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2020 (refererad 6.9.2023). Fås via internet: <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00055>

skolhälsovården⁹. Uppföljning av tillväxten ingår i varje periodisk hälsoundersökning vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården^{10,11}.

Användningen av uppgifter om längd och vikt som mäts i samband med hälsoundersökningar för nationell och regional uppföljning av övervikt och fetma bland barn och unga testades för första gången i uppföljningsundersökningen av barns hälsa (LATE) åren 2007–2009¹². I syfte att standardisera uppgifterna och öka jämförbarheten sammanställdes metodhandboken Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården som innehåller de viktigaste mätnings-, undersöknings- och bedömningsmetoderna (inkl. mätning av längd och vikt) som ingår i hälsoundersökningar av barn och unga¹³.

Uppgifter om besök vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården för hälsoundersökning inklusive längd- och viktuppgifter som mäts av hälso- och sjukvårdspersonal registreras i patientdatasystemet, varifrån de överförs till Avohilmo som elektronisk dataöverföring. Längd- och viktuppgifterna har sedan 2011 varit en del av Avohilmos datainnehåll (version 1.7).

De metoder som använts i statistikrapporterna om övervikt och fetma bland barn och unga baserar sig på undersökningar som gjorts av Avohilmo-materialet från 2014–2015 och 2016–2017. I undersökningarna granskades hur täckande uppgifterna om barns och ungas längd och vikt är och testades om uppgifterna kan användas för nationell och regional uppföljning av förekomsten av övervikt och fetma bland barn och unga^{14,15}. Avohilmo konstaterades vara en tillförlitlig informationskälla för uppföljning av förekomsten av övervikt och fetma, men en förutsättning för uppföljningen är att uppgifternas kvalitet och täckning förbättras.

Tjänsteproducenterna, informationssystemleverantörerna och THL strävar genom samarbete och interaktion efter att kontinuerligt förbättra dokumentationspraxisen, kvaliteten på de insamlade uppgifterna och insamlingen av uppgifter².

⁹ [Utfallet för hälsoundersökningar och andra besök inom mödra- och barnrådgivningen 2021 samt inom skolhälsovården under läsåret 2021–2022](#) Statistikrapport 4/2023. Institutet för hälsa och välfärd.

¹⁰ [Hälso- och sjukvårdslagen \(1326/2010\)](#)

¹¹ [Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga \(338/2011\)](#)

¹² Mäki P., Hakulinen-Viitanen T., Kaikkonen R., Koponen P., Ovaskainen M-L., Sippola R., Virtanen S., Laatikainen T. & LATE-työryhmä (red.) 2010. Lasten terveysterveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveysterveys ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 2/2010. Helsingfors.

¹³ Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen, T. & Laatikainen, T. (2017). [Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården: Metodhandbok](#). Institutet för hälsa och välfärd, Handbok 4/2017.

¹⁴ Mäki, P., Lehtinen-Jacks, S., Vuorela, N., Levälahti, E., Koskela, T., Saari, A., Mölläri, K., Mahkonen, R., Salo, J. & Laatikainen, T. Datakälla Avohilmo-material: Lasten ylipainon valtakunnallinen seuranta. Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning 2017; 72: 209–215.

¹⁵ Mäki, P., Lehtinen-Jacks, S., Vuorela, N., Levälahti, E., Koskela, T., Saari, A., Mölläri, K., Mahkonen, R., Salo, J. & Laatikainen, T. Tilastotietoa lasten ylipainoisuuden yleisyydestä saatavilla yhä useammasta kunnasta. Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning 2018; 73: 2336–2342.

Begrepp och definitioner

Avohilmo: Anmälan inom den öppna primärvården (Avohilmo) är en del av en större helhet som utgörs av vårdanmälningsystemet för socialvården och hälso- och sjukvården (Hilmo). Avohilmo innehåller uppgifter om besök inom den öppna primärvården samt hemvården.

Separat datainsamling: Informationssystemleverantörens separata engångsinsamlingar av längd- och viktuppgifter direkt ur tjänsteproducentens databas bland uppgifterna för 2019.

Hilmo: Vårdanmälningsystemet (Hilmo) är ett nationellt datainsamlings- och rapporteringssystem för social- och hälsovården. Hilmo består av tre delområden: vårdanmälningsregistret för socialvården (Sosiaali-Hilmo), vårdanmälningsregistret för hälso- och sjukvården (Terveys-Hilmo) och vårdanmälningsregistret för den öppna primärvården (Avohilmo).

ISO-BMI: ISO-BMI (viktindex som motsvarar viktindexet för vuxna) beskriver barnets viktindex i vuxen ålder, om det hålls på samma nivå i förhållande till de jämnåriga¹.

Fetma ISO-BMI ≥ 30 kg/m²

Längd- och viktuppgifternas täckning: Andelen barn och unga för vilka det finns tillgång till minst en både längd- och viktuppgift i det material som har samlats i anmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo) eller genom separat datainsamling under kalenderåret, i förhållande till befolkningsmängden i ålderskohorten i de enskilda kommunerna i slutet av kalenderåret.

Övervikt (inkl. fetma): ISO-BMI ≥ 25 kg/m²

www.thl.fi/finlapsetrekisteri



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISSN 1798-0887

Kvalitetsbeskrivning

Statistik över övervikt och fetma bland barn och unga

Statistikuppgifternas relevans

Statistiken över barns och ungas övervikt och fetma är en del av uppföljningen av barns, ungas och familjers hälsa och välbefinnande ([FinLapset-registeruppföljning](#)).

Institutet för hälsa och välfärd (THL) samlar information om barns, ungas och familjers hälsa och välbefinnande. Syftet med uppföljningen är att producera jämförbar, aktuell och riksomfattande samt regionalt representativ information om hälsa och välbefinnande bland barn, unga och familjer, faktorer förknippade med dessa samt om förändringar över tid. Som informationskällor används i huvudsak uppgifter från rådgivningarnas och skolhälsovårdens hälsoundersökningar och uppgifter från riksomfattande register.

Insamlingen av statistikuppgifter grundar sig på lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008)¹⁶ och lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (159/2007)¹⁷.

Uppgifterna från hälsoundersökningarna vid barnrådgivningen och skolhälsovården utgör en utmärkt grund för den nationella och regionala uppföljningen av barns och ungas hälsa och välbefinnande, eftersom nästan alla barn och unga deltar i de lagstadgade hälsoundersökningarna i välfärdsområden (tidigare i kommunerna). Bestämmelser om antalet hälsoundersökningar och tidpunkterna för dem finns i statsrådets förordning (SRF 338/2011)¹¹. Enligt förordningen görs sammanlagt minst 15 hälsoundersökningar av barn under skolåldern. I skolåldern görs hälsoundersökningen i varje årskurs i grundskolan.

Tillförlitlig, jämförbar och aktuell information behövs för att följa upp barnens, de ungas och familjernas hälsa och välbefinnande, utveckla och utvärdera tjänsterna samt fatta beslut på nationell och regional nivå. Nationellt enhetlig information erbjuder också möjligheter för tjänsteproducenter och yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att följa upp och utvärdera resultaten av det egna arbetet.

Det har konstaterats att de uppgifter som fås från Avohilmo¹⁸ ger goda förutsättningar för nationell och regional uppföljning av övervikt och fetma bland barn och unga^{14,15}. Nationell statistik om förekomsten av övervikt och fetma bland barn och unga kan dessutom utnyttjas i internationella jämförelser.

Metodbeskrivning

Statistiken över övervikt och fetma bland barn och unga 2022 innehåller uppgifter om förekomsten av övervikt och fetma bland barn och unga 2014–2022. Uppgifterna i statistiken baserar sig på längd- och viktuppgifter som har uppmätts och antecknats vid barnrådgivningens och skolhälsovårdens hälsoundersökningar.

Uppgifterna i statistiken för åren 2014–2018 och 2020–2022 baserar sig enbart på längd- och viktuppgiftsmaterial från Avohilmo. Materialet för 2019 innehåller förutom uppgifter från Avohilmo även längd- och viktuppgifter (n = 212 336) som har samlats genom separat datainsamling i sådana patientdatasystem från vilka tillväxtuppgifterna inte överförs med en engångsregistrering till Avohilmo.

Syftet med den separata datainsamlingen 2019 var att en gång visa att uppgifternas täckning skulle förbättras avsevärt om uppgifterna överfördes från alla patientdatasystem.

Avohilmo är en del av en större helhet som utgörs av vårданmälningssystemen för socialvården och hälso- och sjukvården (Hilmo)¹⁹. Längd- och viktuppgifterna överförs från flera patientdatasystem till Avohilmo som en del av den automatiska, elektroniska datainsamlingen.

¹⁶ [Lagen om Institutet för hälsa och välfärd \(668/2008\)](#)

¹⁷ [Lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården \(159/2007\)](#)

¹⁸ [Primärvårdens öppenvård, Kvalitetsbeskrivning](#)

¹⁹ [Vårданmälningssystem \(Hilmo\)](#)

Identifiering av hälsoundersökningsbesök och längd- och viktuppgifter från Avohilmo

Barn och unga som besökt barnrådgivningen eller skolhälsovården identifierades med personbeteckningen. Granskningen begränsades till barn och unga som besökt barnrådgivningen och skolhälsovården med följande kriterier enligt Avohilmo-klassificeringen:

- kontaktsätt: besök på mottagningen (R10)
- besökets karaktär: hälsovårdsbesök (HV)
- serviceform: barnrådgivning (T22), skolhälsovård (T26)

Ett undantag var de besöksuppgifter som hade antecknats i patientdatasystemet Apotti i Vanda, Helsingfors, Grankulla och Kervo. På grund av problem med den tekniska dataöverföringen och innehållet i Avohilmo-materialet kunde man inte beakta besökskaraktären hälsovårdsbesök (TH). I avgränsningen av Vandas, Helsingfors, Grankullas och Kervos material om längd och vikt beaktades barn och unga som besökt barnrådgivningens och skolhälsovårdens mottagningar (R10, T22, T26).

Avgränsning av materialet

Materialet från Avohilmo avgränsades till barn och unga vars ålder vid tidpunkten för besöket var minst 1,75 år och högst 16,99 år. I den aktuella åldersgruppen kan förekomsten av övervikt och fetma bedömas enligt samma kriterium, ISO-BMI. Uppgifterna granskades i tre åldersgrupper (2–6-åringar, 7–12-åringar och 13–16-åringar).

Om barnet under kalenderåret hade flera besök i Avohilmo-materialet, varvid längd- och viktuppgiften hade antecknats, valdes den mätning som var närmast födelsedagen för granskningen. Dessutom sorterades materialet enligt barnets kön och den kommun där barnet var bosatt vid tidpunkten för besöket. Aktuella befolkningsuppgifter erhöles från Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata.

Uppgifternas exakthet och tillförlitlighet

Populationen i statistiken består av barn och unga som är 1,75–16,99 år gamla vid ett hälsoundersökningsbesök vid barnrådgivningen eller skolhälsovården. En förutsättning för att längd- och viktuppgifterna ska vara tillförlitliga och jämförbara är att längden och vikten mäts vid hälsoundersökningarna i enlighet med anvisningarna i THL:s metodhandbok Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen och inom skolhälsovården¹³. Uppgifternas noggrannhet och tillförlitlighet påverkas dessutom av mätinstrumenten och kalibreringen av dem.

Uppgifternas riktighet beror på kvaliteten och riktigheten i de uppgifter som uppgiftsgivarna lämnar. Uppgifterna skickas till THL genom en automatisk insamling från patientdatasystemen en gång per dygn. THL, tjänsteproducenterna och datasystemleverantörerna av informationssystemen följer upp uppgifternas kvalitet och täckning i Avohilmos snabbrapporter och databasrapporter. Om man upptäcker brister i uppgifternas kvalitet eller täckning, gör dataproducenten nödvändiga korrigeringar och skickar de uppdaterade uppgifterna på nytt till THL.

Längd- och viktuppgifternas kvalitet

Definitionerna och begreppen för längd och vikt baserar sig på klassificeringen FinLOINC – Fysiologiska mätningar²⁰.

I THL:s tidigare versioner av Avohilmo²-datainnehåll (versionerna 1.7–2.1) gavs anvisningar om att anteckna viktuppgifter i gram och längd i millimeter. Från och med version 3.0 ges anvisningar om att anteckna viktuppgifter antingen i gram eller i kilogram och längd i centimeter. Eftersom kommunernas patientdatasystem använder olika versioner av Avohilmo för anteckning av längd- och viktuppgifter, gjordes följande enhetskorrigeringar i längd- och viktuppgifterna:

²⁰ [FinLOINC – Fysiologiska mätningar](#). Nationella kodtjänsten.

- om vikten var > 1000, dividerades vikten med 1000 (från gram till kilogram),
- om längden var > 300 dividerades längden med 10 (från millimeter till centimeter), och
- om längden var < 2,3 multiplicerades längden med 100 (från meter till centimeter).

Efter enhetskorrigeringarna beräknades från längd- och viktuppgifterna en storhet som motsvarar viktindex för vuxna (BMI), dvs. ISO-BMI. ISO-BMI beskriver det viktindex som barnet har som vuxen om hans eller hennes viktindex hålls på samma nivå jämfört med jämnåriga¹. Vid beräkningen av ISO-BMI beaktas förutom längd och vikt även barnets eller den ungas decimalålder och kön. Som bakgrundsmaterial för beräkningsschemat för ISO-BMI användes värden baserade på finländska tillväxtkurvor^{1, 21}. Som överviktiga (inkl. fetma) har de barn och unga vars ISO-BMI är minst 25 kg/m² definierats och som feta de vars ISO-BMI är minst 30 kg/m².

Metoderna för utvärdering av längd och viktuppgifternas kvalitet baserar sig på tidigare undersökningar, där man testade att utnyttja uppgifter från Avohilmo i den nationella uppföljningen av övervikt och fetma bland barn och ungdomar^{14, 15}. Kvaliteten på längd- och viktuppgifterna utvärderades genom beräkning av spridningsmått (SDS-storheter, standard deviation score) för längd, vikt och ISO-BMI, vikt i förhållande till kön och längd, längd i förhållande till ålder och kön samt BMI i förhållande till ålder och kön med hjälp av de finländska längdkurvorna^{1, 21}. De anteckningar som fick spridningsmått utanför intervallet (-4, 4) bedömdes som felaktiga och dessa mätresultat användes vid bedömningen av förekomsten av övervikt och fetma. År 2022 var andelen anteckningar som bedömdes vara felaktiga 1,2 procent. Från materialet avlägsnades också de besök som saknade längd- eller viktuppgifter (1,6 %). Andelen anteckningar som avlägsnades i materialet var sammanlagt 2,8 procent.

Uppgifternas täckning och presentation av resultaten

Längd- och viktuppgifternas täckning för barnbefolkningen i området fastställdes i förhållande till andelen barn och unga för vilka det fanns tillgång till minst en uppgift om både längd och vikt under kalenderåret (1.1.–31.12.2022). De områdesspecifika resultat som gäller förekomsten av övervikt och fetma presenteras om längd- och viktuppgifternas täckning för barn och unga var minst 50 procent i området. Med andra ord ska det för minst hälften av barnen i den åldersgrupp som granskas finnas tillgång till minst en längd- och viktuppgift i Avohilmo under kalenderåret.

Det fanns stora skillnader i täckningen för barnens längd- och viktuppgifter mellan kommunerna. Den vanligaste orsaken till att uppgifter saknas är att det tekniska genomförandet i det patientdatasystem som används i området inte ger möjlighet till automatisk insamling av engångsdokumenterade längd- och viktuppgifter i Avohilmos datainsamling.

För att skydda anonymiteten förutsätts dessutom att det inom det granskade området och i den granskade åldersgruppen finns minst 30 barn eller unga vars längd- och viktuppgifter är tillgängliga. I områden där det finns minst 30 flickor och pojkar i den granskade åldersgruppen presenteras uppgifterna separat för pojkar och flickor, i annat fall visas endast det sammanlagda resultatet för könen. Om det totala antalet flickor och pojkar i den åldersgrupp som granskas är mindre än 30, föreslås inget resultat enligt åldersgrupp. Om gränsen på 30 personer uppfylls för alla åldersgrupper sammanlagt presenteras de sammanlagda resultaten för dem och dessutom, beroende på antalet flickor och pojkar, könsresultaten separat. Om antalet barn och unga understiger 30 trots att åldersgrupperna har slagits samman kan uppgifterna inte presenteras.

Även om kommunspecifika resultat inte kan presenteras på grund av den låga täckningen för uppgifterna eller på grund av att åldersgruppen är liten, beaktas kommunens resultat vid beräkningen av välfärdsområden och de nationella resultaten.

²¹ [Barnens tillväxtkurvor](#). Kuopio universitetssjukhus och Östra Finlands universitet.

Mer information om täckningen för uppgifter som samlas i Avohilmo finns i kvalitetsbeskrivningen för statistiken över Öppenvårdsbesök inom primärvården och mun- och tandvården 2022²².

Uppgifternas aktualitet och rättidighet

Statistiken över övervikt och fetma bland barn och unga uppdateras och publiceras en gång per år. De nyaste uppgifterna i varje sammanställd statistik gäller året före publiceringen. En statistikrapport om förekomsten av övervikt och fetma bland barn och unga publiceras också årligen.

Statistikens enhetlighet och jämförbarhet

I den första statistiken över övervikt och fetma bland barn och unga presenterades resultat som baserar sig på material från åren 2014–2018 ([Övervikt och fetma bland barn och unga 2018](#)). I statistikmaterialet inkluderades uppgifter om de barn och unga för vilka det fanns tillgång till minst en längd- och viktuppgift under varje rapporteringsår. Som mätresultat för rapporteringsåren godkändes +/-180 dygn från personens födelsedag under kalenderåret i fråga.

I statistiken över övervikt och fetma bland barn och unga 2019 övergick man i fråga om material från alla år (2014–2019) till tidsmässig avgränsning enligt kalenderår. Till statistikmaterialet samlades uppgifter om de barn och unga för vilka det fanns tillgång till minst en längd- och viktuppgift under kalenderåret (1.1–31.12). Kalenderårsdefinitionen används också i den senaste statistiken för 2022.

Om materialet innehåller flera längd- och viktuppgifter för en och samma person beaktas uppgifterna om det besök som ligger närmast födelsedagen i allt material.

Utifrån de granskningar av längd- och viktuppgifternas täckning och jämförelser som gjorts med rapporteringsårs- och kalenderårsdefinitionerna finns det ingen anledning att misstänka att en ändring av den tidsmässiga avgränsningen skulle påverka statistikens jämförbarhet.

Materialen för 2014–2018 och 2020–2022 baserar sig enbart på uppgifter från Avohilmo. Materialet för 2019 innehåller dessutom längd- och viktuppgifter som har samlats i kommunernas patientdatasystem genom separat datainsamling. Den separata datainsamlingen förbättrade täckningen för de nationella och regionala uppgifterna om längd och vikt 2019. För att bevara jämförbarheten presenteras uppgifternas täckning i statistiken för 2021 även för 2019 enbart utifrån material från Avohilmo (Figur 8).

På grund av den separata datainsamlingen innehåller materialet för 2019 längd- och viktuppgifter för barn från flera kommuner som saknar uppgifter från andra år. Det här ska beaktas när resultaten för 2019 jämförs med resultaten för andra år.

I materialet för 2021 saknades tusentals uppgifter från Helsingfors, Grankulla och Kervo vid tidpunkten för publiceringen av statistiken och rapporten som beskriver uppgifterna för året i fråga, vilket ska beaktas när resultaten för olika år jämförs. Siffrorna i statistiken uppdaterades hösten 2023. I statistikrapporten för 2022 används uppdaterade siffror.

Från och med statistiken för 2022 förutsätts att minst 30 personer ingår i gruppen som granskas i området. Fram till statistiken för 2021 var gränsen 15 personer. Från och med statistiken för 2022 presenteras dessutom figurerna för resultaten med en decimal noggrannhet. Fram till statistiken för 2021 presenterades siffrorna som heltal.

När man granskar hur vanligt det är med övervikt och fetma bland barn och unga är det bra att beakta att uppgifterna som har samlats i Avohilmo från olika år delvis innehåller längd- och viktuppgifter för samma barn under på varandra följande år och i olika åldersgrupper. Dessutom bör man beakta att förändringar i befolkningmängden i mindre kommuner kan ha stor inverkan på förekomsten av övervikt och fetma bland barn och unga från år till år.

²² [Öppenvårdsbesöken inom primärvården och mun- och tandvården 2022](#). Statistikrapport 33/2023. Institutet för hälsa och välfärd.

Uppgifternas tillgänglighet och tydlighet

Statistikrapporten om övervikt och fetma bland barn och unga publiceras på THL:s webbplats. De riksomfattande och regionala resultaten publiceras i [den interaktiva kartapplikationen och som kommunala sammanfattningar](#) på webbplatsen [terveytemme.fi](#). Resultaten publiceras även områdesvis i [resultatvyn Hälsa och välfärd bland barn och unga \(Tableau\)](#). Dessutom finns de regionala uppgifterna tillgängliga i [databasrapporterna \(TIKU\)](#) och i [statistik- och indikatorbanken Sotkanet](#).

Begäran och insamlingar av uppgifter ska beställas separat. Enligt lagen om riksomfattande personregister för hälsovården (556/1989)23 4 § är personuppgifter som införs i vårdmättningsregistret sekretessbelagda. Mer information om begäran om information, villkor för utlämnande av uppgifter och ansökan om forskningstillstånd finns på THL:s webbplats ([Forskningsanvändning och dataanvändnings-tillstånd](#), [Findata](#)).

²³ [Lagen om riksomfattande personregister för hälsovården \(556/1989\)](#)