



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

BVC-sjuksköterskans identifiering av och agerande vid övervikt och fetma hos barn

Författare: Anna Melander
Sofi Gudmundsson-Öström

Handledare: Vanja Berggren

Magisteruppsats

Oktober 2012

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

BVC-sjuksköterskans identifiering av och agerande vid övervikt och fetma hos barn

Författare: Anna Melander
Sofi Gudmundsson-Öström

Handledare: Vanja Berggren

Magisteruppsats

Oktober 2012

Abstrakt

I västvärlden har övervikt och fetma bland barn ökat de senaste decennierna. Flera studier har visat att övervikt ofta följer individen genom livet och ökar riskerna för följsjukdomar. Syftet med denna enkätstudie var att undersöka hur svenska BVC-sjuksköterskor (n=34) identifierar och agerar vid övervikt och fetma hos barn. Det framkom att barnövervikt och fetma i huvudsak ansågs vara ett genetiskt problem som familjen kunde behöva hjälp med att hantera, att BVC-sjuksköterskorna var dåligt medvetna om vad de faktiskt gjorde för barn som befann sig i riskzonen samt att det material de utgick från ofta var utformat på den egna BHV-enheten. Studiens resultat indikerar ett behov av en nationell evidensbaserad kostrådgivningsmall. BVC-sjuksköterskor behöver även kontinuerlig fortbildning samt forum för diskussion och reflektion för att kunna ge en kvalitativ och säker rådgivning.

Nyckelord

Agerande, Barnfetma, Barnövervikt, BVC-sjuksköterska, Identifiering, Kostrådgivning, Sverige

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Svenska näringsrekommendationer	4
Övervikt, fetma och BMI	5
Vårdpersonalens inställning till barns övervikt	7
Barnhälsovård i Sverige	8
Syfte	9
Metod	9
Urval av undersökningsgrupp	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Demografi	13
Indikatorer för barnövervikt och fetma	14
BVC-sjuksköterskans kostrådgivning	14
Principal komponentanalys av data	18
Summering av principal komponentanalys av data	22
Diskussion	22
Diskussion av vald metod	22
Diskussion av framtaget resultat	24
Konklusion och fortsatt forskning	26
Referenser	27
Bilaga 1(3)	31
Bilaga 2(3)	32
Bilaga 3(3)	39

Problembeskrivning

År 2010 fanns det uppskattningsvis över 42 miljoner överviktiga barn i världen (Armstrong, 2012). Merparten av dessa barn levde i låg- och medelinkomstländer (ibid). Lobstein, Rigby och Leach (2005) uppskattar att det finns över 14 miljoner överviktiga barn i Europa.

Ytterligare 400 000 barn beräknas bli överviktiga varje år (ibid). I Sverige beräknas idag 14 – 15 procent av alla 4-åriga barn vara överviktiga och ytterligare cirka tre procent vara feta (Mangrio, Lindström & Rosvall, 2010; Thorn, Waller, Johansson & Mårild, 2010).

Barnövervikt och fetma har under de senaste decennierna varit ett stort och växande problem (Strauss & Pollack, 2001) både samhällsekonomiskt (Lean, Lara & Hill, 2006; Yang & Hall, 2008) och för individen (Flodmark, 2001; Skouteries, McCabe, Swinburn & Hill, 2010). Små barn som är överviktiga eller feta riskerar att fortsätta vara det även in i tonår och tidig vuxenålder (Lean, Lara & Hill, 2006; Nader et al, 2006; Philipsen & Philipsen, 2008; Strauss & Pollack, 2001).

Nästan alla barn (99 procent) i Sverige i åldern nyfödd – skolstart ansluts av föräldrarna till en barnhälsovårdsenhet (BHV-enhet) (Hagelin, Magnuson & Sundelin, 2000). BHV-enhetens uppdrag omfattar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete, föräldrastöd, förebyggande av risker i barns närmiljö, identifiering av hälsoproblem samt samverkan med andra specialister på barnområdet. På BHV-enheterna arbetar bland annat BVC-sjuksköterskor (BVC= barnavårdscentral), vilka träffar barnet och familjen regelbundet för kontroll av barnets utveckling och hälsostatus (ibid). Vid besöken kontrolleras även barnets tillväxt (längd och vikt) och eventuell nutritionsproblematik (Albertsson Wikland, Luo, Niklasson & Karlberg, 2002). Då ett av de primära målen vid övervikt och fetma är beteendeförändring kring mat och ätande (Melin & Rössner, 2001), kan BVC-sjuksköterskan tidigt bidra i det preventiva arbetet via bland annat kostrådgivning, stöd och praktisk kunskap. BVC-sjuksköterskan har en exklusiv möjlighet att tidigt uppmärksamma och sätta in åtgärder som kan bidra till en god livsstil.

Då barnövervikt och barnfetma ökar, ätbeteenden implementeras tidigt (Birch & Fisher, 1998; Savage, Fisher & Birch, 2007), och BVC-sjuksköterskors speciella roll för föräldrastödet under barnets första år, indikeras betydelsen av att undersöka hur BVC-sjuksköterskor arbetar med överviktiga och feta barn.

Bakgrund

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2002) beräknar den direkta sjukvårdskostnaden för överviktsrelaterade problem hos barn och vuxna i Sverige till cirka 3 miljarder/år. Utöver detta tillkommer bland annat kostnader för sjukskrivningar och personligt lidande (ibid).

En viktig strategi för att förebygga övervikt, fetma och dess följsjukdomar, är bland annat information och råd om livsstilsförändring (Sjöstedt, Otterblad Olausson & Hellerström, 2009). Övervikt och fetma hos barn bör tas på allvar och åtgärder sätts in tidigt (SBU, 2004; Marcus, 2005). Fetma hos barn är svårbehandlat, men tidig prevention i form av rådgivning, stöd och stimulans i barnets och familjens vardag, ger en ökad möjlighet till bestående och positiv viktutveckling (SBU, 2004).

BVC-sjuksköterskor har en viktig uppgift att fånga upp barn i riskzonen och hjälpa familjen med stöd, information och kunskap som kan bidra till en sund livsstil. Kan överviktstrenden bromsas gagnar det barnet, familjen och samhället.

Svenska näringsrekommendationer

BHV-enheter i Sverige baserar sitt arbete på lokala, regionala och nationella riktlinjer, lagstiftning samt myndigheters rekommendationer. Kostrådgivningen inom svensk hälso- och sjukvård utgår från de Svenska näringsrekommendationerna (SNR), vilka bland annat förespråkar näringstätta, regelbundna, balanserade och varierade måltider till barn, speciellt till de under 4 år (Livsmedelsverket, 2011). Kostcirkeln och tallriksmodellen visar på vilka livsmedel som är lämpliga att välja samt i vilken mängd. Nyckelhålmärkt mat är bra både för barn och vuxna eftersom den ökar möjligheten till en balans mellan mängden mättat fett, socker, fibrer, kolhydrater och protein i kosten. Ett barn under fyra år bör till exempel äta 400 gram frukt och grönt varje dag medan barn över fyra år, liksom vuxna, 500 gram/dag. Fullkornsprodukter innehåller mycket fibrer, är mättande och kan begränsa energiintaget, vilket gör att barn under fyra år endast bör inta detta i begränsad mängd. D-vitaminsdroppar bör ges till barn under två år samt till barn som inte får D-vitaminberikad kost, inte vistas utomhus, alternativt bär heltäckande kläder under sommarhalvåret och till mörkhyade barn

(som har svårare att ta upp solens strålar och därmed D-vitamin) upp till fem års ålder. Fisk bör vara proteinkälla tre gånger per vecka. Enligt Livsmedelsverket ska kostrådgivning baseras på SNR där betydelsen av begränsat intag av fett, socker och näringsfattig kost behandlas (ibid).

BVC-sjuksköterskan möter regelbundet familjer och barn i behov av råd och stöd. SNR kan användas som vägledning och stöd för BVC-sköterskan vid praktisk konsultation.

Övervikt, fetma och BMI

En persons under/normal/övervikt utgår från individens BMI och beräknas som vikt i kilo delat med längden i meter upphöjt till två (WHO, 2011). Definitionen på övervikt hos vuxna är ett BMI mellan 25 – 30 och feta personer har ett BMI på 30 eller mer (ibid). Barn har åldersanpassade och könsrelaterade BMI-kurvor, så kallad iso-BMI (bilaga 1) utarbetade av Cole, Bellizzi, Flegal och Dietz (2000). Barnstandarden utgår från sex stora nationella tillväxtstudier utförda i Brasilien, Storbritannien, Hong Kong, Nederländerna, Singapore samt USA. Totalt ingick data från 97 876 pojkar samt 94 851 flickor, i åldrarna nyfödd – 25 år. Som utgångspunkt användes BMI och definitionen för övervikt respektive fetma hos vuxna. Resultaten visade på behovet av olika kurvor beroende på barns ålder och kön (ibid). Att endast använda BMI som ett mått på övervikt och fetma har dock vissa brister, vilket poängteras av SBU (2002). BMI, hos både barn och vuxna, säger ingenting om hur andelen muskelmassa och fett är fördelade i kroppen. Vid bedömning av eventuell övervikt bör hänsyn tas till barnets kroppsbyggnad, kön och ålder (ibid). I Sverige dokumenteras normalt ett barns tillväxtuppgifter, inklusive BMI, i en tillväxtkurva (Mårild, Hänni & Zethelius, 2011). Detta gör det möjligt för BVC-sjuksköterskan att följa det individuella barnet i relation till de internationella gränsvärdena för tillväxt (ibid).

Ytterligare studier (Dubois, Farmer, Girard & Porcherie, 2006; Dubois, Girard, Potvin Kent, Farmer & Tatone-Tokuda, 2008; Fischer, Mitchell, Smiciklas-Wright & Birch, 2002; Nicklas, Baranowski, Cullen & Berenson, 2001; Mangrio et al, 2010; Savage et al, 2007) pekar på ett samband mellan familjens matvanor och barnets vikt. Dubois et al (2006) har använt data från en större Kanadensisk studie (Longitudinal Study of Child Development in Quebec (1998 – 2002), LSCDQ). (n=2103 barn) för att se på sambandet mellan familjers matvanor och barns

vikt. Studien pekade på att överviktiga föräldrar predisponerade för övervikt hos barn, då barnet anammade föräldrarnas inställning och attityd till kost och livsstil (ibid).

Fischer et al (2002) har använt sig av en enkät och telefonintervjuer (n= 191 familjer med 5-åriga döttrar) för att undersöka om föräldrarnas kosthållning inverkar på barnets. Studien visade att flickornas konsumtion av frukt och grönt var i paritet med föräldrarnas. Högt intag hos föräldrar visade högre intag hos barnet och vice versa (ibid).

Flera studier (Birch & Fisher, 1998; Johannsen, Johannsen & Specker, 2006; Philipsen & Philipsen, 2008; Savage et al, 2007) visar ett samband mellan arvsanlag, uppväxtvillkor och livsstil samt ett barns energiintag och förbrukning. I en studie av Dubois et al (2008) analyserades ytterligare data från LSCDQ- studien. Syftet var att se om det fanns samband mellan barns BMI och deras kost och måltidsvanor. Dubois et al (2008) slutsats var att cirka hälften av alla överviktiga barn hade minst en överviktig förälder, att barnen hade ett högt kaloriintag fördelat vid lunch, kvällsmat och mellanmål, att flertalet åt energitäta mål sent på kvällen samt att risken för att vara överviktig som 4-åring var dubbelt så hög för de som inte åt frukost (ibid).

Den genomsnittliga svenskens energiintag har enligt Axelsen, Danielsson, Norberg och Sjöberg (2009) ökat med fyra procent mellan 1980 – 2002. Bland annat ökade konsumtionen av godis med fem kilo per person och år och intaget av läsk med 60 liter (ibid). Många överviktiga och feta barn överkonsumerar näringstät mat och dryck. Svenska 4-åringars energiintag ligger i genomsnitt 8 procent över rekommenderat dagligt intag (Enghart Barbieri, Pearson & Becker, 2003). Konsumtionen av andelen mättat fett kan vara så mycket som 50 procent för hög. Stora delar av energimängden kommer från så kallat tomma kalorier såsom läsk, glass, efterrätter och godis, medan intaget av frukt och grönt är runt hälften av SNR (ibid). Nicklas et al (2001) har studerat hur amerikanska barns måltidsvanor förändrats över tid och om det finns ett samband med viktutvecklingen, trots att barnens längd i åldersgrupperna är densamma. Nicklas et al (2001) menar att förändringar i måltidsvanor historiskt sett, kan förklara delar av överviktstrenden bland barn och vuxna. Mellan 1973 och 1994 hade måltidens innehåll, frekvens, storlek, antal restaurangbesök (inkluderat snabbmatskedjor) samt dryckeskonsumtion, förändrats och därigenom ökat det totala energiintaget. Detta ansågs vara en av förklaringarna till att barns viktkurva hade ökat samt att överviktiga barn även tenderade att vara överviktiga som vuxna (ibid).

Obalans i energiintag respektive förbränning leder på sikt till övervikt och fetma (Lean et al, 2006). Övervikt och fetma ger bland annat en ökad risk för diabetes, gallstenar, högt blodtryck, hjärtsjukdomar, högt kolesterol, coloncancer och stroke (Field et al, 2001). Risken att utveckla överviktsrelaterade problem ökar i relation till vikten, det vill säga högre vikt leder till högre risk (ibid). I Sverige är cancer och hjärt-kärlsjukdom två av de största dödsorsakerna (Danielsson & Talbäck, 2009). Mätt i DALY (Disability Adjusted Life Years) står högt blodtryck för 12 procent, höga blodfetter för 8 procent och övervikt för 7 procent av den totala sjukdomsburden i Sverige (ibid).

Orsaken till övervikt och fetma står att finna i barnets gener, men även i livsstilen, det sociala mönstret, inlärd beteenden, kulturella aspekter samt samhällsfaktorer. BVC-sköterskan har i sin profession möjlighet att hjälpa, leda och stödja familjer till en hälsosam livsstil.

Vårdpersonalens inställning till barns övervikt

Trots vetenskapen om bakomliggande orsaker och betydelsen av tidig insats för att undvika barnövervikt och framtida hälsoproblem, framgår det i flera studier (Golsäter, Enskär, Lingfors & Sidenvall, 2009; Gonzalez och Gilmer, 2006; Lindhe Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2008; Walker, Strong, Atchinson, Saunders & Abbott, 2007) att vårdpersonal upplever svårighet att hantera situationen. I till exempel Lindhe Söderlund et al (2008) studie intervjuades 5 svenska BVC-sjuksköterskor och 6 skolsköterskor vilka använde motiverande samtal (MI) i arbetet med överviktiga barn i 5 – 7 års ålder, och deras föräldrar. Syftet var att identifiera hinder för metoden. Lindhe Söderlund et al (2008) fann att flertalet BVC-sjuksköterskor negligerade barns övervikt med hänvisning till att barnen själva hade goda kunskaper i kosthållning. Trots att barnen visste vad som var god kosthållning använde de sällan kunskaperna. Sjuksköterskorna trodde att barnen skulle växa från problemet och att det var hälsosamt med hull. BVC-sjuksköterskorna menade också att överviktiga föräldrar ibland själva såg sig som hälsosamma och i god form, vilket då försvårade för personalen att ta upp problemet (ibid). Även Walker, Strong, Atchinson, Saunders och Abbott (2007) har studerat sjuksköterskors roll vid arbete med överviktiga barn. I studien intervjuades engelska läkare (n=12) och sjuksköterskor (n=6). Resultatet visade att personalen kände ett ansvar att lyfta frågan om barnets övervikt. Samtidigt fanns det en motvilja att närma sig problemet

eftersom övervikten ansågs vara ett socialt livsstilsproblem som familjen själv borde ta ansvar för.

Barnhälsovård i Sverige

Fram till år 2008 (SOSFS 2008:35) reglerades svenska BHV:s uppdrag i Socialstyrelsens allmänna råd om hälsoundersökningar inom barnhälsovården (SOSFS 1991:8). SOSFS 1991:8 har inte ersatts, utan lokala föreskrifter gäller. I SOSFS 1991:8 framgick med vad och hur BVC-sjuksköterskor skulle arbeta med bland annat prevention, föräldrastöd, förebyggande av risker i barns närmiljö, identifiering av hälsoproblem samt samverka med andra specialister inom BHV-området. Uppdraget var familjefokuserat och utgick från det enskilda barnets fysiska, psykiska och sociala förutsättningar. BHV-programmet bestod, mellan åren 1991 – 2008, av hälsoövervakning, hälsoundersökning, längd-, vikt- och huvudomfångskontroller, kontroll av syn och hörsel, bevakning av barnets psykomotoriska utveckling samt hur barnet utvecklades kommunikativt. Syftet var att uppnå en god hälsa och hälsoutveckling för alla barn i samverkan med föräldrarna. Sjuksköterskor på BVC är specialistutbildade antingen till distriktssköterska (DSK) eller till barnsjuksköterska (ibid).

Baggens (2001) har studerat kommunikationen mellan svenska BVC-sjuksköterskor (n=8), föräldrar (n=46) och barn (n=54) samt i vilken omfattning ämnen som togs upp vid besök på BHV-enheter överensstämde med det då aktuella BVC-programmet. I studien spelades 44 besök på tre BHV-enheter i mellanstora svenska städer in och analyserades. Utfallet visade att majoriteten av ämnesvalen och diskussionen på just dessa tre BHV-enheter, initierades av BVC-sjuksköterskor, utgick från det nationella BVC-programmet (SOSFS 1991:8) och behandlade barnets utveckling, beteende, frågor om vardagsrutiner samt kost. När föräldrarna själva tog upp ämnen var dessa oftast relaterade till barnets kropp, utseende, utveckling och/eller kost. BVC-programmet uppfattades skapa möjligheter och tillfällen för rutinmässiga möten och diskussion om normalitetsvärden, till exempel avseende barnets längd, vikt och utveckling (ibid). Barns överviktsproblematik tenderar att även sträcka sig in i vuxen ålder. BVC-sjuksköterskor har som nyckelperson en viktig funktion för att främja barns och familjers hälsa, trygghet och utveckling (Falck, 2007). Riktlinjer för arbetet på BHV-enheter i Sverige baseras på lagstiftning, myndigheters rekommendationer och nationella riktlinjer.

Endast ett fåtal studier har gått att finna vilka belyser BVC-sjuksköterskors arbete vid kostrådgivning och stöd till familjer med överviktiga och feta barn. Således är det av vikt att undersöka vad svenska BVC-sjuksköterskors kostrådgivning består av, vid vilka tillfällen de ges samt hur BVC-sjuksköterskor identifierar och hanterar situationer med överviktiga/feta barn.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka hur BVC-sjuksköterskor identifierar och agerar vid övervikt och fetma hos barn.

Metod

För att försöka få en bild av BVC-sjuksköterskors arbete med kostrådgivning vid övervikt och fetma hos barn valdes kvantitativ metod med enkät som instrument för datainsamling.

Vårdvetenskaplig etiknämnd vid Lunds Universitet, Institutionen för Hälsa, Vård och Samhälle, har rådfrågats innan studien påbörjades.

Urval av undersökningsgrupp

Deltagarna i studien var BVC-sjuksköterskor verksamma vid slumpvis utvalda BHV-enheter i fem svenska städer. Totalt kontaktades och tillfrågades 41 verksamhetschefer verksamma vid barnavårdscentraler i Stockholm (n= 19), Göteborg (n= 11), Malmö (n= 5), Umeå (n= 5) och Visby (n=1) om tillstånd att genomföra studien. Enheterna valdes ut slumpvis, undantaget Visby där det endast fanns en BHV-enhet och Umeå där det endast fanns fem. Varje orts BHV-enheter numrerades från ett och uppåt, i bokstavsordning. Sifferlappar lades i en skål och drogs slumpvis. Siffran parades därefter ihop med respektive numrerad BHV-enhet. Därefter användes hitta.se för att kontrollera att BHV-enheterna inom respektive stad inte låg i samma närområde.

I Malmö kontaktades fem verksamhetschefer, samtliga tackade ja till att medverka i studien. I Göteborg kontaktades elva varav tre tackade ja till att delta. I Visby kontaktades en verksamhetschef, som valde att medverka i studien. I Stockholm kontaktades 19 stycken och fyra gav sitt samtycke. I Umeå accepterade tre förfrågan. De verksamhetschefer (n=24) som inte medgav deltagande i studien inom det egna verksamhetsområdet, angav i huvudsak personalbrist och hög arbetsbelastning som skäl. En av de tillfrågade verksamhetscheferna uppgav att det på enheten ej fanns någon BVC-sjuksköterska som matchade kriteriet att ha varit anställd mer än ett år och kunde därför inte delta. De verksamhetschefer som tackade ja till medverkan i studien hänvisade därefter till BVC-sjuksköterskorna. Samtliga BVC-sjuksköterskor vilka varit verksamma på enheten mer än ett år, tillfrågades om deltagande, detta för att säkerställa att arbetsrutiner var inarbetade och giltiga. Totalt deltog 34 BVC-sjuksköterskor i studien (Göteborg 4, Malmö 12, Stockholm 16, Visby 2 och Umeå 0). Hög arbetsbelastning eller redan högt deltagande i studier angavs av några (n=4) som skäl till att inte medverka. Övriga angav inget skäl (n=56). Det totala bortfallet går inte att beräkna då det fanns enheter (n=11) som inte ville uppge det antal BVC-sjuksköterskor som arbetade vid verksamheten.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Studien valdes att utföras enligt kvantitativ empirisk enkätmetodik. Delar av enkäten (fråga/påstående 1, 2, 5-10) hämtades från Gage, Erdal, Siagal, Qiao, Williams och Raats (2011) studie om läkares (n= 184) och föräldrars (n=135) förmåga att identifiera och hantera barnövervikt och fetma. Frågorna valdes utifrån vilka som bedömdes överensstämma med BVC-sjuksköterskors profession enligt SOSFS 1991:8. Övriga frågor och påståenden i enkäten är inte testade i någon större studie tidigare, men är inspirerade från Gage et al (2011). Enkäten utformades med frågor och påståenden som respondenten skulle ta ställning till. Skalan graderades från instämmer helt (1 poäng), instämmer till viss del (2 poäng), instämmer (3 poäng), varken eller (4 poäng), instämmer ej (5 poäng) och internt bortfall (0 poäng). BVC-sjuksköterskorna ombads ta ställning till påståenden och frågor om indikatorer för barnövervikt och fetma (17 påståenden), involverade professioner (8), behandlingsbehov (4), barriärer för rådgivning och information (6), BVC-sjuksköterskans kostrådgivning (19) samt kunskapskällor (6). De frågor och påståenden som besvarats med ”instämmer”,

”instämmer till viss del” och ”instämmer helt” har sammanräknats och tolkats som att respondenten instämt.

För att säkerställa en god kvalitet och hög relevans på enkätfrågorna, genomfördes en pilotstudie innan studien påbörjades. Deltagarna i pilotstudien var fyra DSK med BVC-vana vilka valdes utifrån ett bekvämlighetsperspektiv. Dessa fick besvara ett utkast till enkäten, svaren redogörs inte för i studien. Utifrån resultat och kommentarer i pilotstudien, ändrades därefter några ordval och meningsbyggnader.

Genomförande av datainsamling

Verksamhetscheferna kontaktades via mejl och informerades om studieupplägg och syfte. Skriftligt tillstånd att utföra studien inhämtades från respektive verksamhetschef. Efter inhämtat tillstånd kontaktades enhetschef på respektive BHV-enhet för hjälp med information till berörd personal och tillfrågande om intresse fanns att delta i undersökningen. Intresserade BVC-sjuksköterskor kontaktades via mejl för överlämnande av bakgrundsmaterial och inhämtande av informerat skriftligt samtycke. Enkäterna skickades därefter antingen ut via mejl eller per traditionell postgång i enlighet med BVC-sjuksköterskornas individuella önskemål. Enkät per mejl sparades ner på vederbörande BVC-sjuksköterskas dator, besvarades och returnerades i vändande mejl. BVC-sjuksköterskorna kunde också välja att skriva ut enkäten, fylla i den och återsända via postgång. De som valde traditionell postgång fick ett förfrankerat kuvert tillsänt sig. Angivande av BHV-enhet behövdes endast för att påminnelser inte skulle skickas ut till fel mottagare, och redovisas inte för i studien. Två påminnelser skickades initialt via mejl och med en veckas mellanrum, med start en vecka efter att enkäterna distribuerats. Ytterligare en påminnelse gjordes därefter via brev eller telefonkontakt.

De kodade enkätsvaren och underskriven medgivandeblankett förvaras åtskilda och inlåsta i brandsäkra kassaskåp, i enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Associations, 2008).

Genomförande av databearbetning

Statistikprogrammet SPSS for Windows, version 19, har använts för att analysera studiens data. Resultaten presenteras som frekvens och procent. Principalkomponentanalys (PCA) från statistikprogrammet Simca, har använts för multivariat dataanalys. PCA används för att tolka stora dataset av n antal dimensioner. Tekniken används för att finna korrelationer inom och mellan observationer samt variabler i stora dataset där tydliga korrelationer inte alltid är synliga, till exempel bi-variant analys. Datan summeras i så kallad score plot (visar summering av relation mellan respondenter) och loadingsplot (visar relation mellan variablerna). Loadingsplotten har använts för att tolka mönster i score plotten. Plottarna kompletterar varandra, det vill säga en riktning i ena plotten ger även en riktning i den andra.

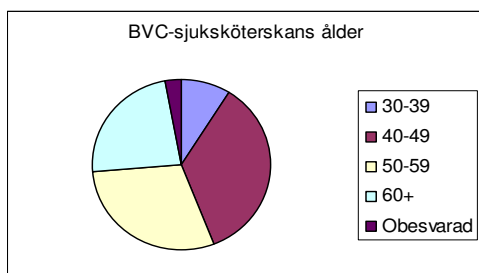
Etisk avvägning

Upplägget för studien grundades på Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer (World Medical Associations, 2008). Underlaget för studien lämnades in för granskning till Vårdvetenskaplig etiknämnd (VEN) innan enkätstudien påbörjades. VEN hade inga invändningar mot studieupplägget. Det ansågs inte finnas någon risk för deltagande i studien utifrån godhetsprincipen, människovärdesprincipen, autonomiprincipen eller rättvisepincipen (Beuchamp & Childress, 2001). Inte heller sågs något som stred mot kravet på information, samtycke eller konfidentialitet. Tillstånd från verksamhetschefer inhämtades skriftligt. BVC-sjuksköterskornas deltagande var frivilligt, byggde på informerat samtycke och kunde när som helst avbrytas. Enkäterna kodades och behandlades konfidentiellt. Resultatet redovisas utan att källan kan härledas till specifik BHV-enhet eller individuell BVC-sjuksköterska. Efter examination kommer insamlad data behandlas enligt Lunds Universitets riktlinjer, det vill säga sparas och förvaras på sådant sätt att obehörig ej kan få tillgång till materialet, i tio år, för att möjliggöra eventuell framtida publicering.

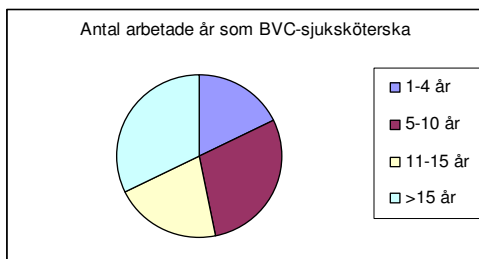
Resultat

Demografi

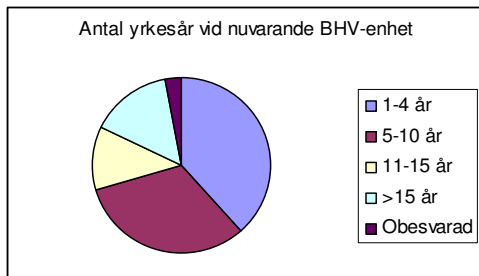
I studien har totalt 34 stycken BVC-sjuksköterskor deltagit (33 kvinnor, 1 man). Merparten av BVC-sjuksköterskorna var i åldern 40 – 59 år (n=22) och hade arbetat inom yrket i mer än 10 år (n=18), varav 1 – 10 år (n=24) på nuvarande BHV-enhet (Figur 1, 2 och 3).



Figur 1. BVC-sjuksköterskornas ålder.



Figur 2. BVC-sjuksköterskornas år inom yrket.



Figur 3. BVC-sjuksköterskornas yrkesår vid nuvarande BHV-enhet.

Indikatorer för barnövervikt och fetma

Barnets längd och vikt registrerades rutinmässigt i barnets journal i en så kallad tillväxtkurva, av 88,2 procent av BVC-sjuksköterskorna. Hälften av BVC-sjuksköterskorna instämde helt i att ett högre BMI än åldersrelaterat, var en indikator för barnövervikt och fetma. Några BVC-sjuksköterskor (n= 5) tyckte inte att ett högt BMI var tecken på övervikt.

Ett för högt kaloriintag ansågs av samtliga vara orsak till övervikt och fetma, tre BVC-sjuksköterskor menade att en ohälsosam diet inte kunde vara anledningen till övervikt och fem BVC-sjuksköterskor menade att barn varken förstår eller har kunskap om hur de kan äta hälsosamt.

Övervikt och fetma ansågs av 97 procent vara ett genetiskt påbrå. Dåliga matvanor i familjen kombinerat med tidsbrist att laga hälsosamma måltider, föräldrars okunskap kring aptit och okunnighet kring risker med övervikt upplevdes vara anledning till att barn utvecklar övervikt eller fetma. Även tillgången till snabbmat ansågs vara en starkt bidragande orsak (n= 32). En något mindre del (n= 25) såg snabbmatsreklam som en risk. Att barn skulle vara oroliga och stressade menade mindre än hälften (n= 16) vara orsak till barnövervikt.

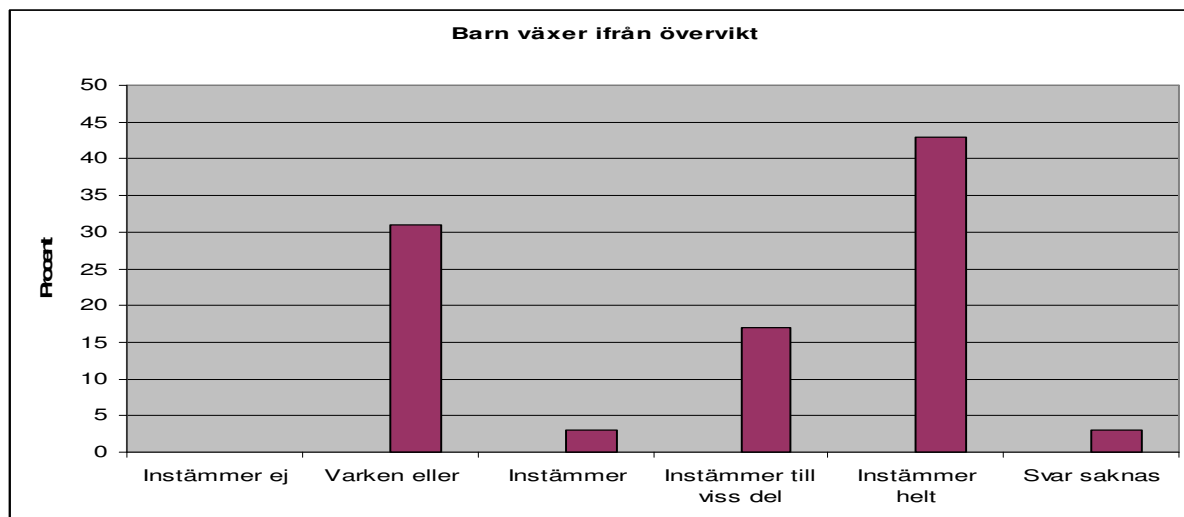
Ett barn som blir retad för sin kroppsstorlek ansågs av 64,7 procent av BVC-sjuksköterskorna vara ett observandum. Några (n=8) menade att om ett barn såg fet ut i jämförelse med andra barn var det inte ett bevis på övervikt.

BVC-sjuksköterskans kostrådgivning

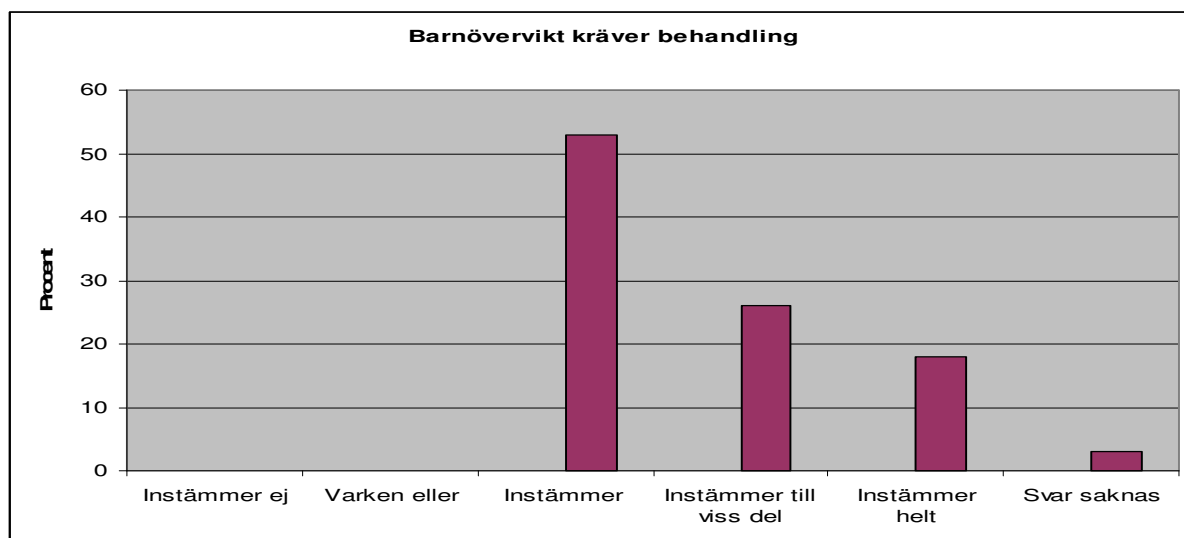
BVC-sjuksköterskorna ansåg att relevant information om barns kost gick att finna hos Livsmedelsverket (n= 34), Landstinget (n=33), Folkhälsoinstitutet (n=33), Sjukvårdsrådgivningen/1177 (n= 34), Socialstyrelsen (n=33) samt i lokala riktlinjer på den egna BHV-enheten (n= 33).

Av 34 BVC-sjuksköterskor uppgav 56 procent att de utgick från sin egen erfarenhet när de bedömde ett barns eventuella övervikt. Ett normalt besök på BHV-enheten innehöll hos 94 procent av BVC-sjuksköterskorna alltid samtal kring barnets kostvanor. Samtalen innehöll

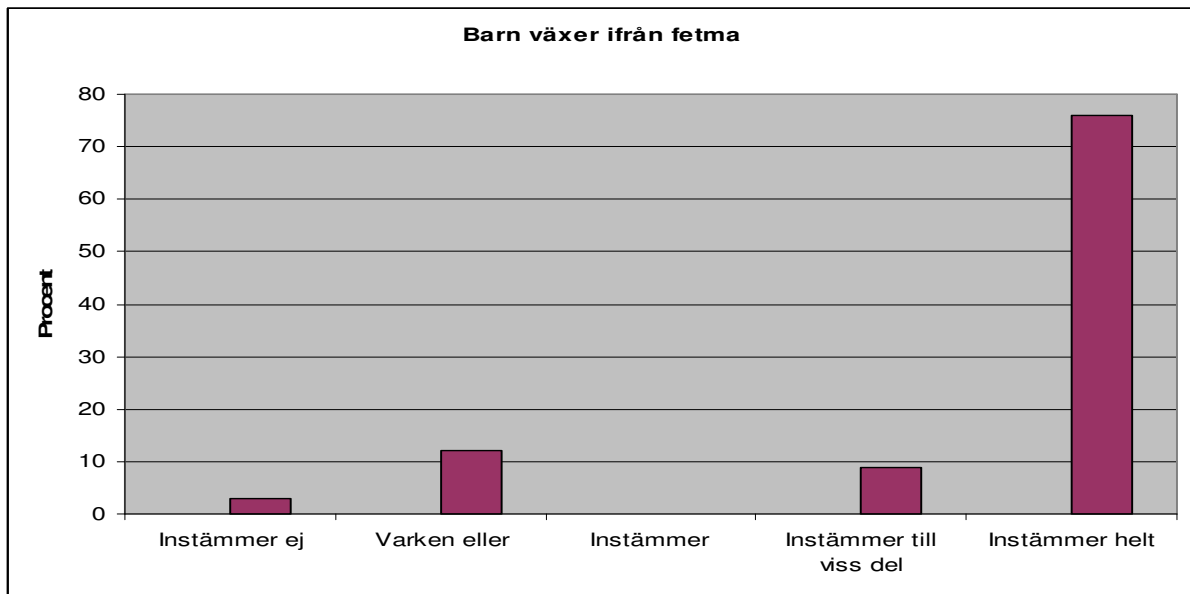
även rå kring näringsinnehåll (n=31), måltidsordning (n=32), tillagningssätt (n=15), snabbmat (n=21) samt dryck (n=31). Att barn har ålders- och könsrelaterade BMI-kurvor var känt hos 30 av BVC-sjuksköterskorna.



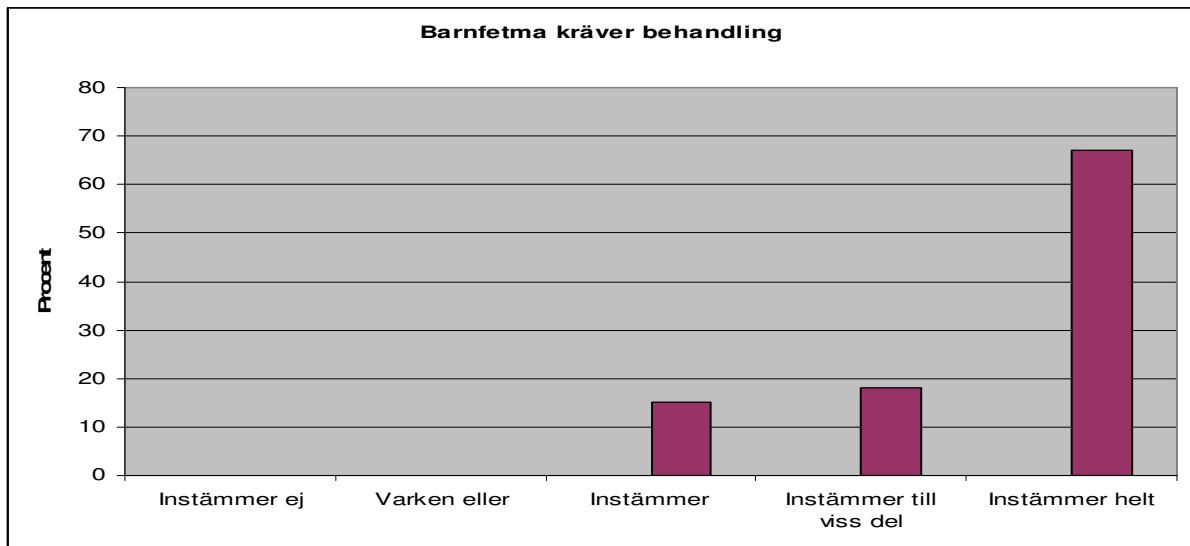
Figur4 . BVC-sjuksköterskors syn på barnövervikt



Figur 5. BVC-sjuksköterskors syn på behandling av barnövervikt.



Figur 6. BVC-sjuksköterskors syn på barnfetma.



Figur 7. BVC-sjuksköterskors syn på behandling av barnfetma

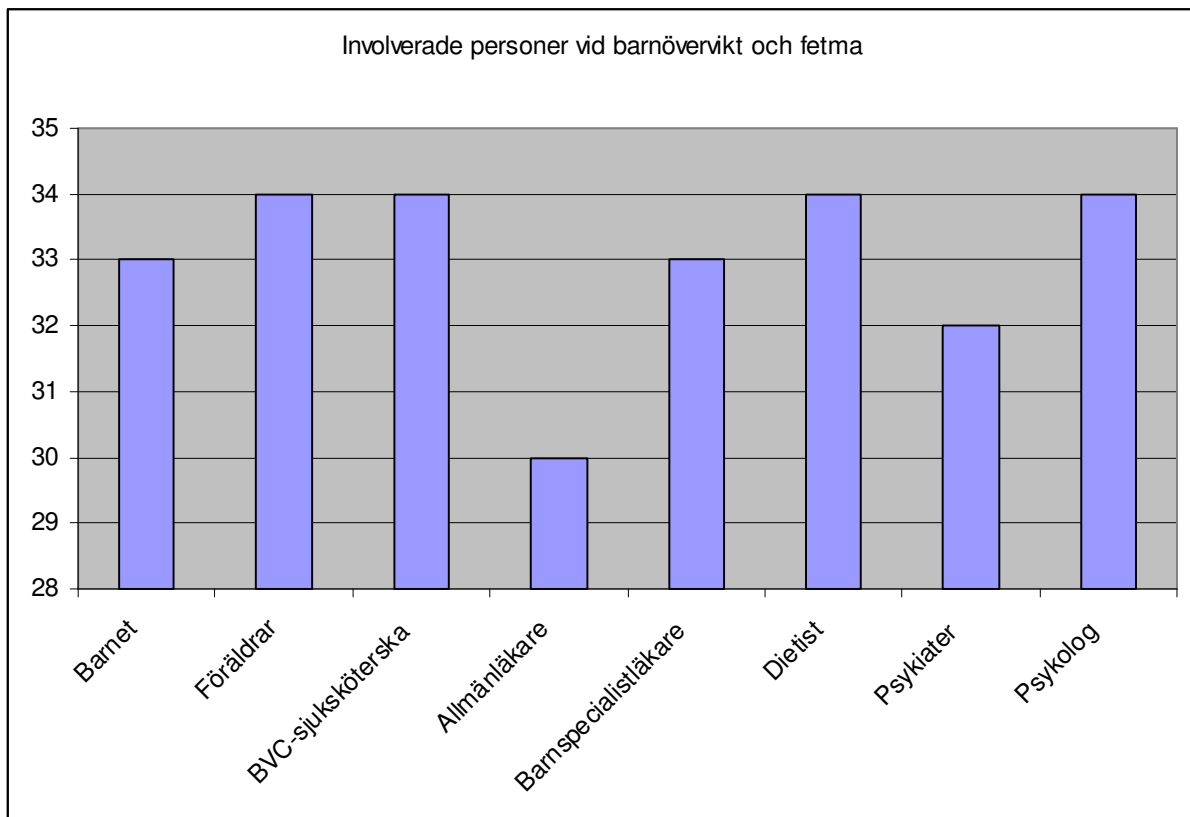
Kostrådgivningen påverkades av en rad faktorer. Avsaknad av motivation hos barnet (n= 33) och föräldrarna (n= 34), tidsbrist för BVC-sjuksköterskan (n= 34), om BVC-sjuksköterskan saknade kunskap (n= 34), avsaknand av resurspersoner (n= 34) samt en oro för ätstörningar (n= 34).

Om en förälder sökte till BHV-mottagningen för snuva hos sitt treåriga barn och barnet upplevdes kraftigare än normalt för sin ålder, gjorde BVC-sjuksköterskorna olika. Mer än hälften av BVC-sjuksköterskorna (n=22) uppgav att de inte agerade.

Många (n=23) antydde till föräldrarna att barnet kunde vara överviktigt. Barnets längd och vikt dokumenterades vid besöket (n=25) och det gjordes upp en omvårdnadsplan för att följa viktutvecklingen (n=28) där det även gavs kostråd (n=27). Barnet kunde också remitteras till dietist (n=22), hänvisas till läkare (n=11) och/eller remitteras till överviktsenhet (n=8).

Merparten (n=22) av BVC-sjuksköterskorna beräknade barnets BMI vid besöket.

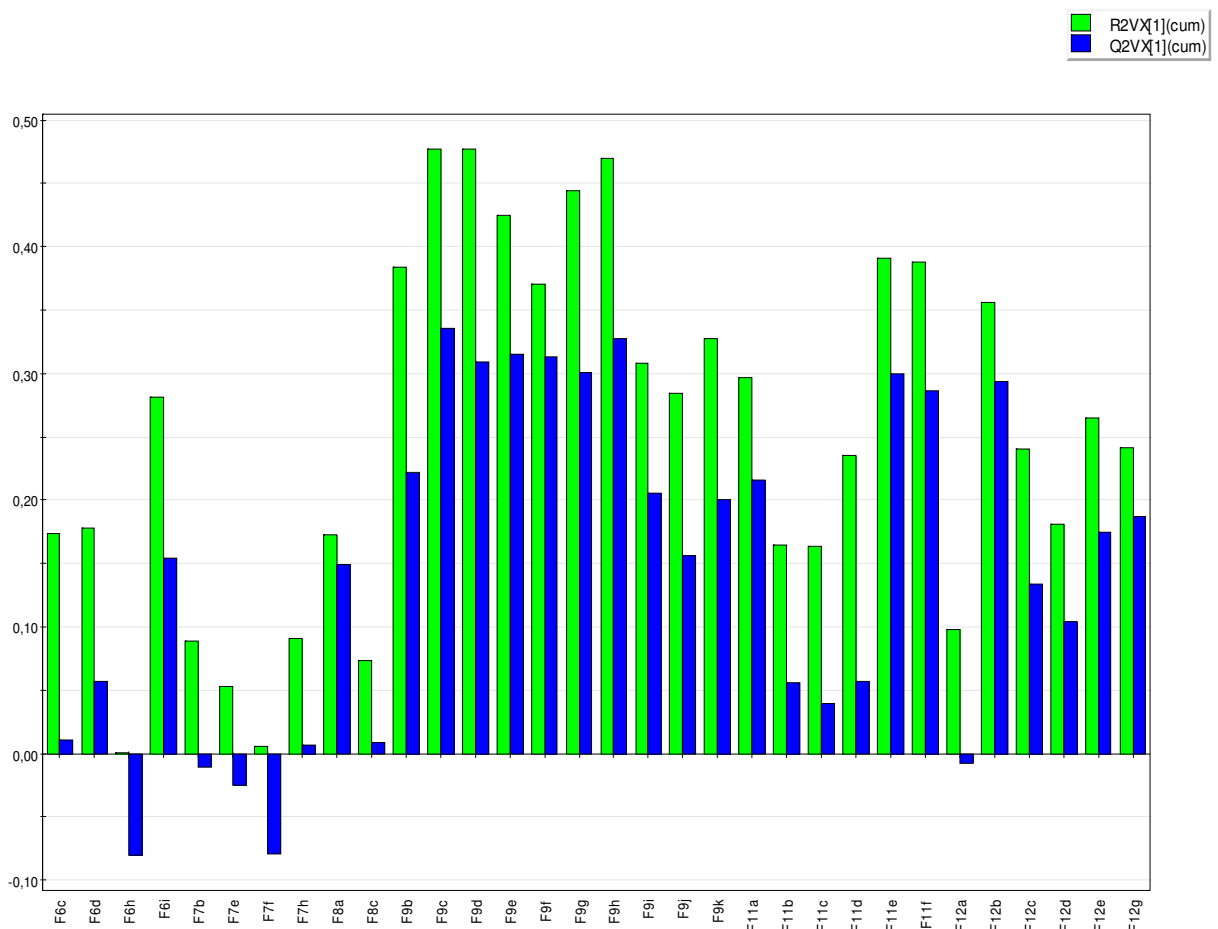
BVC-sjuksköterskorna upplevde sig kunna få stöd och hjälp av ett flertal personer när ett barn var överviktigt (Figur 8).



Figur 8. Personer BVC-sjuksköterskor anser ska vara involverade vid barnövervikt och fetma.

Principal komponentanalys av data

I principal komponentanalysen (PK) beskrivs 25 procent (R2) av spridningen i modellen. R2 indikerar hur väl en variabel kan förklaras. Den totala förutsägbarheten (Q2) var 20 procent. Högt R2 tillsammans med högt Q2 indikerar att variabeln både kan förklaras väl och har en hög förutsägbarhet, det vill säga att det är troligare att BVC-sjuksköterskor svarar likvärdigt på samma fråga. Om R2 är högt, men inte Q2 indikerar det att det är många olika faktorer som spelar roll för utfallet och att förutsägbarheten därmed är lägre.



Figur 9. Visar hur väl principal komponentanalysen predikterar respektive frågas svar.

I Figur 9 har frågor vilka inte uppvisat signifikant värde i PK-modellen och därför endast bidragit med brus, tagits bort. Figur 9 visar hur pass bra variabelns variation förklaras av modellen samt hur pass bra modellen är på att förutsäga eller prediktera variationen. Ett högt

Q2 ger en högre prediktion. För att få förklaring till hur respektive fråga (F) är ställd vänligen se Bilaga 2.

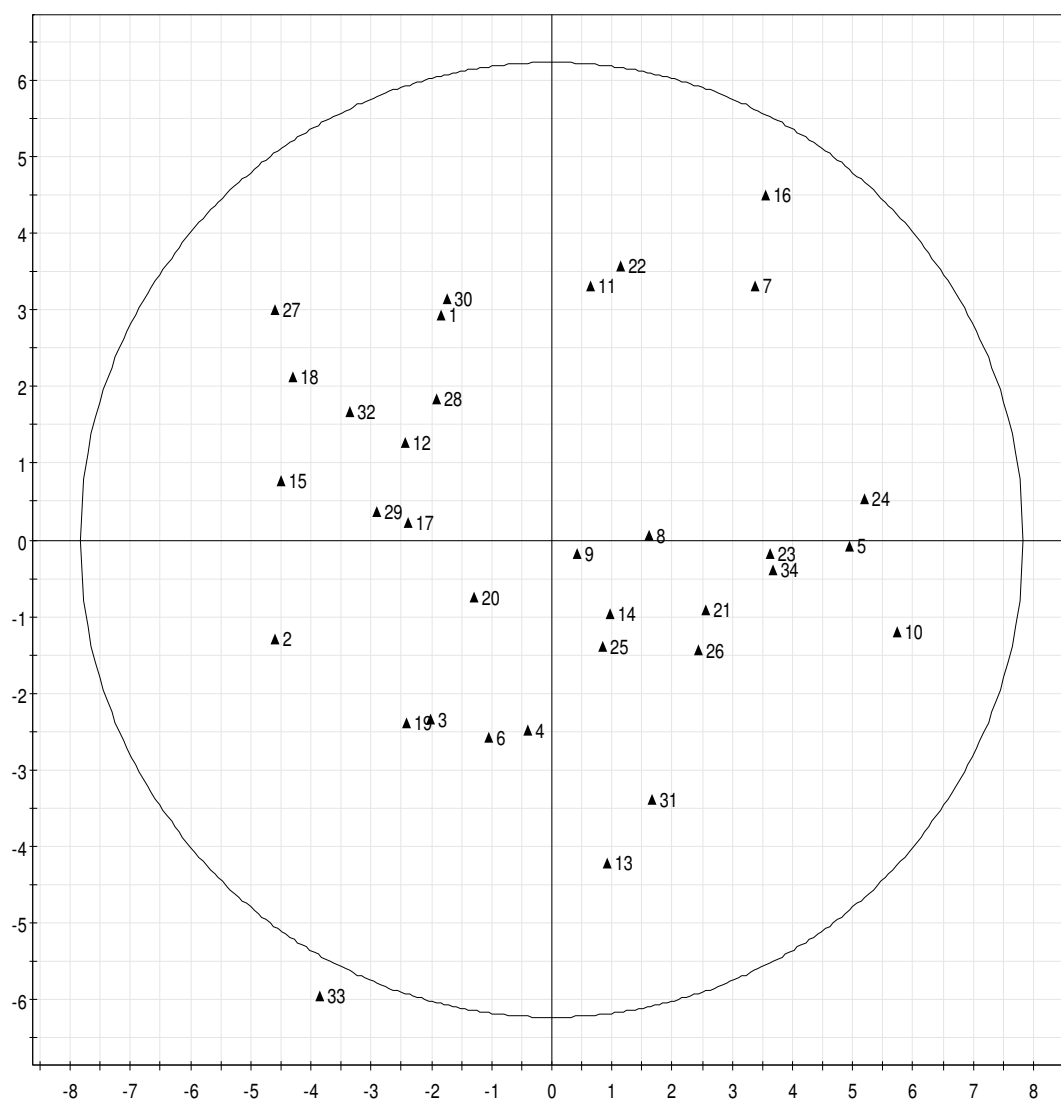
I PK är till exempel svaren på F6h (föräldrars tidsbrist att laga hälsosamma måltider inverkar på utvecklingen av barnövervikt och fetma) och F7h (psykolog ska vara involverad vid omhändertagande av överviktigt barn) båda dåligt förklarade (lågt R2) av modellen samt har dålig förutsägbarhet (lågt Q2). Svaren på F9c (BVC-sjuksköterskan väger barnet om det upplevs överviktigt, även om familjen söker av annan anledning) och F11e (BVC-sjuksköterskor upplever att Sjukvårdsrådgivningen/1177 har relevant information om barns kost) är däremot båda gott förklarade - högre R2, i modellen och uppvisar god förutsägbarhet - högre Q2.

I Figur 10 beskrivs PK för hur respektive respondent svarat i scoreploten. Respondent 33 ligger strax utanför diagrammet på grund av att denne har svarat med något större ytterligheter än andra.

I Figur 10 är respondenter som ligger nära varandra korrelerade och har därmed liknande egenskaper, det vill säga svarat på liknande sätt på de frågor som är av betydelse för modellen, medan de som ligger längre ifrån varandra är mindre korrelerade. Till exempel har respondent 27 svarat relativt motsatt respondent 31. För fråga F9g (BVC-sjuksköterskan ger kostråd om barnet verkar överviktigt även om familjen söker av annan anledning) har respondent 27 svarat motsatt respondent 31 (jämför med Figur 11). Respondent 27 ger kostråd, medan respondent 31 helt avstår från detta.

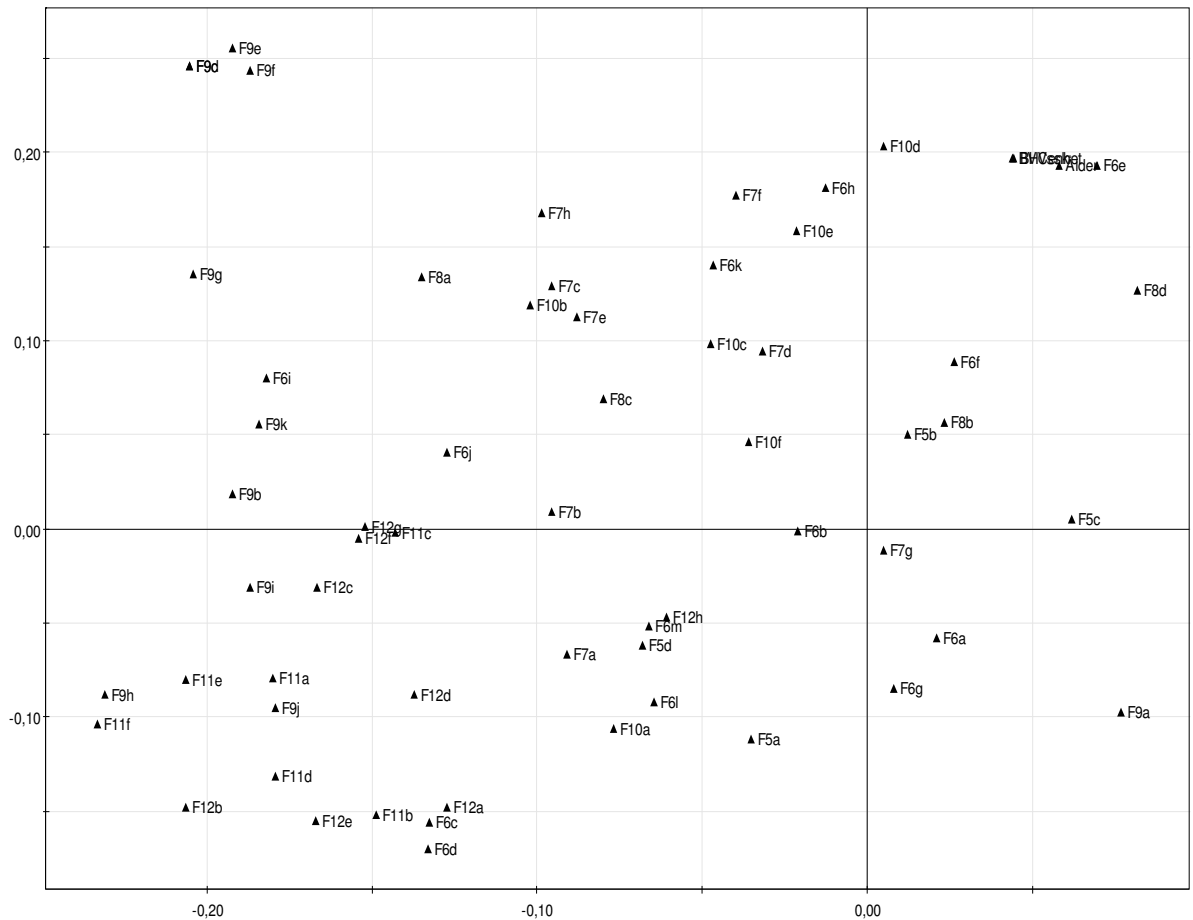
Vidare har respondent 16 svarat relativt motsatt respondent 33. Respondent 16 remitterar barnet till dietist om det verkar överviktigt, även om det söker av annan anledning (F9h) och han/hon anser även att Sjukvårdsrådgivningen/1177 har relevant information om barns kost (F11e). Respondent 33 gör det inte.

De respondenter som ligger nära origo representerar en medelperson för de frågesvar som är gott förklarade.



Figur 10. Scoreplott över fördelningen av hur BVC-sjuksköterskorna svarat

De respondenter som ligger till höger i scoreplotten (Figur 10) beskrivs bäst av de variabler som även ligger till höger i loadingsplotten (Figur 11), det vill säga BVC-sjuksköterskorna 1, 12, 15, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 32 har svarat relativt motsatt på de faktorer som är signifikanta jämfört med BVC-sjuksköterskorna 5, 9, 10, 13, 14, 21, 23, 25, 26, 31, 34. Likaså är det för BVC-sjuksköterskorna 7, 8, 11, 16, 22, 24 som har svarat motsatt 2, 3, 4, 6, 19, 20, 33. De faktorer som ligger nära origo bidrar lite/mindre till modellen.



Figur 11. Loadingsplott för variabler/frågor som har störst inflytande samt för korrelerade variabler/frågor

Variabler som ligger nära varandra är starkt korrelerade medan variabler som ligger långt ifrån varandra (på andra sidan origo) är starkt icke korrelerade och till och med motsatta. Till exempel är F9d (skriver in barnets längd och vikt i barnets tillväxtkurva om barnet upplevs överviktigt, även om familjen/barnet söker av annan anledning) starkt mest tydlig för respondent 27 och motsatt svaret (lägre/högre svar) för respondent 31 och 13. F 9e (beräknar barnets BMI vid samma besök) och F9f (ger kostråd under besöket) är starkt korrelerade och präglas mest av respondent 33.

Loadingsplotten (Figur 11) och scoreplotten (Figur 10) är korrelerade, det vill säga respondenter som befinner sig i den över högra kvadranten i scoreplotten beskrivs bäst av de

variabler som befinner sig i samma kvadrant i loadingsplotten. Ju längre från origo, desto större inflytande har variabeln.

Summering av principal komponentanalys av data

Det fanns ingen korrelation i data från frågorna 1-5 (demografisk data samt indikatorer för barnövervikt och fetma, Bilaga 2) och bidrog inte statistiskt till modellen, varför dessa ej redovisas. Fråga 6c (barn förstår inte vikten av att äta hälsosamt) och 6d (barn vet inte hur de ska äta hälsosamt) var signifikanta och bidrog till PK-modellen medan övriga delfrågor i fråga 6 endast bidrog med brus och är därför borttagna. Fråga 6c och 6d var starkt korrelerad (ligger nära varandra) till fråga 11b (BVC-sjuksköterskor anser att de lokala riktlinjerna har relevant information om barns kost), något korrelerade till fråga 6i (föräldrar tycker att barn ska ha god aptit) samt till fråga 12g (BVC-sjuksköterskor känner till iso-BMI). Fråga 7 (samverkanspartners), 9 (åtgärder för ett barn som ser större ut än normalt) och 11 (myndigheter med relevant information om barns kost) var samtliga starkt korrelerade. I fråga 8 var 8a och 8c signifikanta, det vill säga BVC-sjuksköterskorna ansåg att barn växer ifrån övervikt och fetma. Fråga 10 är borttagen då den endast bidrog med brus. Fråga 12a om att BVC-sjuksköterskans samtal alltid innehåller samtal om barnets kostvanor, var motsatt korrelerad till fråga 12d (tillagningssätt) och 12e (snabbmat), det vill säga BVC-sjuksköterskan samtalar alltid om kostvanor men tar ej upp tillagningssätt eller snabbmat.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Boynton och Greenhalgh (2004) menar att kvantitativa frågeformulär erbjuder en objektiv möjlighet att samla information om personers kunskaper, attityder och beteenden. Enkäten riskerar dock, som i all annan undersökning, att endast ge information om vad respondenten tror är riktigt och inte vad respondenten verkligen gör eller anser. Att använda ett redan testat och publicerat instrument kan öka validiteten. Skillnader i resultat mellan olika studier som

använt samma instrument, behöver inte visa på att instrumentet är felaktigt utan kan bero på skillnader hos respondenterna. Svårigheter ligger i att mäta det som önskas mäta. Ett olämpligt och inkorrekt instrument leder till dålig reliabilitet och validitet (ibid).

För att minimera risken av bias har en redan prövad enkät använts i denna studie. Delar av enkäten är tidigare använd av cirka 300 personer (Gage et al, 2011). Det finns dock aldrig någon garanti för att ett instrument är tillförlitligt, bara för att det tidigare använts i en större studie eller testats i en pilotstudie.

Enkäten testades initialt i en pilotstudie för att minimera risken för missförstånd, tolkningsfel och stavfel. Resultatet av pilotstudien gav mer heterogena data än studien i sig. Även om forskaren använder en beprövad enkät är det enligt Boynton (2004) av vikt att utföra en pilotundersökning på respondenter representativa för urvalet. Även det mest beprövade instrumentet kan vara svårt att applicera i nya grupper och därmed ge missvisande resultat vilket kan leda till felaktiga slutsatser (ibid). Spridningen av respondenternas svar kan ha berott på en felkonstruktion i instrumentet, även om pilotstudien inte uppvisade några sådana indikationer.

I aktuell studie har ord och meningar översatts från engelska till svenska och kan därigenom möjligen ha fått en något annan betydelse. Även om materialet i denna studie är för litet för att generaliseras, upplevs resultatet ändå kunna belysa svenska BVC-sjuksköterskors arbete med övervikt och fetma hos barn.

I studien har tre påminnelser gjorts, antingen via mejl, brev och/eller via telefon. Vissa städer har haft färre respondenter än andra. Mängden påminnelser kan öka antalet respondenter vid en enkätstudie varför minst tre påminnelser bör göras (Hocking, Lim, Read & Hellard, 2006; Stocks & Gunnell, 2000; Barclay, Todd, Finlay, Grande & Wyatt, 2002).

Synen på forskning, forskningstradition och utveckling inom den egna omvårdnadsprofessionen kan ha haft inverkan på BVC-sjuksköterskans attityd till att delta i olika studier. Ointresse för ämnet eller för att delta, hög arbetsbelastning, högt deltagandet i andra studier kan ha inverkat på viljan och intresset för att medverka. Bortfallet kan även bero på att respondenten inte förstått syfte, frågeställningar och/eller enkätens layout, trots att inga sådana antydningar gjordes under pilotstudien.

Diskussion av framtaget resultat

BVC-sjuksköterskorna i studien menade att barn ärver sin överviktsproblematik av föräldrarna. Det finns enligt ett flertal studier (Dubois et al, 2006; Dubois et al, 2008; Fischer et al, 2003; Nicklas et al, 2001; Mangrio et al, 2010; Savage et al, 2007, med flera) som påvisar ett samband mellan föräldrars livsstil och barns iso-BMI. BVC-sjuksköterskor har en ypperlig position att tidigt fånga upp barn till överviktiga föräldrar och som befinner sig i riskzonen för att själv utveckla övervikt. Ämnet är av betydelse då överviktsproblematiken tenderar att följa barnet upp i vuxen ålder och snabbt kan leda till fysiska, psykiska och sociala problem.

Mer än hälften av BVC-sjuksköterskorna i denna studie uppgav att de inte gjorde någonting vid de tillfällen ett barn kom till BVC av annan anledning än för regelbunden hälso- och utvecklingskontroll. Detta emotsades av den registrering som gjordes i barnets tillväxtkurva, att flertalet antydde och gav kostråd samt att det upprättades en plan för uppföljning och eventuell vidare remittering. Även i Gage et al (2008) studie framkom en ambivalens för ämnet. Vårdpersonalen kände till betydelsen av tidig prevention, men upplevde en kunskapsbrist som försvårade i mötet med familjen. Mötet upplevdes än mer otillfredsställande om de kände att föräldrar och barn saknade motivation till förändring (ibid). I PK framkom ett starkt samband mellan samverkanspartners, åtgärder för ett barn som såg större ut än normalt samt myndigheter med relevant information om barns kost. BVC-sjuksköterskorna visste vart de kunde vända sig för stöd och hjälp och de visste vilka åtgärder som kunde vara relevanta. Trots detta upplevde de sig ha bristande kompetens i området. Okunskap skapar osäkerhet som i sig kan leda till en ovilja att agera i situationer som upplevs vara främmande. Anledningen till att BVC-sjuksköterskorna angav att de inte agerade vid de tillfällen de träffade ett barn som upplevdes överviktigt, men som sökte av annan orsak, har inte penetrerats i denna studie. Dock är det anmärkningsvärt att de inte var medvetna om de åtgärder som faktiskt gjordes då ett misstänkt problemområde identifierats, särskilt som flertalet uppgav sig ha goda kunskaper om kostrådgivning och var riktlinjer för det egna arbetet kunde inhämtas.

I PK framkom att BVC-sjuksköterskor anser att barn med övervikt och fetma växer ifrån detta. Barn som ökar kraftigt i vikt och därmed korsar kurvor i tillväxtdiagrammet, kan enligt

Savage et al (2007) behöva extra stöd och uppmärksamhet. Professionell kostrådgivning ska enligt Livsmedelsverket (2011) utgå från SNR och ses som en del av en långsiktig lösning till en hälsosam livsstil. Att BVC-sjuksköterskan engagerar sig och är ett stöd till familjen, anses vara grundläggande för en möjlig beteendeförändring (Marcus, 2005; SBU, 2004; Sjöstedt et al, 2009). PK visade att BVC-sjuksköterskor alltid samtalar om barns kostvanor, dock mer sällan om tillagningssätt och snabbmat. Barn färgas av sina föräldrar och familjens livsstil, något BVC-sjuksköterskor också var väl medvetna om. Flera (n=33) ansåg att barnet skulle vara involverad i behandlingen av övervikten/fetman. Detta kan indikera att BVC-sjuksköterskorna ansåg att problemet inte enbart stod att finna hos barnet, utan i hur hela familjen levde. Vetskapen om att det generellt i samhället har skett en förändring avseende måltidens innehåll, frekvens, storlek och val av dryck (Axelsen et al, 2009 & Nicklas et al, 2001) är välkänt. Detta beskrivs i till exempel Lindhe Söderlund et al (2008) studie där det framkom att BVC-sjuksköterskor kunde undvika att närma sig ämnet eftersom de ansåg att familjer redan hade bra kunskap. Det framkom dock också att även om familjen visste hur de skulle göra kunde de sakna motivation och kunskap till förändring (ibid). BVC-sjuksköterskan kan arbeta preventivt utifrån barnets och familjens förutsättningar via utbildning, information och stöd till beteendeförändring (Lean et al, 2006). Föräldrar kan i sitt agerande vara förebilder genom att till exempel servera en hälsosam och varierad kost i en positiv och social miljö. För att klara detta behövs ibland vägledning och information kring kost samt i vad övervikt kan resultera i, speciellt om ett överviktigt barn av förälder anses sund i sitt hull. Fasta program och beräkning av iso-BMI kan göra det lättare för BVC-sjuksköterskan att ta initiativ i möten med familjer och på så sätt närma sig problemet med överviktiga och feta barn. MI kan till exempel med sin metod för individuell förståelse, insikt, attityd och beteendeförändring (Drevenhorn, Bengtson, Norvinsdotter Borg & Kjellgren, 2010), eller andra liknande program, användas för att vägleda till en starkare förståelse. Individens egen vilja och förutsättningar styr förändringens proportioner och omfattning (ibid). Med ett fast program kan BVC-sjuksköterskor med sin kunskap om kostrådgivning, skapa möjlighet till ökad förståelse och motivation för en långsiktig livsstilsförändring.

Socialstyrelsen (2011) har utarbetat flertalet riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder bland annat för ohälsosamma matvanor hos vuxna. Liknande riktlinjer finns ännu inte för barn. Nationella riktlinjer kan vägleda och ge stöd för säkrare behandlingsmetoder även till familjer med överviktiga eller feta barn. Avsaknaden av nationella riktlinjer kan ha lett till att

varje BHV-enhet och varje BVC-sjuksköterska arbetar lite efter ”eget huvud”. Svaren kan därmed indikera hur varje enskild BVC-sjuksköterska upplevde sitt eget arbete med familjer med överviktiga och feta barn. BVC-sjuksköterskorna samtalande gärna kring kost, men kunde känna svårighet att prata kring ämnet om inte föräldrarna själva förde det på tal, speciellt om barnet var överviktigt eller fet.

Konklusion och fortsatt forskning

Barnövervikt och fetma uppfattas av BVC-sjuksköterskor som komplicerade och svåra ämnen att hantera. Studieresultatet indikerar ett behov av en nationell evidensbaserad mall för hur familjer med överviktiga barn kan stödjas. En sådan mall ger en säkrare och bredare kunskap både hos sjukvårdspersonalen och till familjerna. BVC-sjuksköterskor behöver även kontinuerlig fortbildning och forum för diskussion och reflektion för att kunna ge en kvalitativ och säker rådgivning. Fortbildning säkerställer nivån på kompetensen, medan gemensamma forum kan ge stöd, tips och råd för hur svårigheter kan hanteras. Klara riktlinjer och goda kanaler för samverkan gynnar aktörerna och kan bidra till ett kvalitativt flöde för barnet och familjen

Som fortsättning föreslås en större liknande studie. Barnövervikt och fetma är ett laddat och svårhanterat ämne som ytterligare försvåras av att det är flera individer inblandade. Det troliga är att hela familjens livsstil behöver förändras och inte bara det enskilda barnets. En större studie kan ge vägledning i framtagandet av lokala och nationella omvårdnadsprogram. Som fortsättning kan även tänkas en kartläggning av hur BVC-sjuksköterskor ser på sin kostrådgivning i relation till föräldrars upplevelse av erhållet stöd och råd.

Referenser

Albertsson Wikland, K., Luo, ZC., Niklasson, A. & Karlberg, J. (2002). Swedish population-based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference. *Acta Paediatrica*, 91, 739-754.

Armstrong, T. (2012). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Childhood overweight and obesity*. Hämtad 12 juni, 2012, från <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

Axelsen, M., Danielsson, M., Norberg, M. & Sjöberg, A. (2009). Matvanor och fysisk aktivitet. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 243-260). Stockholm: Socialstyrelsen.

Baggens, C. (2001). What they talk about: Conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), 659-667.

Barclay, S., Todd, C., Finlay, I., Grande, G. & Wyatt, P. (2002). Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Family Practice*, 19(1), 105-111.

Beauchamp, TL. & Childress J F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. 5th edn. New York: Oxford University Press.

Birch, LL. & Fisher, JO. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549.

Boynton, PM. (2004). Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *British Medical Journal*, 328(7452):1372-1375.

Boynton, PM. & Greenhalgh, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 32(7451): 1312-1315.

Cole, TJ., Bellizzi, MC., Flegal, KM. & Dietz, WH. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244):1240-1243.

Danielsson, M. & Berlin, M. (2009). Folkhälsan översikt. I *Folkhälsorapport 2009* (s.17-40). Stockholm: Socialstyrelsen.

Drevenhorn, E., Bengtson, A., Norvinsdotter Borg, I. & Kjellgren, K. (2010). *Att följa sin behandling steg för steg- arbetshäfte för patienter*. Klippan: Skire Project.

Dubois, L., Farmer, A., Girard, M. & Porcherie, M. (2006). Family food insufficiency is related to overweight among preschoolers'. *Social Science and Medicine*, 63, 1503-1516.

Dubois, L., Girard, M., Potvin Kent, M., Farmer, A. & Tatone-Tokuda, F. (2008). Breakfast skipping is associated with differences in meal patterns, macronutrient intakes and overweight among pre-school children. *Public Health Nutrition*, 12(1), 19-28.

- Enghart Barbieri, H., Pearson, M. & Becker, W. (2003). *Riksmaten – barn 2003. Livsmedels och näringsintag bland barn i Sverige*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Falck, S. (2007). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården*. Malmö: Nationella nätverket för vårdutvecklare/barnhälsovårdssamordnare.
- Field, AE., Coakley, EH., Must, A., Spadano, JL., Laird, N., Dietz, WH., Rimm, E. & Colditz, GA. (2001). Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Archives of Internal Medicine*, 161(13), 1581-1586.
- Fisher, JO., Mitchell, DC., Smiciklas-Wright, H. & Birch, LL. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient and fat intakes. *Journal of American Diet Association*, 102(1), 58-64.
- Flodmark, C-E. (2001). Familjeterapi tillämplig även i somatiska vården: Studieöversikt över medicinskt orienterad familjeterapi. *Läkartidningen*, 98(1-2), 30-43.
- Gage, H., Erdal, E., Saigal, P., Qiao, Y., Williams, P. & Raats, MM. (2012). Recognition and management of overweight and obese children: a questionnaire survey of general practitioners and parents in England. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 48(2), 146-152.
- Golsäter, M., Enskär, K., Lingfors, H. & Sidenvall, B. (2009). Health counselling: parental-oriented health dialogue- an innovation for child health nurses. *Journal of Child Health Care*, 13(1), 75-88.
- Gonzalez, JL. & Gilmer, L. (2006). Obesity prevention in pediatrics: a pilot resident curriculum intervention on nutrition and obesity education and counseling. *Journal of the National Medical Association*, 98(9), 1483-1488.
- Hagelin, E., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2000). *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber
- Hocking, JS., Lim, MS., Read, T. & Hellard, M. (2006). Postal surveys of physicians gave superior response rates over telephone interviews in a randomized trial. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(5), 521-524.
- Johannsen, DL., Johannsen, NM. & Specker, BL. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity*, 14, 431-439.
- Lean, M., Lara, J. & Hill, JO. (2006). Strategies for preventing obesity. *BioMed Central Family Practice*, 333, 959-962.
- Lindhe Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilsen, P. (2008). Applying motivational interviewing to counseling overweight and obese children. *Health Education Research*. 24(3), 442-449.
- Livsmedelsverket. (2011). *Mat och näring*. Hämtad 4 april, 2011, från ><http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/><
- Lobstein, T., Rigby, N. & Leach, R. (2005). *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health*. Bryssel: European Association for the Study of Obesity.

Mangrio, E., Lindström, M. & Rosvall, M. (2010). Early life factors and being overweight at 4 years of age among children in Malmö, Sweden. *BioMed Central Family Practice*, 10,764.

Marcus, C. (2005). A checklist for curbing childhood obesity. *European Journal of Public Health*, 15(6), 563.

Melin, I. & Rössner, S. (2001). Practical clinical behavioral treatment of obesity. *Patient Education and Counseling*, 49, 75-83.

Mårild, S., Hänni, A. & Zethelius, B. (2011). Övervikt och fetma. I *Läkemedelsboken 2011-2012* (s. 193-211). Stockholm: Läkemedelsverket.

Nader, PR., O'Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Friedman, S., Mei, Z. & Susman, EJ. (2006). Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics*, 118(3), 594-601.

Nicklas, TA., Baranowski, T., Cullen, KW & Berenson, G (2001). Eating patterns, dietary quality and obesity. *Journal of the American College of Nutrition*, 20(6), 599-608.

Philipsen, NM. & Philipsen, NC. (2008). Childhood overweight: Prevention strategies for parents. *The Journal of Perinatal Education*, 17(1), 44-47.

Rao, G. (2008). Childhood obesity: highlights of AMA expert committee recommendations. *American Family Physician*, 78(1), 56-63.

Savage, JS., Fisher, JO. & Birch, LL. (2007). Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *Journal of Law and Medicine Ethics*, 35(1), 22-34.

Sjöstedt, L., Otterblad Olausson, P. & Hellerström, T. (2009). Sammanfattning. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 15-16). Stockholm: Socialstyrelsen.

Skouteris, H., McCabe, M., Swinburn, B. & Hill, B. (2010). Healthy eating and obesity prevention for preschoolers: a randomised controlled trial. *BioMed Central Family Practice*. 10:220

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad 21 juli, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforsjukdomsförebyggandemetoder>

SOSFS 2008:35. *Socialstyrelsens föreskrifter om upphävande av vissa föreskrifter och allmänna råd m.m. med anknytning till hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1991:8. *Socialstyrelsens allmänna råd om hälsoundersökningar inom barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Fetma – problem och åtgärder*. (SBU-rapport 160). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma*. (SBU-rapport 173). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stocks, N. & Gunnell, D. (2000). What are the characteristics of general practitioners who routinely do not return postal questionnaires: a cross sectional study. *Journal of Epidemiol Community Health*. 54, 940-941.

Strauss, RS. & Pollack, HA. (2001). Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. *American Medical Association*, 286(22), 2845-2848.

Thorn, J., Waller, M., Johansson, M. & Mårild, S. (2010). Overweight among four-year-old children in relation to early growth characteristics and socioeconomic factors. *Journal of Obesity*. Doi: 10.1155/2010/58064

Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J. & Abbott, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BioMed Central Family Practice*, 8:50. Doi: 10.1186/1471-2296-8-50

World Health Organization. (2011). *Nutrition, Body mass index – BMI*. Hämtad 6 april, 2011, från World Health Organization, ><http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi><

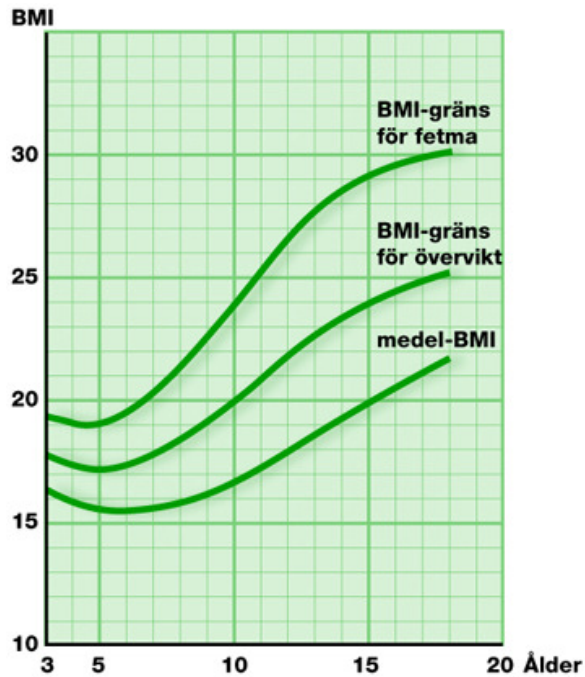
World Medical Association. (2008). *WMA Helsingforsdeklarationen – etiska principer för medicinsk forskning på människor*. Hämtad 6 april, 2011, från World Medical Association, ><http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Yang, Z. & Hall, AG. (2008). The financial burden of overweight and obesity among elderly americans: The dynamics of weight, longevity and health care cost. *Health Services Research*, 43(3), 849-868.

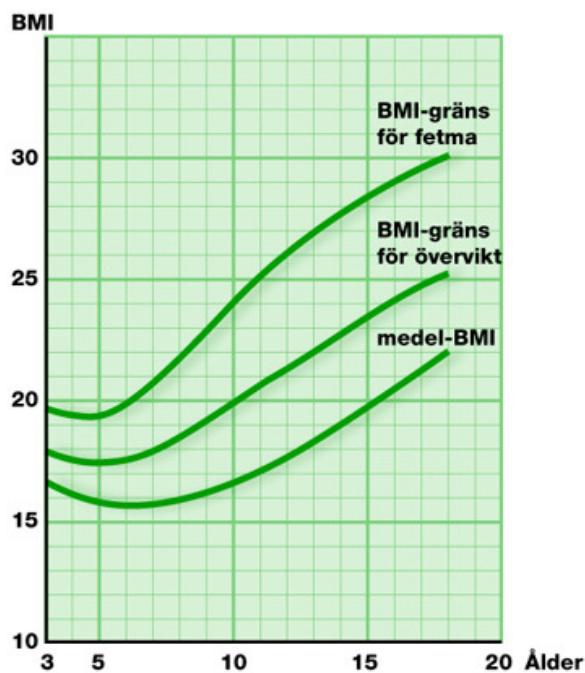
Bilaga 1(3)

Barns BMI varierar med kön och ålder. Albertsson Wikland, K., Luo, ZC., Niklasson, A. & Karlberg, J. (2002). Swedish population-based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference. *Acta Paediatrica*, 91, 739-754.

Flickor



Pojkar



Enkät ”BVC-sköterskans roll avseende kostrådgivning vid övervikt och fetma hos barn”.

Ort, arbetsplats och datum _____

1) Man Kvinna

2) Ålder

20-29 30-39 40-49 50-59 60+

3) Hur många år har du arbetat som BVC-sköterska?

1-4 år 5-10 år 11-15 år >15 år

4) Hur många år har du arbetat vid nuvarande BHV-enhet?

1-4 år 5-10 år 11-15 år >15år

5) I vilken utsträckning instämmer du i att följande är indikatorer för barnövervikt och fetma?

a) Blir retad av andra barn för att vara fet

Instämmer helt	Instämmer till viss del	Instämmer	Varken eller	Instämmer ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Åldersrelaterad BMI högre än normalt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

c) Ser fet ut i jämförelse med andra barn

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

d) Längd och vikt registreras i tillväxtkurva

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6) I vilken utsträckning anser du att följande orsak till barnövervikt och fetma?

a) Barns kaloriintag är för högt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b) Barn har en ohälsosam diet

Instämmer helt Instämmer till viss del Instämmer Varken eller Instämmer ej

c) Barn förstår inte vikten av att äta hälsosamt

d) Barn vet inte hur de ska äta hälsosamt

e) Barn är oroade och stressade

f) Gruppträck från andra barn att äta ohälsosamt

g) Dåliga matvanor i familjen

h) Föräldrars tidsbrist att laga hälsosamma måltider

i) Föräldrar tycker att barn ska ha god aptit

j) Föräldrar känner inte till riskerna med övervikt

k) Övervikt och fetma är genetiskt/förekommer i familjen

l) Snabbmatsreklam

m) Tillgången på snabbmat

Instämmer helt Instämmer till viss del Instämmer Varken eller Instämmer ej

7) I vilken utsträckning instämmer du i att följande personer ska vara involverade i omhändertagandet av barnövervikt och fetma?

a) Barnen

b) Allmänläkare

c) BVC-sköterska

d) Föräldrar

e) Barnspecialistläkare

f) Dietister

g) Psykiater

h) Psykolog

8) I vilken utsträckning instämmer du i följande påstående?

a) Överviktiga barn behöver behandling

b) Överviktiga barn kommer att växa ifrån sin övervikt

Instämmer helt Instämmer till viss del Instämmer Varken eller Instämmer ej

c) Feta barn behöver behandling

d) Feta barn kommer att växa ifrån sin fetma

9) Föreställ dig att en förälder söker till din mottagning för snuva hos sitt treåriga barn. Du bedömer det som en vanlig förkylning. Under konsultationen upplever du barnet vara kraftigare än normalt för sin ålder. Hur sannolikt är det att du skulle göra något av följande?

a) Agerar inte

b) Antyder för föräldern att barnet kan vara överviktigt

c) Väger barnet

d) Mäter barnets längd

e) Skriver in barnets längd och vikt i barnets tillväxtkurva

f) Beräknar barnets BMI

g) Ger kostråd

h) Remitterar barnet till en dietist

Instämmer helt Instämmer till viss del Instämmer Varken eller Instämmer ej

i) Hänvisar barnet till läkare

j) Remitterar barnet till en överviktsenhet

k) Gör upp en plan för att följa barnets viktutveckling

10) I vilken utsträckning instämmer du i att följande är barriärer för rådgivning och information till överviktiga/feta barn och deras föräldrar?

a) Barnet saknar motivation

b) Föräldrar saknar motivation

c) Tidsbrist hos BVC-sköterskan

d) BVC-sköterskan saknar kunskapen

e) Avsaknad av resurspersoner

f) Oro för ätstörningar

11) I vilken utsträckning instämmer du i att följande myndighet har relevant information om barns kost?

a) Livsmedelsverket

Instämmer helt Instämmer till viss del Instämmer Varken eller Instämmer ej

b) Lokala riktlinjer på den egna BHV-enheten

c) Landstinget

d) Folkhälsoinstitutet

e) Sjukvårdsrådgivningen/1177

f) Socialstyrelsen

12) I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden?

a) Mina BVC-besök innehåller alltid samtal angående barnets kostvanor

b) Min kostrådgivning innehåller alltid samtal kring näringsinnehåll

c) Min kostrådgivning innehåller alltid samtal kring måltidsordning

d) Min kostrådgivning innehåller alltid samtal kring tillagningssätt

e) Min kostrådgivning innehåller alltid samtliga snabbmat

Instämmer helt Instämmer till viss del Instämmer Varken eller Instämmer ej

f) Min kostrådgivning innehåller alltid samtliga drycker

g) Jag känner till iso-BMI

h) Jag utgår från min egen erfarenhet när jag bedömer ett barns eventuella övervikt

Förkortningar som förekommer i texten

BHV: Barnhälsovården

BMI: Body Mass Index

BVC: Barnvårdscentral

DSK: Distriktssköterska

F: Enkätfråga

isoBMI: Ålders och köns relaterat BMI för barn

MI: Motiverande samtal

PCA: Principal komponentanalys

Q2: Den totala förutsägbarheten i PCA

R2X: Indikerar hur väl en variabel kan förklaras via PCA, dess signifikans

SBU: Statens beredning för medicinsk utvärdering

SNR: Sveriges näringsrekommendationer

SOSFS: Socialstyrelsens författningssamling

VEN: Vårdvetenskaplig etiknämnd

WHO: World Health Organization