

examensarbete

Våren 2010

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning mot distriktssköterska
Omvårdnad, avancerad nivå

Barns övervikts- problematik

Författare

Maria Envall

Linda Karlsson

Handledare

Eva Clausson

Examinator

Agneta Berg

Barns överviktsproblematik

En empirisk studie

Författare: Maria Envall, Linda Karlsson

Handledare: Eva Clausson

Empirisk studie

Datum 2010-03-31

Sammanfattning

Bakgrund: Övervikt är ett ökande problem i många delar av världen. I Sverige har övervikt bland barn ökat drastiskt även om det har avstannat under 2000-talet. Sjuksköterskan i barnhälsovården arbetar preventivt genom att främja barns hälsa och har då möjlighet att grunda sunda vanor hos barnfamiljerna. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskornas syn på överviktsproblematiken hos barn inom barnhälsovården. **Metod:** Studien utfördes genom en enkätstudie. Enkäterna skickades ut till samtliga 137 barnhälsovårdsenheter i Skåne under hösten 2009. Statistisk data analyserades i SPSS. Chi 2 -test användes för att se signifikanta skillnader. Manifest innehållsanalys användes för att kategorisera svaren på de öppna frågorna. **Resultat:** Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde barnens övervikt som ett litet problem men hälften ansåg att barnens BMI ökat. Många upplevde svårigheter i att diskutera övervikt med föräldrarna, de flesta ansåg att det var ett känsligt ämne. Sjuksköterskorna gav råd om nyttigare kost, mer fysisk aktivitet och mindre skärmtid. Majoriteten ansåg att deras preventiva arbete motverkade utvecklingen av barns övervikt. **Diskussion:** Även om övervikt och fetma hos barn tycks ha avstannat i Sverige så är det viktigt att fortsätta med det preventiva arbetet. Sjuksköterskorna behöver samarbeta med andra yrkeskategorier för att nå framgång. Arbetet bör ske på individ- grupp- och samhällsnivå på olika arenor som t.ex. barnhälsovården, förskola och idrottsföreningar.

Nyckelord: Barnhälsovården, Barns övervikt, Prevention, Sjuksköterska

Children´s obesity problem

An empirical study

Author: Maria Envall, Linda Karlsson

Supervisor: Eva Clausson

Empirical study

Date 2010-03-31

Abstract

Background: Obesity is a growing problem in many parts of the world. In Sweden, obesity among children has increased dramatically, although it has slowed down during 2000s. Nurses in child healthcare work preventively by promoting children´s health and have the opportunity to establish healthy habits among families with children. **Purpose:** The purpose of this study was to describe nurses´ views on the obesity problem among children in child healthcare. **Method:** The study was conducted through a questionnaire investigation. The questionnaires were sent out to all 137 child health units in southern Sweden during autumn 2009. Statistical data were analyzed in SPSS. Chi square test was used to calculate significant differences. Manifest content analysis was used to categorize responses to the open questions. **Results:** The majority of the nurses experienced obesity of children as a minor problem, but half felt that the BMI of children has increased. Many nurses experienced difficulty in discussing obesity with the parents, most of them felt it was a sensitive topic. The nurses gave advice on healthier eating, more physical activity and less television viewing. The majority of the nurses considered that their preventive work discourages the development of child obesity. **Discussion:** Although overweight and obesity in children appears to have stalled in Sweden, it is important to continue with the preventive work. The nurses needs to collaborate with other professional groups to achieve success. Work should be done on an individual- group- and community level at various venues such as child health care, preschool and sports clubs.

Keywords: Child health care, Childhood obesity, Prevention, Nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
SYFTE	9
Frågeställningar	9
METOD	10
Design.....	10
Kontext	10
Urval och datainsamling	10
Bortfall	11
Instrument.....	12
Data analys metod.....	12
Forskningsetiska överväganden	13
RESULTAT	13
Sjuksköterskornas upplevelse av barn med övervikt	13
Orsaker till och konsekvenser av övervikt hos barn enligt sjuksköterskorna .	14
Sjuksköterskornas preventiva arbete mot barns övervikt.....	17
Sjuksköterskornas råd angående kost och fysisk aktivitet	19
Sjuksköterskornas arbete för att motverka övervikt hos barn	21
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Konklusion	30
Implikation	30
REFERENSER	32

Bilaga 1 WHO Child Growth standards

Bilaga 2 Brev till primärvårdschefen

Bilaga 3 Brev till barnhälsovårdsöverläkarna

Bilaga 4 Brev till verksamhetscheferna

Bilaga 5 Följebrev och enkät

Bilaga 6 Påminnelsebrev

BAKGRUND

Övervikt och fetma är ett ökande problem i många delar av världen (SBU 2005). I Sverige har övervikt bland barn ökat drastiskt även om det har avstannat under 2000-talet (FHI 2009: d). Orsakerna till övervikt och fetma är flera, människors levnadsvanor har förändrats (Primärvården 2007) med bl.a. ökat intag av energirik mat och minskad fysisk aktivitet (WHO 2006). Konsekvenserna av övervikt och fetma kan vara sjukdomar som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, muskuloskeletal sjukdomar och vissa cancersjukdomar (WHO 2006). Inom barnhälsovården arbetar distriktssköterskor och barnsjuksköterskor med barn i åldrarna 0-6 år (Magnusson et al. 2009). Sjuksköterskorna i barnhälsovården arbetar preventivt genom att främja barns hälsa, trygghet och utveckling (Primärvården Skåne 2007). Inom barnhälsovården kommer sjuksköterskorna i kontakt med nästan 100 % av alla familjer med förskolebarn (Magnusson et al. 2009) och har då stora möjligheter att grunda sunda vanor vad gäller hälsa och livsstil (Primärvården Skåne 2007).

Body mass index (BMI) är ett vanligt mått för att mäta och klassificera övervikt och fetma (WHO 2006). BMI räknas ut genom att ta vikten i kilogram dividerat med längden i meter upphöjt till två. Enligt World Health Organisation (WHO) definieras övervikt för vuxna när $BMI \geq 25$ och fetma då $BMI \geq 30$. BMI gränserna för vuxna har omvandlats till iso BMI för barn. Gränsvärdena för övervikt och fetma är beroende av barnets ålder, se bilaga 1 (WHO 2006). Orsakerna till övervikt och fetma i världen är bl. a. ökat intag av energirik mat med hög halt av fett och socker och minskad fysisk aktivitet (WHO 2006) t.ex. genom mer stillasittande fritid framför TV och datorer (SBU 2005). I Sverige är matvanorna överlag bra men det finns skillnader avseende ålder, kön, socioekonomisk situation och bosättning. Grupper med låg utbildning och låg inkomst har ofta osundare matvanor (FHI 2009: c). I en studie gjord i England tillfrågades 398 sjuksköterskor och distriktssköterskor angående åsikter och attityder avseende fetma hos vuxna. En majoritet av de tillfrågade trodde att en av de viktigaste orsakerna till fetma berodde på familjen och dess bakgrund. Närmre 70 % trodde att val av mat och den fysiska aktiviteten var orsak till fetman (Brown et al. 2007).

Prevalensen var minst 20 miljoner för barn under fem år som var överviktiga i världen år 2005 (WHO 2006). Ungefär 1,6 miljarder vuxna (över 15 år) var överviktiga och minst 400

miljoner vuxna var feta i världen 2006. Tidigare har problemet med övervikt ansetts tillhöra de rika länderna. Nu accelererar problemet även i låg och medelinkomst länder (WHO 2006). Incidensen för övervikt bland barn i tio års åldern har fördubblats vart 15e år i Sverige under åren 1970-2000 (FHI 2009: d). Under 2000-talet har denna ökning avstannat. Åren 2003-2007 låg prevalensen för andelen barn med övervikt i Sverige på 18 % och andelen feta på 4,3 % (FHI 2009: d). För att kunna jämföra barn med övervikt och fetma mellan olika länder brukar forskare mäta barn som är tio år gamla, då övervikt brukar debutera mellan fem och tio års ålder (Nowicka & Flodmark 2006). Övervikt och fetma kan leda till kroniska sjukdomar som diabetes, hjärt- kärlsjukdomar, muskuloskeletala sjukdomar och vissa cancersjukdomar. Fetma i barndomen ökar risken att dö eller invalidiseras i vuxen ålder (WHO 2006). I en studie gjord i södra Sverige undersöktes självförtroendet bland feta barn i åldrarna 8-19 år. Det visade sig att självförtroendet bland dessa barn minskade ju äldre barnen blev, speciellt bland flickor (Nowicka et al. 2009).

Det preventiva arbetet kan delas in i tre olika nivåer, individ-, grupp- och samhällsnivå (Winroth & Rydqvist 2008). På samhällsnivå handlar det om vilka regler och lagar som finns och hur de påverkar oss som individer, vilken service som finns i vår närmiljö och vilka myndigheter vi är beroende av. Här kommer också hälso- och sjukvård och folkhälsoarbete in (Winroth & Rydqvist 2008). Statens folkhälsoinstitut (FHI) har utvecklat elva folkhälsomål (FHI 2010). Tre av dessa är intressanta i denna studie. Målområde tre handlar om barns och ungas uppväxtvillkor och hur viktigt förhållandena under dessa år är för den fysiska och psykiska hälsan resten av livet. För att främja barns långsiktiga hälsa bör insatser göras på olika arenor så som skola, hälsovård, idrottsföreningar och dylikt (FHI 2009: a). Målområde nio handlar om ökad fysisk aktivitet vilket är en förutsättning för en god hälsoutveckling. FHI rekommenderar mer fysisk aktivitet i bl.a. förskola och skola och mer fysisk aktivitet under fritiden (FHI 2009: b). Målområde tio handlar om goda matvanor och säkra livsmedel. Goda matvanor har en avgörande betydelse för hälsan och välbefinnandet. Den är en förutsättning för en positiv hälsoutveckling. Många av våra folkhälsoproblem kan förebyggas med goda matvanor i kombination med fysisk aktivitet (FHI 2009: c). De kostvanor som grundlagts i barndomen blir ofta bestående och har en viss tendens att bli mer framträdande ju äldre barnet blir (Magnusson et al. 2009). I propositionen 2007/08:110, En förnyad folkhälsopolitik, framgår det att regeringen ska avsätta 115 miljoner kronor under åren 2008-2010 till att bl.a.

stödja föräldrar i deras föräldraskap och att främja bra kostvanor och fysisk aktivitet (Regeringskansliet 2007). På gruppnivå handlar det om relationer och sociala aspekter som påverkar hälsan. Personerna i gruppen kan känna tillhörighet, gemenskap och lära sig av varandra (Winroth & Rydqvist 2008). På individnivå handlar det om det egna ansvaret och här kan vi själva påverka vår livsstil och levnadsvanor genom olika val och handlingar. Hinder finns beroende på villkor under uppväxten, sociala och kulturella aspekter men också på kunskap, motivation och handlingskraft (Winroth & Rydqvist 2008). På grupp- och individnivå har barnhälsovården en viktig roll i det preventiva arbetet och har stora möjligheter att tillsammans med föräldrarna tidigt grunda sunda vanor vad gäller hälsa och livsstil (Primärvården Skåne 2007). Samtal om goda kostvanor och ökad fysisk aktivitet bör ske vid varje hälsobesök och är viktigt att uppmärksamma under hela förskoleperioden. I förskolan kan personalen påverka barnen till en hälsosam livsstil avseende kost och motion. Barn i denna ålder är vana vid att lära sig nya saker. De har vuxna som sina förebilder och tar ofta efter dem (Barnöverviktsenheten Region Skåne 2008).

Barnhälsovården når ut till nästan alla småbarnsfamiljer i Sverige, näst intill 100 % av barnfamiljerna är inskrivna inom barnhälsovården. Jämfört med övriga länder i världen är det bara Skandinavien och Holland som har ett så välfungerande system (Magnusson et al. 2009). Barnhälsovårdens mål är att främja barns hälsa, trygghet och utveckling både fysiskt, psykiskt och socialt (Primärvården Skåne 2007). Det finns ca 3 000 barnhälsovårdsenheter i Sverige (Magnusson et al. 2009). Varje enhet tillhör ett geografiskt avgränsat område som ligger i anslutning till en vårdcentral eller på enskilt håll. Inom barnhälsovården arbetar distriktsköterskor och barnsjuksköterskor med barn i förskoleåldern (0-6 år) och deras familjer (Magnusson et al. 2009). Hos sjuksköterskorna i barnhälsovården får föräldrar råd och stöd om barnets utveckling, amning, kost och sjukdomar (Sjukvårdsrådgivningen 2006). Vid första mötet får familjen information om barnhälsovården och om fortsatta rutinkontroller. Vid varje besök mäts och vägs barnet och barnets utveckling kontrolleras fortlöpande vid bestämda tidpunkter (Sjukvårdsrådgivningen 2006). Primärvården Skåne har utarbetat ett material som heter "Grunda sunda vanor" som innehåller en manual och checklista om mat, rörelse och sömn för barn i åldrarna 0-6 år. Denna är skriven som ett stöd för sjuksköterskor och läkare i barnhälsovården i mötet med föräldrarna. Enligt "Grunda sunda vanor" bör sjuksköterskorna vid varje ordinarie hälsobesök samtala om hälsa och

livsstil. Alla familjer ska erbjudas hälsosamtal när barnet uppnått tre års ålder och barnets BMI ska registreras vid fyra års ålder (Primärvården Skåne 2007). Inom modern barnhälsovård arbetar sjuksköterskor och läkare med att främja hälsa och utveckling hos barn. Personalen arbetar förebyggande för en god hälsoutveckling genom att tidigt försöka identifiera problem och risker (Magnusson et al. 2009).

Sjuksköterskorna inom barnhälsovården arbetar preventivt (Primärvården Skåne 2007). Primär prevention innebär åtgärder innan tecken till sjukdom har uppstått eller åtgärder för att minska förekomsten av riskfaktorer (Andersson 2006). Före fyra års ålder vidtas vanligen inga åtgärder mot övervikt. Mellan fyra till sex års ålder uppmärksammas barn med övervikt och erbjuds läkarkontakt med särskild rådgivning till föräldrarna (Primärvården Skåne 2007). Sekundär prevention innebär tidiga insatser mot sjukdom. Målet med denna insats är att förhindra sjukdomsutveckling och minska prevalensen för sjukdom (Andersson 2006). I Region Skåne finns Barnöverviktsenheten som arbetar med tertiär prevention genom behandlingsprogram för barn och ungdomar med fetma (Nowicka 2009). Med tertiär prevention menas förebyggande åtgärder vid en redan etablerad sjukdom som förhindras genom behandling och rehabilitering (Andersson 2006).

Barn med övervikt och fetma har länge varit ett ökande problem i Sverige och världen (SBU 2005). Det finns ett behov av att undersöka sjuksköterskornas syn på överviktsproblematiken hos barn inom barnhälsovården och hur de arbetar preventivt med problemet.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskornas syn på överviktsproblematiken hos barn inom barnhälsovården.

Frågeställningar

Hur upplever sjuksköterskorna övervikt bland barn i sitt verksamhetsområde?

Vilka är orsakerna till och konsekvenser av barns övervikt enligt sjuksköterskorna?

Hur arbetar sjuksköterskorna preventivt mot barns övervikt?

METOD

Design

Som metod valdes en kvantitativ design med en deskriptiv ansats då det handlar om att beskriva sjuksköterskornas syn på överviktsproblematik hos barn inom barnhälsovården. En deskriptiv, kvantitativ undersökning fokuserar på prevalens, incidens, mängd och mätbara egenskaper av ett fenomen (Polit & Beck 2006). En enkätstudie valdes där respondenterna själva anonymt rapporterade information om sina kunskaper och handlingar.

Kontext

Det finns fyra större barnhälsovårdsenheter i Skåne, indelade i områdena nordväst, nordost/sydost, mellersta och sydväst (Bergmark 2010). Hösten 2009 fanns det 137 barnhälsovårdsenheter i de 33 kommunerna i Skåne (Region Skåne 2009). Inom den privata och offentliga sjukvården arbetar cirka 345 distriktssköterskor/barnsjuksköterskor inom barnhälsovården i Skåne (Bergmark 2010). I barnhälsovården i Skåne finns det cirka 87 000 barn med familjer i åldersgruppen 0-6 år (Primärvården Skåne 2007). Befolkningsstrukturen i undersökningsområdet bestod till 41 % av landsbygd, 14 % av större tätort, 36 % av stad och 10 % av storstad.

Urval och datainsamling

Datainsamling har skett genom att enkäter skickades ut till samtliga barnhälsovårdsenheter i Skåne (både privata enheter och enheter inom Region Skåne). Ett följebrev och en enkät med förfrankerat kuvert skickades via post till varje barnhälsovårdsenhet i Skåne i mitten av december (se bilaga 5). Adresserna till barnhälsovårdsenheterna hittades på Region Skånes hemsida (Region Skåne 2009). Kuverten var adresserade till en distriktssköterska inom barnhälsovården på den aktuella vårdcentralen. Vårdcentralen valde själva ut en distriktssköterska som skulle svara på enkäten. Urvalet valdes oberoende av genus och etnicitet. Inklusionskriterierna var distriktssköterskor/barnsjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården i Skåne. Enkäterna numrerades för att förhindra att påminnelser skickades ut till de respondenter som redan svarat på enkäten. Ett påminnelsebrev skickades ut fyra veckor efter det första utskicket till de 68 respondenter som inte svarat på enkäten (se bilaga 6). Efter ytterligare två veckor skickades enkäten ut på nytt tillsammans med ett påminnelsebrev till de 58 respondenter som inte svarat på enkäten. 103 av 135 enkäter besvarades, vilket gav en svarsfrekvens på 76 %.

Av de tillfrågade hade 40 % genomgått en utbildning inom ämnet barn med övervikt (se tabell 1). Majoriteten av dessa hade gått en internutbildning inom barnhälsovården, enligt primärvården Skånes utarbetade material ”Grunda sunda vanor”. Andra förekommande utbildningar var t.ex. Motiverande samtal (MI), Obesitas 5 p, utbildning av Dr Flodmark barnöverviktsenheten Malmö, seminarier och föreläsningar om barn med övervikt samt det som ingick i distriktssköterske- och barnsjuksköterskeutbildningen. På frågan om vilken specialistutbildning de tillfrågade hade, har en del svarat annan utbildning. Fem av dessa hade gått en diabetesutbildning. Andra utbildningar som t.ex. medicin/kirurgi, anestesi och astma har inte sammanställts då detta inte tros påverka resultatet.

Tabell 1. Beskrivning av deltagande sjuksköterskor i barnhälsovården.

	Sjuksköterskor	
	n	(%)
<i>Kön</i> (n=102)		
Kvinnor	100	(98)
Män	2	(2)
<i>Ålder</i> (n=103)		
År	Md 50 (range 30 – 65)	
<i>Professionell bakgrund</i> (n=103)		
Distriktssköterskor (DSK)	76	(74)
Barnsjuksköterskor (barn SSK)	17	(16)
DSK + barn SSK	10	(10)
<i>Arbetserfarenhet</i> (n=103)		
År som färdig SSK	Md 23 (range 1 – 43)	
År inom barnhälsovården	Md 8 (range 3 månader – 34)	
<i>Utbildning om barn med övervikt</i> (n=103)		
Har genomgått utbildning	41	(40)
Har inte genomgått utbildning	62	(60)

Bortfall

Tre enkäter återsändes obesvarade, en sjuksköterska valde att inte svara pga. hög arbetsbelastning, en önskade att inte delta i studien och en barnhälsovårdsenhet hade stängt under hösten 2009. En respondent hörde av sig via telefon och meddelade att barnhälsovårdsenheten var nyöppnad och ansåg därför att de inte kunde svara på frågorna. Av de 137 barnhälsovårdsenheterna valdes två enheter bort då en enhet var nyöppnad och en enhet stängd under insamlingsperioden. Det externa bortfallet var 32 personer. Det interna bortfallet låg på mellan noll till nio personer på de olika frågorna i enkäten.

Instrument

Genom en enkätundersökning ges självrapporterad och självadministrerad information från respondenter (Polit & Beck 2006). För att få bakgrundsinformation i det aktuella ämnet och hur en enkät konstrueras har författarna gått igenom aktuell litteratur, vetenskapliga artiklar och andra uppsatser. Utifrån syftet och denna information har en enkät utformats. Enkäten börjar med sju bakgrundsfrågor, där bakgrundsvariabler som ålder, kön, antal år som färdig sjuksköterska, specialistutbildning, antal år inom barnhälsovården, utbildning i ämnet barn med övervikt och befolkningsstruktur i upptagningsområdet används. De övriga 14 frågorna handlar om barn och övervikt. Tio av dessa är slutna frågor med tre till sex svarsalternativ där tre av frågorna innehåller en öppen följdfråga. Fyra av frågorna är öppna frågor. De tre sista frågorna i enkäten ingår i ett större planerat projekt om barns livsvillkor i 24 timmarssamhället, vid Högskolan i Kristianstad (se bilaga 5). En pilotstudie är en småskalig version av en större studie för att testa om instrumentet är användbart för att få fram önskad information (Polit & Beck 2006). I mitten av oktober lämnades en pilotstudie ut till två vårdcentraler. Den besvarades av åtta distriktssköterskor/barnsjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården. Utifrån kommentarer från sjuksköterskorna ändrades enkäten. Två frågor som liknade varandra slogs ihop och någon fråga omformulerades.

Data analys metod

Statistisk data analyserades i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 17,0. Informationsdata analyserades i huvudsak genom deskriptiv statistik. Informationen presenterades i antal och procent av de olika variablerna. För att mäta skillnader har analysmetoden Chi-2 test använts. Vanligtvis används signifikansnivån 0,05 eller 0,01 (Polit & Beck 2006). Signifikansnivån var $p < 0,05$ i denna studie. Manifest innehållsanalys användes för att kategorisera svaren på de öppna frågorna. En manifest innehållsanalys innebär en analys av synliga mönster och teman i texten som beskrivs och kvantifieras (Forsberg & Wengström 2008). Analysen började genom att svaren lästes och skrevs ner för att få en helhetsuppfattning. Sen delades de olika svaren in i olika kategorier som hade samma innehåll. Svaren sammanställdes sedan i ett dokument för att kunna se hur svarsfrekvensen blev inom de olika kategorierna.

Forskningsetiska överväganden

Innan enkäten skickades ut, godkändes den av primärvårdschefen i Region Skåne (se bilaga 2) och av de fyra barnhälsovårdsöverläkarna i Skåne via e-mail (se bilaga 3). Ett informationsbrev om den kommande enkäten skickades ut via e-mail till alla verksamhetschefer inom barnhälsovården i Skåne (se bilaga 4).

Enligt vetenskapsrådet ska hänsyn tas till de fyra forskningsetiska principerna vid planering av enkätundersökning. Dessa principer är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Enligt informationskravet fick deltagarna ett informationsbrev tillsammans med enkäten. I informationsbrevet förklarades syftet, upplägget och nyttan med studien. Sjuksköterskorna fick information om att deltagandet i undersökningen var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan att ange orsak. Enligt samtyckeskravet hade deltagarna själva rätt att bestämma om de ville medverka. Genom att svara på enkäten har deltagarna samtyckt till att medverka. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att svaren behandlades konfidentiellt vilket innebär att personuppgifterna inte kan identifieras av utomstående. De insamlade uppgifterna om de enskilda deltagarna har endast använts i denna studie enligt nyttjandekravet.

RESULTAT

Efter genomgång av samtliga enkäter har svaren analyserats och delats in i olika rubriker utifrån syftet och de tre frågeställningarna. Svaren redovisas i tabeller, figurer och i löpande text.

Sjuksköterskornas upplevelse av barn med övervikt

Majoriteten av de tillfrågade svarade att de upplevde övervikt bland barn i sitt verksamhetsområde som ett litet problem (85 %), endast 11 % såg det som ett stort problem. När det gällde sjuksköterskornas bedömning av förändringen av barnens BMI idag jämfört med när de började arbeta inom barnhälsovården, svarade 43 % att barnens BMI hade ökat något. Att barnens BMI varken ökat eller minskat ansåg 41 % och endast 10 % ansåg att barnens BMI ökat mycket. Det interna bortfallet var fyra personer på båda frågorna.

Orsaker till och konsekvenser av övervikt hos barn enligt sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna fick ge tre förslag på vad som orsakade övervikt hos barn, svaren delades in i tre olika kategorier (se figur 1). Det interna bortfallet var en person.

En tredje del ansåg att fel kost (33 %) och söta drycker (31 %) var orsaken till barns övervikt. Lika många (30 %) tog upp dåliga och oregelbundna kostvanor, skräpmat (21 %) och för mycket godis och sötsaker (25 %) som orsak. Andra orsaker som uppgavs var för stora och för många portioner (14 %), småätande (11 %), för mycket socker och fett och för lite grönsaker och frukt.

Andra orsaker som sjuksköterskorna gav exempel på var stillasittande/inaktivitet (40 %), för lite motion och fysiska aktiviteter (33 %) och för mycket TV- och datortid (15 %). Respondenterna ansåg att flera orsaker kunde vara att barn blev skjutsade överallt och att barn hade för lite vistelse utomhus.

Dålig kunskap hos föräldrarna (14 %), arv (10 %) och stressade föräldrar var några exempel som respondenterna gav som orsak. Föräldrar som hade för lite tid, tjocka föräldrar, föräldrar som var dåliga på att säga nej, trötta föräldrar och dålig ekonomi hos föräldrarna som ledde till dåliga matvanor var några av de orsaker som angavs. Här är några citat från respondenterna:

”Föräldrars stress = sämre matvanor och mindre tolerans => lätt att sticka till ngt gott för att vinna tid.

Samhällets utveckling => mer stillasittande.

Mat som välbefinnande/njutningsfaktor har ökat”.

”Okunskap hos föräldrar, dåligt sammansatt kost och för lite fysisk aktivitet”.

De viktigaste konsekvenserna av övervikt hos barn på kort sikt delades in i tre olika kategorier (se figur 1). Det interna bortfallet var sex personer.

Sjuksköterskorna tog upp konsekvenser som att barnen fick en osund syn på mat och ätande, sämre matvanor, ökad risk för att bli överviktig som vuxen och en risk att mat- och levnadsvanor kvarstår som vuxen.

Exempel på fysiska problem inklusive sjukdomar som nämndes var att barn inte orkade leka, de blev tröttare (31 %), kunde inte delta i olika aktiviteter (20 %) och hade svårigheter att röra sig normalt (22 %). Andra konsekvenser var diabetes (15 %), att övervikten kunde leda till annan sjukdom, dåligt tandstatus, inaktivitet, försämrad kondition, hjärt- kärl problem, att barn inte ville leka ute och att barnen blev klumpiga.

Faktorer som mobbing (63 %), utanförskap (23 %) och dålig självkänsla/självförtroende (21 %) var konsekvenser som respondenterna tog upp. Andra exempel som gavs var psykiska problem, sociala problem såsom ensamhet, att barnen blev ledsna när kläderna inte passar, barn mådde inte bra av övervikt och det var inte kul att vara tjock. Här är några citat från respondenterna:

”Manifesterar matvanor och aktivitetsvanor.

Trötta – risk för mobbing.

Svårigheter att röra sig mycket”.

”Mobbing/utanförskap

Svårighet med motorik/fysisk aktivitet.

Osund syn på mat/ätande”.

De viktigaste konsekvenserna av övervikt hos barn på lång sikt har delats in i tre olika kategorier (se figur 1). Det interna bortfallet var sex personer.

Exempel på konsekvenser som gavs var att övervikt fördes vidare till nästa generation, fel kosthållning, livsstilsförändringar, manifesterade matvanor, svårt att orka dagliga aktiviteter och arbetsförmåga.

Sjuksköterskorna tog upp exempel som diabetes (72 %), hjärt- kärl sjukdomar (61 %), ledvärk/ledbesvär (22 %), följsjukdomar (15 %), hypertoni (15 %) och för tidig död som konsekvens av övervikt hos barn på lång sikt. Andra konsekvenser var övervikt som vuxen, dålig kondition, dålig hälsa, förslitningsskador, belastningsskador, metabola syndromet, värk, graviditetsproblem och cancer.

Sjuksköterskorna gav exempel på konsekvenser som psykiska problem och depression (13 %), dålig självkänsla och dåligt självförtroende (12 %), sociala problem (11 %). Andra exempel var mobbning, utanförskap och uppgivenhet. Här är några citat från respondenterna:

”Diabetes utv. Självkänsla

Ju längre en matvana desto svårare att bryta den”.

”Diabetes, hjärt-, kärlsjukdomar. Psykiska besvär, utanförskap. För tidig död”.



Figur 1. Orsaker till och konsekvenser av övervikt hos barn enligt sjuksköterskorna indelat i tre kategorier.

Sjuksköterskornas preventiva arbete mot barns övervikt

På frågan om det fanns utarbetade riktlinjer för att förebygga och upptäcka övervikt hos barn, fanns en öppen följdfråga som handlade om i vilka åldrar riktlinjerna användes. Här angav respondenterna många spridda åldrar, de vanligaste var åldrarna 2,5 – 3 år, 4 år, 5 – 5,5 år. En del svarade att det togs upp fortlöpande under hela barnhälsovårdens basprogram. Några hänvisar till ”Grunda sunda vanor”. På frågan vilka samarbetspartners sjuksköterskorna använde sig av när det gällde att förebygga övervikt hos barn var ett svarsalternativ - någon annan (se tabell 2). Här kunde respondenterna ta upp andra alternativ och det som nämndes var bl.a. andra överviktsenheter såsom Helsingborg, Lund, Landskrona och Hässleholm, barnmottagningen, överviktsprojekt i Lund samt föräldrar. Enstaka respondenter hade svarat t.ex. kollegor, tandhygienister, öppna förskolan, idrottsföreningar och barnpsykologer. I enkäten fanns en öppen fråga angående i vilken ålder BMI mäts på barnen. I 85 % av fallen svarade respondenterna 4 år, 30 % svarade 5 år, i enstaka fall hade respondenterna svarat spridda åldrar från 1,5 år, 2 år, 2,5 år och 3 - 4 år. I några fall hade respondenterna svarat att BMI mäts vid misstänkt övervikt eller vid snabb viktökning. En hade svarat att BMI aldrig mäts utan att det gjordes av barnhälsovårdens samordnare vid 4 års ålder.

Tabell 2. Sjuksköterskornas svar på frågeställningarna i enkäten.

	Sjuksköterskor n	(%)
<i>Utarbetade riktlinjer (n=102)</i>		
Ja	75	(73)
Nej	15	(15)
Vet inte	12	(12)
<i>Samarbetspartners (n=101)</i>		
Läkare	72	(71)
Dietist	78	(77)
Sjukgymnast	4	(4)
Överviktsenheten i Malmö	20	(20)
Förskola	20	(20)
Annan	31	(31)

Det var vanligtvis sjuksköterskorna inom barnhälsovården som tog initiativet till diskussion om ett barns övervikt (se tabell 3). På denna fråga kunde respondenterna kryssa i mer än ett svarsalternativ. Sjuksköterskorna tillfrågades när hon/han diskuterade övervikt med föräldrarna (se tabell 3). Här hade respondenterna kunnat kryssa i mer än ett svarsalternativ.

På frågan om sjuksköterskorna upplevde svårigheter i att diskutera övervikt med föräldrarna hade majoriteten svarat - ibland. De som svarat - ja eller - ibland på frågan hade även uppgett vilka hinder de upplevde (se tabell 3). Majoriteten av sjuksköterskorna upplevde att det var ett känsligt ämne. De tillfrågade hade haft möjlighet att fylla i flera olika svarsalternativ. De kunde även välja att fylla i - annat, som en öppen fråga. Här tog en del bl.a. upp föräldrarnas mottaglighet och motivation som ett problem. Flera tog även upp problemet att föräldrarna inte såg övervikten som ett problem om de själva också var överviktiga. Så här svarade två av respondenterna:

”Föräldrarna blir förnärmade eller negligerar problemet, det är gulligt med runda barn”.

”Föräldrar vars barn är överviktiga, som alltid (?) äter nyttigt, aldrig (?) äter godis och leker ute, cyklar och springer. Tittar inte på TV”.

Tabell 3. Sjuksköterskornas svar på frågeställningarna i enkäten.

	Sjuksköterskor	
	n	(%)
<i>Initiativ till diskussion (n=101)</i>		
Förälder	20	(20)
BHV sjuksköterskan	94	(93)
BHV läkare	3	(3)
<i>Hur ofta sjuksköterskorna diskuterar övervikt (n=94)</i>		
Aldrig	4	(4)
Några gånger i månaden	72	(77)
Några gånger i veckan	14	(15)
Varje dag	4	(4)
<i>När sjuksköterskorna diskuterar övervikt(n=102)</i>		
Vid varje besök	4	(4)
Vid upptäckt av övervikt	74	(73)
I samband med specifika kontroller	60	(59)
<i>Svårigheter att diskutera övervikt (n=103)</i>		
Ja	13	(13)
Nej	30	(29)
Ibland	60	(58)
<i>Hinder (n=69)</i>		
Otillräcklig kunskap om preventiva åtgärder mot övervikt	7	(10)
Osäkerhet i samtalsmetodik	12	(17)
Tidsbrist	11	(16)
Känsligt ämne	62	(90)
Annat	11	(16)

Sjuksköterskornas råd angående kost och fysisk aktivitet

Sjuksköterskornas råd till föräldrar angående kost delades in i tre olika kategorier (se figur 2).

Det interna bortfallet var en person.

Cirka hälften av respondenterna gav råd om regelbundna måltider (48 %). Andra exempel som togs upp var att äta tillsammans, planera måltiderna, att barnen ska vara med vid matlagning, att föräldrarna är förebilder vid måltiderna och att avdramatisera måltiderna.

En del tog upp råd som att minska på socker och sötsaker (40 %) och att godis och sötsaker (lördagsgodis) endast skall ätas 1-2 ggr i veckan (35 %). Andra råd som togs upp var att minska på söta drycker (24 %), inget småätande (15 %) och att inte trösta/belöna med godis och sötsaker. Andra gav exempel som att minska på salt, fett och snabbmat.

Respondenterna gav råd om att äta mer frukt och grönsaker (29 %) och att dricka vatten och mjölk till måltid och vid törst (28 %). De tillfrågade tog även upp vikten av en näringsrik och varierad kost (16 %), tallriksmodellen (16 %) och fem mål per dag (12 %). Andra råd var att öka intag av fibrer, fleromättat fett och att ge lättprodukter till barn över två år. Här är några citat angående kostråd:

”Barn ska inte bantas. Lära sig vad som är lagom stor portion”.

”Välling ett svenskt fenomen – alltså det går bra utan”!!

”Ej belöna med mat! Utan kanske liten bok eller något annat”.

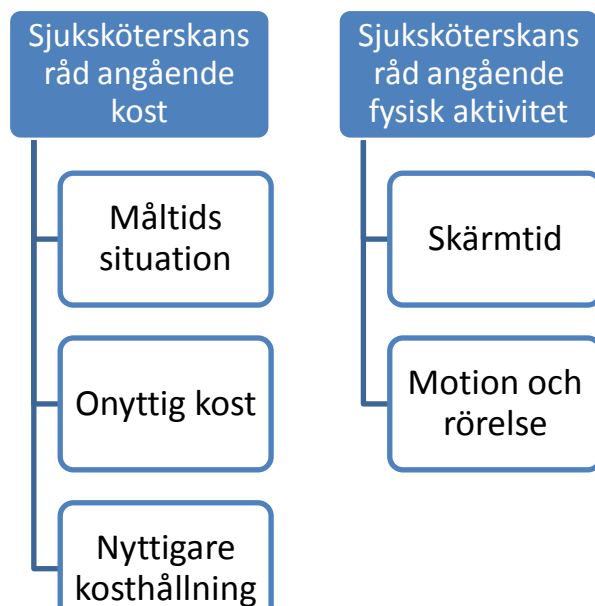
Råd om fysisk aktivitet delades in i två kategorier (se figur 2). Det interna bortfallet var fyra personer.

De tillfrågade ansåg att det var viktigt att ge råd om att minska på TV- och datortid (37 %). Många sjuksköterskor gav råd om mer utomhuslek (58 %) och vikten av vardagsmotion som t.ex. att barn ska gå och cykla till förskolan istället för att åka bil (30 %). Andra tips som gavs var att hitta en rolig fritidsaktivitet för barnen (32 %), vikten av daglig fysisk aktivitet (14 %), att göra gemensamma aktiviteter hela familjen (14 %) och att röra sig i leken t.ex. genom att springa, klättra och cykla (20 %). Respondenterna tog även upp saker som att gå istället för att åka vagn (16 %) och att föräldrarna skulle föregå med gott exempel, de är barnens förebilder. Här är några citat angående råd om fysisk aktivitet:

”För att få sitta framför data – måste tanka på med springlekar först”.

”Föregå med gott ex. genom att själv vara fysiskt aktiv”.

”Barn kan också transportera sig till fots”!



Figur 2. Sjuksköterskornas råd angående kost och fysisk aktivitet indelat i kategorier.

Sjuksköterskornas arbete för att motverka övervikt hos barn

Då de tillfrågade skulle förklara i vilken utsträckning de ansåg sitt primärpreventiva arbete motverkade utvecklingen av övervikt hos barn svarade drygt hälften (51 %) av respondenterna - något, cirka en tredjedel svarade - mycket (34 %) och 15 % svarade - lite. På frågan, i vilken utsträckning sjuksköterskorna rapporterade barn med övervikt vid övergången från barnhälsovården till skolhälsovården, svarade ca hälften av respondenterna att de alltid rapporterade barn med övervikt (51 %). Cirka en femtedel svarade ofta (21 %) och ibland (18 %) på denna fråga.

Det fanns en signifikant skillnad mellan sjuksköterskor som genomgått utbildning i ämnet barn med övervikt och de som inte genomgått utbildning i detta ämne. De sjuksköterskor som genomgått utbildning tyckte i högre utsträckning att deras primärpreventiva arbete motverkade utvecklingen av övervikt hos barn (se tabell 4). Det fanns en tendens till en signifikant skillnad att sjuksköterskor som genomgått utbildning i ämnet barn med övervikt använde sig av utarbetade riktlinjer för att förebygga och upptäcka övervikt hos barn (se tabell 4). Övriga visade inte på någon signifikant skillnad.

Tabell 4. Skillnader mellan sjuksköterskor som har och inte har utbildning i ämnet barn med övervikt i jämförelse med olika frågeställningar i enkäten.

	Sjuksköterskor som har utbildning i ämnet barn med övervikt		p-värde
	Ja n (%)	Nej n (%)	
<i>Motverkar det primärpreventiva arbetet (n=102)</i>			
Lite	3 (3)	12 (12)	
Något	18 (18)	34 (33)	
Mycket	20 (19)	15 (15)	0,025
<i>Rapporteras barn med övervikt från BHV (n=102)</i>			
Aldrig, sällan	3 (3)	8 (8)	
Ibland	7 (7)	11 (11)	
Ofta, aldrig	31 (30)	42 (41)	0,627
<i>Svårigheter att diskutera övervikt (n=103)</i>			
Ja	4 (4)	9 (9)	
Nej	16 (15)	14 (14)	
Ibland	21 (20)	39 (38)	0,191
<i>Utarbetade riktlinjer (n=102)</i>			
Ja	34 (33)	41 (40)	
Nej	6 (6)	9 (9)	
Vet inte	1 (1)	11 (11)	0,053
<i>Upplevelse av barnens övervikt (n=99)</i>			
Inget, litet problem	38 (38)	50 (51)	
Stort, mycket stort problem	3 (3)	8 (8)	0,313

P-värdet i fet stil om det är signifikant, signifikansnivå $p < 0,05$. Chi2-test

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ämnet barn och övervikt valdes då detta ämne var både intressant och aktuellt. Då avsikten var att beskriva en större grupp individers arbete med barn och övervikt inom barnhälsovården valdes en kvantitativ studie genom enkätutskick. För att få information av så många sjuksköterskor som möjligt och för att få en helhetsbild av det utvalda undersökningsområdet, gjordes datainsamling genom ett frågeformulär. Fördelen med att använda ett frågeformulär är att respondenterna är anonyma i motsats till exempelvis en intervju. I en enkätstudie finns det ingen personlig kontakt som skulle kunna påverka respondenten (Polit & Beck 2006).

Med ett representativt urval menas att den undersökande gruppens svar går att jämföra med hela den undersökande populationen (Polit & Beck 2006). Om alla sjuksköterskor inom

barnhälsovården i Skåne skulle ingått i studien hade den blivit för stor. Därför valdes en sjuksköterska ut på varje enhet för att alla barnhälsovårdsenheter skulle representeras. Hur urvalet har gått till på varje barnhälsovårdsenhet har inte kunnat påverkas utan det har varje enhet själv fått bestämma. Detta kan vara en svaghet då urvalet inte har skett slumpmässig. Ett representativt urval kan öka den externa validiteten. Med extern validitet eller generaliserbarhet menas att insamlad data i studien ska kunna ses i ett större perspektiv, detta för att kunna generalisera resultatet till en större population (Olsson & Sörensen 2007). Den externa validiteten stärktes av att studien representerade samtliga barnhälsovårdsenheter i Skåne. Vid sammanställningen av materialet kom det fram att alla respondenterna var distriktssköterskor/barnsjuksköterskor och det var inte relevant om de hade någon ytterligare utbildning.

Svarsfrekvensen i studien var 76 %. En svarsfrekvens som är större än 65 % är tillräcklig för att få fram syftet i en studie men det är också vanligt med en lägre svarsfrekvens (Polit & Beck 2006). Svarsfrekvensen kan påverkas av enkätens design och hur utskicken har skett. Det vanligaste är att förfrankade kuvert skickas med enkäten, om detta inte görs kan svarsfrekvensen påverkas negativt. Att skicka påminnelser är effektivt för att öka svarsfrekvensen. Det är att föredra att skicka med en ny enkät i påminnelsebrevet då det är vanligt att de som inte har svarat har förlagt den tidigare enkäten (Polit & Beck 2006). Den första enkäten skickades ut med ett förfrankerat kuvert, det skickades ut två påminnelsebrev varav det sista innehöll en ny enkät. Det är lättare att få enkäterna besvarade om en person på en högre position som är känd till namnet har godkänt enkätutskicket (Polit & Beck 2006). I denna studie var enkäten godkänd av primärvårdschefen och de fyra barnhälsovårdsöverläkarna i Region Skåne. Det är bra att ha en känd logga på brev och kuvert för att visa att en känd organisation står bakom utskicken (Polit & Beck 2006). Studien ingick i ett större projekt på Kristianstad högskola och vid utskicken har Kristianstad högskolas logga använts.

För att resultatet ska kunna generaliseras måste studien ha god reliabilitet och validitet (Forsberg & Wengström 2008). Med reliabilitet eller tillförlitlighet menas att en mätning är stabil och inte utsatt för slumpmässigt inflytande (Trost 2007) och anger om upprepade mätningar av samma förhållanden ger samma resultat (Ejlersson 2005). Validiteten eller

giltigheten är ett mått på frågans förmåga att mäta det den avser att mäta (Ejlertsson 2005). Reliabiliteten påverkades av det interna bortfallet, som i denna studie låg på mellan noll till nio personer. På frågan hur ofta sjuksköterskorna diskuterade övervikt med föräldrarna som kom till barnhälsovården var det ett internt bortfall på nio personer. Detta berodde på att respondenterna lagt till egna svar som räknats som ett internt bortfall. I efterhand insåg författarna att frågan skulle formulerats på ett tydligare sätt för att det interna bortfallet skulle bli mindre. Det förebyggande arbetet mot barns övervikt kunde tagits upp t.ex. med råd om kost och fysisk aktivitet, istället för hur ofta de diskuterade övervikt med föräldrarna. På frågan vilka de tre viktigaste konsekvenserna av övervikt hos barn var, var det ett internt bortfall på sex personer. Eftersom detta var en öppen fråga med två delfrågor där tre konsekvenser skulle ges på var fråga så kan det interna bortfallet bero på att en del hade svårt att formulera sig skriftligt eller att frågan tog för lång tid att besvara. På frågan hur sjuksköterskorna upplevde barn med övervikt i sitt verksamhetsområde idag fanns ett internt bortfall på fyra personer. Här har tre personer svarat med en egen ruta mellan stort och litet problem, vilket har räknats som ett internt bortfall. I efterhand skulle en femgradig skala varit ett bättre alternativ på denna fråga. Då det inte fanns något frågeformulär som passade in på studiens syfte, gjordes en enkät utifrån bakgrundsfakta från litteratur och artiklar. Enkäten testades genom innehållsvaliditet (face validity) i en pilotstudie där åtta sjuksköterskor besvarade frågorna i enkäten. Eftersom svaren kommit in insåg författarna att det var svårt att formulera frågor som var tydliga. En del respondenter hade skrivit egna svar istället för att kryssa i ett svarsalternativ. I enkäten fanns fyra öppna frågor och tre öppna följdfrågor. Det kan ha varit för många öppna frågor i enkäten och om sjuksköterskorna hade ont om tid kunde det varit avgörande för om hon/han inte svarat på enkäten. Då resultatet sammanställdes framkom att svaren från respondenterna i denna studie var liktydiga med tidigare forskning i detta ämne, både i kvantitativa och kvalitativa studier. Detta skulle kunna styrka denna studies validitet (samtidiga validiteten). Trots att enkäten skickades ut strax innan jul och att det har varit en hög arbetsbelastning under hösten på många vårdcentraler p.g.a. H1N1 vaccinationen var svarsfrekvensen 76 %.

Data analyserades i programmet SPSS. Chi 2 test användes för att se skillnader mellan olika variabler i frågorna i enkäten. För att få mer kunskap i området statistik och för att kunna använda programmet SPSS har litteratur i detta ämne använts. Författarna inser i efterhand att

mer kunskaper i statistik hade varit av nytta inför detta arbete. Manifest innehållsanalys användes för att analysera de öppna frågorna. Respondenterna hade ganska liktydiga svar på många frågor, så tydliga mönster och kategorier framkom. De öppna frågorna var tidskrävande men det var många intressanta svar som gavs.

Resultatdiskussion

Majoriteten av sjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att övervikt bland barn i sitt verksamhetsområde var ett litet problem, men närmre hälften ansåg att barnens BMI ökat. I en studie av Walker et al. menade läkare och sjuksköterskor att det var deras uppgift att ta upp problemet angående barnets vikt men att det slutligen var ett socialt- och familjeproblem (Walker et al. 2007). Fetma är ett av våra största folkhälsoproblem (Marcus 2009).

Utvecklingen av övervikt och fetma bland barn är viktigt att uppmärksamma och förebygga eftersom det är farligare att utveckla övervikt och fetma i barndomen än senare i livet. Det är positivt att den snabba ökningen av övervikt och fetma bland barn under de senaste årtiondena har avstannat. Fetma bland barn ökar inte längre men det har aldrig funnits en så stor andel barn med fetma som idag (Marcus 2009). Dagens barn väger mer än någonsin och den höga vikten hos barnen kan medföra framtida hälsoproblem (Nowicka 2009). Tidigare har inte fetma ansetts vara något problem i förskoleåldern, runda barn brukade springa av sig sin övervikt. Idag är det osäkert om detta stämmer (Bråbäck, Bågenholm & Ekholm 2009). Fetma i 4-5 års ålder innebär en ökad risk för fetma i 10 års ålder (Timpka et al. 2007). Övervikt och fetma i barndomen har utvecklats till en epidemi i industrialiserade länder (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005). I en studie av Story et al. ansåg sjuksköterskorna att barnens övervikt måste behandlas och att det kan påverka deras framtida livskvalitet (Story et al. 2002). Sjuksköterskorna inom barnhälsovården arbetar med små barn där problemet med övervikt inte alltid hunnit bli så uttalat. Efter tre års ålder träffar sjuksköterskorna endast barnet vid fyra och fem och ett halvt års kontrollen. Eftersom sjuksköterskorna träffar barnen så sällan är det kanske svårt att få en uppfattning om det finns ett problem med övervikt. Då övervikten har ökat under en lång period är det kanske mer accepterat med övervikt i samhället och "lite" övervikt kanske inte ses som ett stort problem.

Majoriteten av sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde svårigheter i att diskutera övervikt med föräldrarna. De hinder som de flesta sjuksköterskor upplevde var att det var ett känsligt ämne. I en studie av Walker et al. intervjuades läkare och sjuksköterskor angående

barn och övervikt. De ansåg att ämnet barn med övervikt var ett känsligt ämne och att de inte ville göra föräldrarna upprörda eller förstöra relationen med familjen. Om familjen tappade förtroende för sjuksköterskan så skulle det kunna förstöra mycket då familjen är nyckeln till att lösa problem med barnens övervikt (Walker et al. 2007). Andra hinder som togs upp i föreliggande studie var tidsbrist, otillräcklig kunskap om preventiva åtgärder mot övervikt och föräldrarnas mottaglighet och motivation. I en studie av Larsen et al. togs olika hinder upp som sjuksköterskorna upplevde när det gäller prevention av barns övervikt. Föräldrarnas och familjens attityder och motivation var ett av hindren, andra hinder var brist på resurser och tidsbrist (Larsen et al. 2006). Även i studien av Walker et al. togs problemet med sjuksköterskornas tidsbrist upp (Walker et al. 2007). Story et al. ansåg i en studie att ett vanligt hinder när det gäller att förebygga barns övervikt var att det fanns en brist i föräldrars engagemang och motivation samt sjuksköterskornas tidsbrist. Familjens kultur påverkade övervikten och sjuksköterskorna tog även upp att föräldrar tror att ett knubbigt barn är hälsosamt medan ett smalt barn är sjukt. Andra hinder som sjuksköterskorna upplevde var otillräcklig kunskap när det gäller att behandla överviktiga barn. Sjuksköterskor kan också ha en låg självförtroende (self efficacy) till sin egen hantering av problemet (Story et al. 2002). Att ta upp och diskutera barnets övervikt kan vara känsligt då det är lätt att det blir utseende fixerat. Sjuksköterskorna vill inte göra föräldrarna upprörda om det inte är ett så stort problem. När det gäller små barn är det föräldrarnas attityder som sjuksköterskorna kan påverka och det är viktigt att tänka hälsa och välbefinnande istället för att ha vikten i fokus.

De främsta orsakerna till barns övervikt enligt sjuksköterskorna i föreliggande studie var fel kost, söta drycker, oregelbundna kostvanor och för mycket godis och sötsaker. I en studie av Larsen et al. tog sjuksköterskorna upp den amerikanska livsstilen med söta drycker och snabbmatsrestauranger som ett problem (Larsen et al. 2006). I en avhandling av Huus tillfrågades föräldrarna hur ofta barnen åt olika livsmedel vid 2,5 och 5 års ålder och då var saft det enda livsmedel som enskilt hade ett samband med utveckling av övervikt vid fem års ålder (Huus 2009). Lättillgänglig, billig, energität mat har troligtvis bidragit till utvecklingen av övervikt bland barn (Blomquist & Bergstöm 2007). I allmänhet är övervikt och fetma ett resultat av ett ökat intag av kalorier och fett. Det finns bevis på att ett ökat intag av socker genom söta drycker, ökade portionsstorlekar och den minskade fysiska aktiviteten spelat en stor roll till den ökande övervikten i världen (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie tog upp stillasittande/inaktivitet, för lite motion och fysisk aktivitet och för mycket TV- och datortid som några av orsakerna till övervikt hos barn. I en studie av Larsen et al. upplevde sjuksköterskorna en frustration över dagens livsstil som innefattar mycket TV och datorspel (Larsen et al. 2006). Studier visar att TV och datorspel är kopplat till ökad andel överviktiga. En stor del av barnen blir körda till skolan, en låg andel deltar i sport och fysisk aktivitet, detta orsakar också en ökning av övervikten (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005). Psykosociala faktorer som sjuksköterskorna i föreliggande studie uppgav som orsak till barns övervikt var dålig kunskap hos föräldrarna plus- arv och stressade föräldrar. Enligt Larsen et al. använde sig många föräldrar av snabbmat pga. att det är bekvämt om båda föräldrarna arbetar mycket och är för upptagna för att förbereda ordentliga måltider (Larsen et al. 2006). I en studie av Danielzik et al. kom det fram att föräldrars övervikt och låg socioekonomisk status är höga riskfaktorer för övervikt och fetma hos barn (Danielzik et al. 2004). Miljö, livsstil och kultur spelar en stor roll för prevalensen av övervikt i världen (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005). För att kunna arbeta preventivt mot barns övervikt och för att kunna ge förebyggande råd är det viktigt att veta vad som orsakar övervikten. Denna och många andra studier visar att det finns många olika orsaker till övervikt och dessa återkommer i de flesta studier. Det visar att det preventiva arbetet måste fokusera på många olika områden. Sjuksköterskorna behöver bl.a. informera om bra kost och vikten av fysisk aktivitet och påverka föräldrarna för att komma åt psykosociala problem.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie tog upp vikten av regelbundna måltider, att minska på socker och sötsaker, lördagsgodis, mer frukt och grönsaker och att dricka vatten och mjölk istället för söta drycker som exempel på kostråd till föräldrarna. Enligt Burniat et al. bär barnen med sig vanor genom hela vuxenlivet som de får med sig i barndomen. Hälsosamt ätande handlar inte bara om vad som äts utan även om den omgivande miljön. Råd bör ges om att bl.a. använda socker sparsamt, att inte dricka söta drycker utan att dricka vatten istället (Burniat et al. 2002). Konsumtionen av läsk har ökat bland barnen de senaste åren. Ökningen av energiintaget genom läsk kan delvis förklara ökningen av övervikt hos barn. Läsk ersätter även andra drycker som vatten och mjölk. Mjölken är en viktig kalciumkälla som barnen bör få i sig (Barnöverviktsenheten Region Skåne 2008). Sjuksköterskorna i föreliggande studie gav råd om att vara ute och leka mer, vikten av vardagsmotion som t.ex. att barnen ska gå och

cykla till förskolan istället för att åka bil, att hitta en rolig fritidsaktivitet plus att minska på TV- och datortid. Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant tar upp olika preventionsåtgärder mot barns övervikt som att öka deltagandet i fritids- och sportaktiviteter, gå och cykla till och från skolan och att begränsa skärmtid (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005).

Barnöverviktsenheten i Region Skåne betonar att det är lika viktigt med motion som med vardagsaktiviteter, t.ex. att promenera och cykla. När det gäller de yngre barnen är lek den mest naturliga motionen (Barnöverviktsenheten i Region Skåne 2008). En stor riskfaktor med TV tittandet är att det minskar barnets fysiska aktivitet. TV tittande har en negativ hälsoeffekt då det ersätter den fysiska aktiviteten och minskar ämnesomsättningen (Krebs & Jacobson 2003). Enligt Larsen et al. gav de flesta sjuksköterskorna råd om kost och fysisk aktivitet till barnen och deras föräldrar (Larsen et al. 2006). Då barnen bär med sig vanor under hela livet är det viktigt att sjuksköterskorna i barnhälsovården påverkar föräldrarna i rätt riktning eftersom de där når ut till alla barnen. Då många av dagens barn går i förskolan är det viktigt med riktade insatser till föräldrar, barn och personal. Under den pedagogiska måltiden på förskolan kan lärarna påverka barnen kostvanor direkt. Dagen föräldrar arbetar mycket, barnen är på förskolan långa dagar, det stressade samhället gör att det ställs höga krav på alla som arbetar med barn. Det är viktigt med bra relationer mellan barn och vuxna, barn behöver bli sedda och hörda. Det krävs ett ökat engagemang för att nå målen om en hälsosammare livsstil.

Majoriteten av sjuksköterskorna i föreliggande studie tyckte att deras preventiva arbete motverkade utvecklingen av barns övervikt något eller mycket. Det fanns en signifikant skillnad mellan sjuksköterskor som genomgått utbildning i ämnet barn med övervikt och de som inte genomgått utbildning. De som hade utbildning tyckte i högre utsträckning att deras primärpreventiva arbete motverkade utvecklingen av övervikt hos barn. Walker et al. kom fram till att sjuksköterskorna tyckte att deras råd om kost och fysisk aktivitet till familjen hade en liten påverkan på barnens vikt. Sjuksköterskorna ansåg ibland att problemet var för svårt att klara av. Det var ett alltför stort avstånd mellan den hälsosamma kosten och vad barnen egentligen åt (Walker et al. 2007). Även om övervikt och fetma hos barn tycks ha avstannat i Sverige så är det viktigt att fortsätta med det preventiva arbetet (Bråbäck, Bågenholm & Ekholm 2009). Övervikt och fetma som har grundats redan i barn- och ungdomen är svårbehandlad, därför är det viktigt att komma fram till bra förebyggande åtgärder. Det

förebyggande arbetet har en naturlig plats i barnhälsovården där de når ut till alla barnfamiljer (Perlhagen, Flodmark & Hernell 2007). En viktig del i barnhälsovårdens arbete är livsstilsförändringar (Bråbäck, Bågenholm & Ekholm 2009). Samtal om kost och fysisk aktivitet är vanligt både individuellt och i föräldragrupper inom barnhälsovården. Det är viktigt att fortsätta att göra BMI registrering på förskolebarn och det bör göras på ett likartat sätt i hela Sverige. Barnhälsovården behöver ett evidensbaserat program om kost och fysisk aktivitet (Bråbäck, Bågenholm & Ekholm 2009). Många sjuksköterskor i föreliggande studie tog upp vikten av att kunna vända sig till en dietist och läkare som samarbetspartners när det gäller att förebygga övervikt hos barn. Enligt Perlhagen, Flodmark & Hernell behövs det mer dietist kompetens knutet till barnhälsovården och att sjuksköterskorna får mer tid avsatt för att ge råd om preventiva åtgärder. Fortbildning och informationsmaterial behövs som hjälp vid rådgivning till barn och föräldrar (Perlhagen, Flodmark & Hernell 2007). Primär och sekundär prevention skulle kunna vara en viktig åtgärd för att komma åt problemet med övervikt och fetma bland barn (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005). Det är viktigt att göra det i tidig ålder då det är svårare att gå ner i vikt i vuxen ålder, då övervikt och fetma redan är etablerad. Ett barn kommer i kontakt med flera arenor som kan påverka dem i rätt riktning som t.ex. barnhälsovården, förskolan, skolan, fritids och idrottsföreningar (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant 2005). Enligt folkhälsoinstitutet behövs en bred satsning på olika nivåer i samhället för att främja goda matvanor. Det är viktigt att de olika aktörerna drar åt samma håll med en gemensam målsättning (FHI 2009: c). Enligt en rapport av Perlhagen Flodmark & Hernell finns det sex nivåer där åtgärder kan vidtas för prevention av övervikt och fetma. Dessa är familjen, förskolan/skolan, hälso- och sjukvården, regering/riksdag och industrin och medierna. En samverkan behövs för att få fram en lyckosam utveckling (Perlhagen, Flodmark & Hernell 2007). Det förebyggande arbetet med livsstilsförändringar på individnivå har en begränsad framgång om inte samtidigt hela samhället påverkas i rätt riktning. Åtgärder på samhällsnivå kan vara åtgärden som främjar gång, cykling och utevistelse, tillsammans med ett ökat intag av frukt, grönt och fullkorn som kan resultera i minskad övervikt och fetma (Bråbäck, Bågenholm & Ekholm 2009). Statens Folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket har på begäran av regeringen tagit fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet bland Sveriges befolkning. Hälsan i Sverige ska främjas och övervikt förebyggas genom 79 samlade insatser för att befolkningen ska äta bättre och röra sig mer (FHI 2005). Eftersom övervikt bland barn i Sverige har avstannat märker kanske

sjuusköterskorna att det preventiva arbetet gör någon nytta. Många använder sig av andra samarbetspartners som hjälp i arbetet. När den egna kunskapen inte räcker till är det viktigt att ta hjälp av andra professioner. I förhållande till hur stort problemet barn med övervikt så är det mindre än hälften av sjuusköterskorna som gått en utbildning i ämnet. För sjuusköterskorna utbildning är de kanske mer trygga sin roll som rådgivare och tycker att deras preventiva arbete ger effekt.

Konklusion

Majoriteten av sjuusköterskorna upplevde barnens övervikt som ett litet problem men hälften ansåg att barnens BMI ökat. De flesta upplevde svårigheter i att diskutera övervikt med föräldrarna och många upplevde att det var ett känsligt ämne. Många gav konkreta och bra råd angående kost och fysisk aktivitet till föräldrarna. Majoriteten av sjuusköterskorna tyckte att deras preventiva arbete motverkade utvecklingen av barns övervikt. Ett stort antal sjuusköterskor tog hjälp av dietist och läkare som samarbetspartners när det gällde att förebygga övervikt hos barn. Det fanns en signifikant skillnad mellan sjuusköterskor som genomgått utbildning i ämnet barn med övervikt och de som inte genomgått utbildning i detta ämne. De som gått utbildning tyckte i större utsträckning att deras primärpreventiva arbete motverkade utvecklingen av övervikt hos barn.

Implikation

Det är viktigt att fortsätta det preventiva arbetet mot barns övervikt även om ökningen har avstannat i Sverige. Det behövs bra och tydliga riktlinjer och att sjuusköterskorna får utbildning i det preventiva arbetet mot barns övervikt för att kunna föra informationen vidare. Inom hälso- och sjukvården är det viktigt att samarbeta mot samma mål för att uppnå ett bra resultat. Även om sjuusköterskorna inom barnhälsovården träffar nästan alla barn i förskoleåldern så är det viktigt att även gå ut på andra arenor som t.ex. förskolor för att kunna informera i grupp om preventiva åtgärder. Det är viktigt att informera både föräldrar, barn och förskolelärare om vikten av en god kost och fysisk aktivitet. Det kanske inte är så känsligt att prata om övervikt, om hälsan är det centrala i samtalet och samtalet handlar om vikten av att må bra istället för att fokusera på utseendet. Sjuusköterskorna kan inte ensamma förändra barns hälsa utan arbetet måste ske på olika arenor på individ-, grupp- och samhällsnivå. Det är viktigt med ett uttalat samarbete mellan de olika arenorna som t.ex. förskola, skola och idrottsföreningar för att det ska kunna ske någon förändring när det gäller barns övervikt. På

nationell nivå är det viktigt att arbetet fortsätter inom samhällsfunktioner såsom regering/riksdag, FHI, Livsmedelsverket och Svenska idrottsförbundet.

En uppföljning av detta arbete skulle kunna vara ett forskningsprojekt på nationell nivå där prevention mot barns övervikt studeras. På så sätt skulle resultat komma som går att generalisera till en större population. Detta skulle kunna göras både inom barnhälsovården och på andra arenor som t.ex. förskolan. För att få en djupare förståelse för det preventiva arbetet mot barns övervikt skulle en kvalitativ studie kunna göras exempelvis genom intervjuer.

REFERENSER

Andersson, Ingemar (2006). Epidemiologi för hälsovetare – en introduktion. Lund: Studentlitteratur.

Barnöverviktsenheten Region Skåne i samarbete med NOBIS, Barn & ungdomssjukhuset i Lund och Kompetenscentrum för obesitas (KOB). (2008). Vårdprogram för barn och ungdomar med övervikt eller fetma i Södra Sjukvårdsregionen.

Bergmark, Kerstin (2010). Muntlig kommunikation. Samordnare/Vårdutvecklare inom barnhälsovården i nordvästra Skåne. (10-01-29)

Blomquist, HK & Bergström, Erik (2007). Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with low socioeconomic level. *Acta Paediatrica*, Vol.96, ss.113-116.

Brown, Ian, Stride, Chris, Psarou, Aikaterini, Brewins, Louise & Thomson, Joanne (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of advanced nursing*. Vol.59:4, ss. 329-341.

Bråbäck, Lennart, Bågenholm, Gunnel & Ekholm, Leif (2009). Fetma- utvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. *Läkartidningen*, Vol. 43, ss.2758-2761.

Burniat, Walter, Cole, Tim, Lissau, Inge & Poskitt, Elizabeth (2002). *Child and adolescent obesity: causes and consequences, prevention and management*. Cambridge university.

Danielzik, Sandra, Czerwinski-Mast, Mareike, Langnäse, Kristina, Dilba, Britta & Myller Manfred (2004). Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 year old children: baseline data of the Kiel obesity prevention study (KOPS). *International Journal of Obesity*. Vol. 28, ss. 1494-1502.

Dehghan, Mahshid, Akhtar-Danesh, Noori & Merchant, Anwar T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal* 2005: 4; 24.

Ejlertsson, Göran (2005). *Enkäten I praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: studentlitteratur.

FHI (Folkhälsoinstitutet) (2005). Handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. (Elektronisk). PDF format. Tillgänglig: <
<http://www.fhi.se/PageFiles/3161/godamatvanorokadfysiskaktivitetsammanfattn0502.pdf>>
(10-03-10).

FHI (Folkhälsoinstitutet) (2009: a). Barns och ungas uppväxtvillkor. (Elektronisk).
Tillgänglig: <<http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/3-Barns-och-ungas-uppvaxtvillkor/>> (09-03-18).

FHI (Folkhälsoinstitutet) (2009: b). Fysisk aktivitet. (Elektronisk). Tillgänglig:
<<http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/9-Fysisk-aktivitet/>> (09-03-18).

FHI (Folkhälsoinstitutet) (2009: c). Matvanor och livsmedel. (Elektronisk). Tillgänglig: <
<http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/10-Matvanor-och-livsmedel/>>
(09-03-18).

FHI (Folkhälsoinstitutet) (2010). Om de 11 folkhälsomålen. Tillgänglig: <
<http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>> (10-03-24).

FHI (Folkhälsoinstitutet) (2009: d). Fetma – utveckling över tid.
(Elektronisk).Tillgänglig:<http://www.fhi.se/sv/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Fetma---utveckling-over-tid/> > (09-03-27).

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Huus, Karina (2009). Weight gain in children - possible relation to the development of diabetes. Linköping University, Sweden.

Krebs, Nancy F. & Jacobson, Marc S. (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatric*, Vol. 12, ss. 424-430.

Larsen, Larissa, Mandleco, Barbara, Williams, Mary & Tiedeman, Mary (2006). Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners. *American academy of nurse practitioners*, Vol.18, ss.70-79.

Magnusson, Margaretha, Blennow, Margareta, Hagelin, Elisabet & Sundelin Claes (2009). *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.

Marcus, Claude (2009). Positiv viktrend bland 4-åringarna. *Läkartidningen*, Vol. 106, ss. 2748-2749.

Nowicka, Paulina (2009). *Childhood and adolescent obesity Multidisciplinary approaches in a clinical setting*. Lund University, Sweden.

Nowicka, Paulina & Flodmark, Carl-Erik (2006). *Barnövervikt i praktiken: evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur.

Nowicka, Paulina, Höglund, Peter, Birgerstam, Pirjo, Lissau, Inge, Pietrobelli, Angelo & Flodmark, Carl-Erik (2009). Self-esteem in a clinical sample of morbidly obese children and adolescents. *Acta Paediatrica*. Vol:98. ss.153-158.

Olsson, Henny & Sörensen, Stefan (2007). *Forskningsprocessen -kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Perlhagen, John, Flodmark, Carl-Erik & Hernell, Olle (2007). Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen*, Vol. 104, ss.138-141.

Polit, Denise F & Beck Cheryl Tatano (2006). Essentials of Nursing Research: methods, appraisal and utilization. 6 th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Primärvården Skåne (2007). Grunda sunda vanor, om mat, rörelse och sömn – Prevention av övervikt och fetma inom barnhälsovården i Region Skåne. Region Skåne.

Regeringskansliet (2007). En förnyad folkhälsopolitik. (Elektronisk). Tillgänglig: <<http://www.regeringen.se/sb/d/9251/a/100978>> (09-03-17).

Region Skåne (2009). Barnavårdcentraler i Region Skåne. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=234545> (10-02-12).

Sjukvårdsrådgivningen (2006). Undersökningar på barnavårdcentralen. (Elektronisk). Tillgänglig: <<http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=21551>> (09-03-18).

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) (2005). Förebyggande åtgärder mot fetma. SBU: s sammanfattning och slutsatser. (Elektronisk). PDF format. Tillgänglig: <http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2005.pdf> (09-03-17).

Story, Mary T, Neumark-Stzainer Dianne R, Sherwood, Nancy E, Holt, Katrina, Sofka, Denise, Trowbridge, Frederick L & Barlow, Sarah E. (2002). Management of child and adolescent obesity: Attitudes, barriers, skills and training needs among health care professionals. Pediatrics official journal of the American academy of pediatrics, Vol. 110, ss.210-214.

Timpka, Toomas, Angbratt, Marianne, Bolme, Per, Hermansson, Göran, Häger, Anders & Valter, Lars (2007). A high-precision protocol for identification of preschool children at risk for persisting obesity. PLoS ONE. 2(6):e535.

Trost, Jan (2007). Enkätboken. Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer – inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.

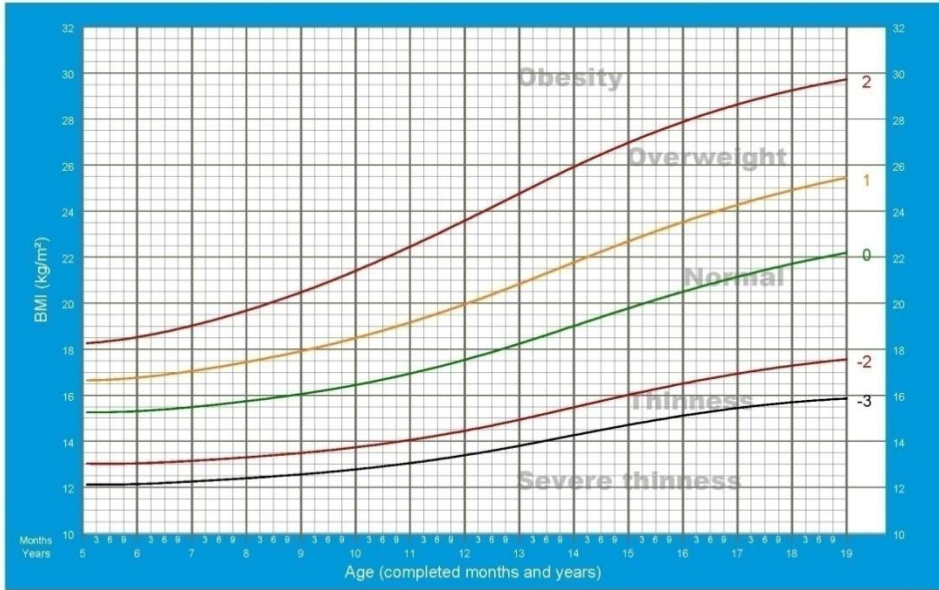
Walker, Olivia, Strong, Mark, Atchinson, Rebecca, Saunders, Joanna & Abbott, Jo (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. BMC Family Practice, Vol. 8, ss.50.

WHO (World Health Organization) (2006). Obesity and overweight. (Elektronisk).
Tillgänglig: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>> (09-03-17).

Winroth, Jan & Rydqvist, Lars-Göran (2008). Hälsa & Hälsopromotion. Malmö: SISU Idrottsböcker.

BMI-for-age BOYS

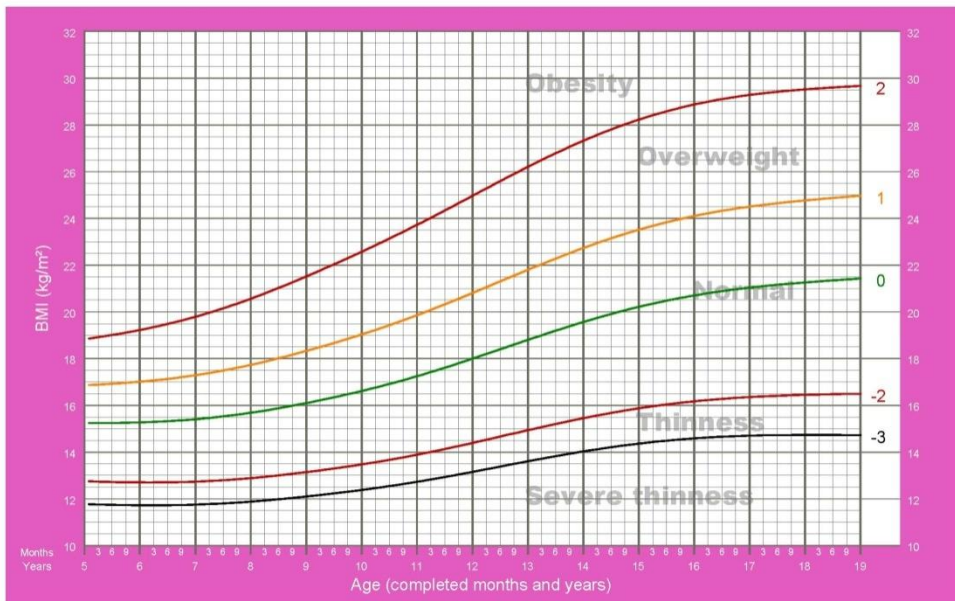
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

WHO Child Growth standards



Kristianstad 2009-11-03

Till primärvårdschef i Region Skåne Benny Ståhlberg

Vi studerar till distriktssköterskor vid Högskolan i Kristianstad. Som examensarbete kommer vi under hösten 2009 att genomföra en enkätstudie som riktar sig till distriktssköterskor som arbetar inom barnhälsovården (BHV) i Skåne. Övervikt bland barn och unga är ett ökande problem och syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans primärpreventiva arbete mot övervikt inom barnhälsovården. Studien är en del i ett planerat större projekt om barns uppväxtvillkor i 24-timmarssamhället, vid Högskolan i Kristianstad. Resultatet kommer att sammanställas i form av en rapport våren 2010.

Vi kommer att skicka ut enkäter till en distriktssköterska på varje BHV enhet i Region Skåne. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att orsak anges. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt i enlighet med sekretesslagen. Svaren kommer således inte att kunna kopplas till personen.

Vi skulle behöva ett godkännande från dig som primärvårdschef i Region Skåne för att kunna skicka ut enkäterna. Vänligen returnera ett godkännande. Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar

Linda Karlsson och Mia Envall

Vid frågor vänligen kontakta:

Linda Karlsson
Tel: XXX-XXX

linda.karlsson0038@student.hkr.se

Mia Envall
Tel: XXX-XXX

maria.envall0018@student.hkr.se

Handledare:

Universitetslektor Eva Clausson Tel: XXX-XXX
eva.clausson@hkr.se



Sektionen för Hälsa och Samhälle
Specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska

Kristianstad 2009-11-03

Till barnhälsovårdsöverläkare i Region Skåne

Vi studerar till distriktssköterskor vid Högskolan i Kristianstad. Som examensarbete kommer vi under hösten 2009 att genomföra en enkätstudie som riktar sig till distriktssköterskor som arbetar inom barnhälsovården (BHV) i Skåne. Övervikt bland barn och unga är ett ökande problem och syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans primärpreventiva arbete mot övervikt inom barnhälsovården. Studien är en del i ett planerat större projekt om barns uppväxtvillkor i 24-timmarssamhället, vid Högskolan i Kristianstad. Resultatet kommer att sammanställas i form av en rapport våren 2010.

Vi kommer att skicka ut enkäter till en distriktssköterska på varje BHV enhet i Region Skåne. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att orsak anges. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt i enlighet med sekretesslagen. Svaren kommer således inte att kunna kopplas till personen.

Vi skulle behöva ett godkännande från dig som barnhälsovårdsöverläkare i Region Skåne för att kunna skicka ut enkäterna. Vänligen returnera ett godkännande. Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar

Linda Karlsson och Mia Envall

Vid frågor vänligen kontakta:

Linda Karlsson
Tel: XXX-XXX
linda.karlsson0038@student.hkr.se

Mia Envall
Tel: XXX-XXX
maria.envall0018@student.hkr.se

Handledare:
Universitetslektor Eva Clausson Tel: XXX-XXX
eva.clausson@hkr.se

Kristianstad 2009-12-15

För kännedom till verksamhetscheferna för BHV enheterna i Region Skåne

Vi studerar till distriktssköterskor vid Högskolan i Kristianstad. Som examensarbete kommer vi under hösten 2009 att genomföra en enkätstudie som riktar sig till distriktssköterskor som arbetar inom barnhälsovården (BHV) i Skåne. Övervikt bland barn och unga är ett ökande problem och syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans primärpreventiva arbete mot övervikt inom barnhälsovården. Studien är en del i ett planerat större projekt om barns uppväxtvillkor i 24-timmarssamhället, vid Högskolan i Kristianstad. Resultatet kommer att sammanställas i form av en rapport våren 2010.

Vi kommer att skicka ut enkäter till en distriktssköterska på varje BHV enhet i Region Skåne. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att orsak anges. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt i enlighet med sekretesslagen. Svaren kommer således inte att kunna kopplas till personen. Vi har fått godkännande av barnhälsovårdsöverläkarna och primärvårdschefen.

Med vänliga hälsningar

Linda Karlsson och Mia Envall

Vid frågor vänligen kontakta:

Linda Karlsson
Tel: XXX-XXX
linda.karlsson0038@student.hkr.se

Mia Envall
Tel: XXX-XXX
maria.envall0018@student.hkr.se

Handledare:
Universitetslektor Eva Clausson Tel: XXX-XXX
eva.clausson@hkr.se



Sektionen för Hälsa och Samhälle

Specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska

Kristianstad 2009-11-16

Till distriktssköterskor/barnsjuksköterskor inom BHV i Skåne

Vi studerar till distriktssköterskor vid Högskolan i Kristianstad. Som examensarbete kommer vi under hösten 2009 att genomföra en enkätstudie som riktar sig till sjuksköterskor verksamma inom barnhälsovården (BHV) i Skåne. Övervikt bland barn och unga är ett ökande problem och syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans primärpreventiva arbete mot övervikt inom barnhälsovården. Studien är en del i ett större planerat projekt om barns uppväxtvillkor i 24-timmarssamhället, vid Högskolan i Kristianstad. Resultatet kommer att sammanställas i form av en rapport våren 2010.

Primärvårdschef Benny Ståhlberg och Barnhälsovårdsöverläkarna i Region Skåne har godkänt utskick av enkäten och verksamhetscheferna för respektive BHV är informerade.

Vi är tacksamma om du besvarar enkäten snarast, senast 30 november, och skickar den i retur i medföljande svarskuvert. Det är av stor vikt att du besvarar alla frågor så utförligt och sanningsenligt som möjligt. Alla svar är betydelsefulla. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta din medverkan när som helst utan att ange orsak till detta. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt i enlighet med sekretesslagen. Svaren kommer således inte att kunna kopplas till dig som person.

Med vänliga hälsningar

Linda Karlsson och Mia Envall

Vid frågor eller synpunkter kring enkäten vänligen kontakta:

Linda Karlsson
Tel: XXX-XXX

linda.karlsson0038@student.hkr.se

Mia Envall
Tel: XXX-XXX

maria.envall0018@student.hkr.se

Handledare:

Universitetslektor Eva Clausson Tel: XXX-XXX
eva.clausson@hkr.se

Tack på förhand för din medverkan!

Enkät – sjuksköterskans primärpreventiva arbete mot övervikt inom barnhälsovården.

Del 1. Bakgrundsfrågor

1. Vilket år är du född? _____
År
2. Kön Kvinna
Man
3. Hur många år har du varit färdig sjuksköterska? _____
Antal År
4. Vilken specialistutbildning har du? Barnsjuksköterska
Distriktssköterska
Ingen
Annan

Ange vilken
5. Hur många år har du arbetat inom BHV? _____
Antal År
6. Har du genomgått utbildning i ämnet barn med övervikt?
Ja
Nej

Om du svarade ja ovan, vilken typ av utbildning?

7. Vilken huvudsaklig befolkningsstruktur finns i upptagningsområdet?

Landsbygd/mindre tätort

Större tätort

Stad

Storstad (Malmö)

Del 2. Barn och övervikt

8. Hur upplever du övervikt bland barn i ditt verksamhetsområde idag?

Inget problem

Litet problem

Stort problem

Mycket stort problem

9. Hur bedömer du att barnens BMI har förändrats idag jämfört med när du började arbeta inom BHV?

Minskat mycket

Minskat något

Varken ökat eller minskat

Ökat något

Ökat mycket

10. I vilka åldrar mäts BMI på barnen?

Ange år + månader

11. Hur ofta diskuterar du övervikt med föräldrar som kommer till BHV?

Aldrig

Några gånger i månaden

Några gånger i veckan

Varje dag

12. I mötet med föräldrarna – vem tar vanligtvis initiativet till diskussionen om övervikt hos barnet?

- Förälder
- BHV ssk
- BHV läkare

13. Finns det utarbetade riktlinjer för att förebygga och upptäcka övervikt hos barn?

- Ja
- Nej
- Vet inte

Om ja, vid vilka åldrar använder du dessa?

14. Nämn tre råd som du brukar ge föräldrar avseende:

a. kost

b. fysisk aktivitet

15. När diskuterar du övervikt med föräldrarna?

- Vid varje besök
- Vid upptäckt av övervikt
- I samband med specifika kontroller

16. Upplever du svårigheter i att diskutera övervikt och med föräldrarna?

Ja

Nej

Ibland

Om du svarat ja eller ibland på föregående fråga, kryssa i de hinder du upplever:

Otillräcklig kunskap om preventiva åtgärder mot övervikt

Osäkerhet i samtalsmetodik

Tidsbrist

Känsligt ämne

Annat

17. Vad orsakar övervikt hos barn? Ge tre förslag.

18. Vilka samarbetspartners använder du dig av när det gäller att förebygga övervikt hos barn?

Läkare

Dietist

Sjukgymnast

Överviktsenheten Malmö

Förskola

Annan

Vilken? _____

19. Nämn de tre viktigaste konsekvenserna av övervikt hos barnen:

a. På kort sikt (i barndomen)

b. På lång sikt (i vuxen ålder)

20. I vilken utsträckning anser du att ditt primärpreventiva arbete motverkar utveckling av övervikt hos barn?

Inte alls

Lite

Något

Mycket

21. I vilken utsträckning rapporterar du barn med övervikt vid övergången från barnhälsovård till skolhälsovård?

Aldrig

Sällan

Ibland

Ofta

Alltid

Övriga synpunkter och kommentarer

Tack för din medverkan!

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska

Kristianstad 2010-01-11

Till distriktssköterskor/barnsjuksköterskor inom BHV i Skåne

För ett par veckor sedan skickade vi ut ett frågeformulär till dig. Vi studerar till distriktssköterskor vid Högskolan i Kristianstad. Som examensarbete kommer vi under hösten 2009 att genomföra en enkätstudie som riktar sig till sjuksköterskor verksamma inom barnhälsovården (BHV) i Skåne. Övervikt bland barn och unga är ett ökande problem och syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans primärpreventiva arbete mot övervikt inom barnhälsovården. Studien är en del i ett större planerat projekt om barns uppväxtvillkor i 24-timmarssamhället, vid Högskolan i Kristianstad. Resultatet kommer att sammanställas i form av en rapport våren 2010.

Primärvårdschef Benny Ståhlberg och Barnhälsovårdsöverläkarna i Region Skåne har godkänt utskick av enkäten och verksamhetscheferna för respektive BHV är informerade.

Eftersom vi ännu inte fått något svar från dig, antar vi att du glömt bort eller inte haft tid att fylla i frågeformuläret. Vi skulle vara tacksamma om du ville besvara frågorna och skicka in formuläret i det portofria svarskuvertet som bifogades, så snart som möjligt. Har ditt frågeformulär eller svarskuvert kommit bort, skickar vi nya med nästa påminnelse om ca två veckor. Om du redan har skickat in ditt svar ber vi dig att bortse från denna påminnelse.

Som vi påpekade i förra brevet är det av stor vikt att du besvarar alla frågor så utförligt och sanningsenligt som möjligt. Alla svar är betydelsefulla. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta din medverkan när som helst utan att ange orsak till detta. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt i enlighet med sekretesslagen. Svaren kommer således inte att kunna kopplas till dig som person. Vi hoppas att du vill besvara vår enkät så snart så möjligt.

Med vänliga hälsningar

Linda Karlsson och Mia Envall

Vid frågor eller synpunkter kring enkäten vänligen kontakta:

Linda Karlsson

Mia Envall

Tel: XXX-XXX

Tel: XXX-XXX

linda.karlsson0038@student.hkr.se

maria.envall0018@student.hkr.se

Handledare: Universitetslektor Eva Clausson

Tel: XXX-XXX

eva.clausson@hkr.se

Tack på förhand för din medverkan!

