



# **Barnfetma**

– en kvalitativ studie om förebyggande och  
behandlande åtgärder

Elin Sund

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN  
Examensarbete: 2012:27  
Hälsopedagogprogrammet: 2009-2012  
Handledare: Karin Henriksson Larsén  
Seminarieledare: Örjan Ekblom  
Examinator: Lena Kallings

## **Sammanfattning**

### **Syfte och frågeställningar**

I takt med att fetmaepidemin ökar i Sverige ökar sjukvårdskostnaderna för behandling av individer som lider av denna folksjukdom. Ökad kunskap inom barns överviktproblematik såväl som väl utformade förebyggande och behandlande åtgärder krävs för att minska sjukantalet. Syftet med föreliggande studie var därför att klargöra hur förebyggande och behandlande åtgärder tillämpas idag, och hur dem kan utvecklas för att uppnå såväl bättre resultat som att minska sjukvårdskostnaderna.

- Vilka faktorer anser informanterna är orsaken till att barnfetma ökar i Sverige?
- På vilket sätt tillämpas förebyggande och behandlande åtgärder mot barnfetma?
- Hur kan förebyggande och behandlande åtgärder inom barnfetma utvecklas för att uppnå bättre resultat i framtiden?

### **Metod**

Föreliggande studie utgår från fem informanter från olika delar av Sverige som intervjuades utifrån Grounded Theory. Svaren tolkades utifrån en induktiv innehållsanalys.

### **Resultat**

Inom sjukvården sker behandlande åtgärder genom samtal mellan familj och läkare, psykolog, dietist och sjukgymnast. Inom barnhälsovården sker förebyggande åtgärder genom kost - och hälsosamtal och årskontroller. För att i framtiden utveckla detta krävs politiska åtgärder, evidensbaserade studier och insatser som inkluderar hela familjen. Utökade resurser skulle möjliggöra utbildning av fler aktörer på marknaden som skulle kunna utveckla primär – och sekundärvård.

### **Slutsats**

Dagens sjukvårdskostnader på tjugo miljarder skulle i framtiden i större utsträckning kunna användas till forskning och prevention mot barnfetma, om effektiva åtgärder vidtas. På längre sikt är de höga sjukvårdskostnaderna som ett resultat av allt fler svenskars ohälsosamma livsstil, ohållbart. För att kostnader i form av sjukfrånvaro och förtidspension inte ska fortsätta att öka krävs en kombination av multifaktoriella åtgärder på samhällsnivå, inom sjukvården och skolhälsovården. Fyra av fem informanter använde sig av en behandlingsmetod utan vetenskaplig förankring. Behandlingsresultaten är för närvarande svaga.

## Innehållsförteckning

1 Inledning .....	1
1.1 Introduktion.....	1
1.2 Bakgrund.....	1
1.3 Forskningsläge.....	4
1.4 Pågående forskning.....	6
1.5 Syfte och frågeställningar.....	7
1.6 Teoretisk utgångspunkt.....	8
2 Metod .....	9
2.1 Genomförande.....	10
2.2 Urval.....	11
2.3 Pålitlighet.....	11
2.4 Etiska aspekter.....	11
3 Resultat.....	12
3.1 Resultatdisposition.....	12
3.2 På vilket sätt tillämpar sjukvården förebyggande och behandlande åtgärder mot barn fetma?.....	12
3.3 Vilka faktorer anser informanterna är orsaken till att barnfetma ökar i Sverige?.....	15
3.4 Hur kan förebyggande och behandlande åtgärder inom barnfetma utvecklas för att uppnå bättre resultat i framtiden?.....	16
3.5 Vad saknas i dagens sjukvård för att förhindra barnfetma i framtiden?.....	18
3.6 Teoretisk utgångspunkt .....	17
3.7 Svårigheter med dagens arbete.....	18
4 Sammanfattande diskussion.....	20
4.1 Etiska aspekter.....	26
4.2 Förslag på fortsatt forskning.....	27
Bilaga 1 Käll- och litteratursökning	
Bilaga 2 Begreppsbeskrivning	
Bilaga 3 Iso-BMI	
Bilaga 4 BMI-kurva för barn	
Bilaga 5 Intervjuguide	
Bilaga 6 Informationsbrev	

# 1 Inledning

## 1.1 Introduktion

Den lavinartade ökningen av fetma är ett av det snabbast växande folkhälsoproblemen i världen. Idag skördar fetma fler liv än svält. En explosiv ökning av andelen med fetma har skett runt om i världen, bland annat i Nordamerika samt asiatiska, sydamerikanska och europeiska länder. (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2002, s 7) Ökningen var mer omfattande under 1990-talet jämfört med under 1980-talet. (Ibid., s. 12) År 1997 larmade WHO om att fetma är ett globalt växande hälsoproblem. År 2002 levde hälften av världens befolkning som klassificerats som feta i utvecklingsländer. (Ibid., s. 10) I Sverige försätter förekomsten av fetma att öka. (Ibid., s. 12) Under de senaste 20 åren har antalet individer som lider av fetma fördubblats i Sverige och är nu 500 000 personer. (Ibid., s.7).

## 1.2 Bakgrund

Fetma hos barn är ett växande problem i samhället som kan medföra konsekvenser som hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, diabetes typ 2 och psykosociala problem som i sin tur kan leda till en förtidig död. Det preventiva och hälsofrämjande arbetet är därför viktigt för att förhindra denna utveckling. (Ibid., s. 7). Idag får enbart en bråkdel av de barn som lider av fetma sjukvård trots att riskerna med sjukdomen är välkända (Marcus 2011, s. 1)

Infektionssjukdomar och undernäring har länge varit de faktorerna som bidragit till störst ohälsa. Nu håller fetma på att ersätta dessa. (WHO 2000). Fetma har ökat så mycket de senaste generationerna att denna folksjukdom nu kallas för fetmaepidemi. Idag är nästan var tredje kvinna och varannan man överviktig och enligt WHO är fetma bland barn en av vår tids största folkhälsoutmaningar. Förekomsten av övervikt och fetma bland barn har ökat lavinartat de senaste 30 åren. 2011 beräknades över 42 miljoner barn under fem år vara överviktiga i världen. (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2002, s. 7, 9, 15)

Sveriges utbredning av fetma är likvärdig med den i Frankrike; en så kallad mellanklass. I Grekland, Finland, Storbritannien och i det före detta Östeuropa är fetma ett större problem. (Lissau, Overpeck et al 2004) I Kina och Brasilien sker ökningen av fetma i snabbt takt, vilket troligtvis bottnar i att man har gått till en modern levnadsstandard från mer rörelse och en begränsad tillgång på föda (Rigby, Kumanyika et al 2004).

I takt med att fetmaepidemin ökar i Sverige ökar sjukvårdskostnaderna för behandling av individer som lider av denna folksjukdom. Då fetma som redan har uppkommit är svårbehandlad och resulterar i dyr sjukvård, föreligger ett behov av att hitta effektiva, förebyggande åtgärder. Det behövs utökade resurser inom primärvården för att bryta den uppgående trenden med en allt större del av befolkningen som drabbas av fetma och övervikt. (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2004, s. 25) BMI har visats sig ha ett starkt samband med kostnader för sjukvård och utslagning från arbetsmarknaden (WHO 2000). 3,5 %, eller 20 miljarder kronor av Sveriges sjukdomskostnader står sjukdomar relaterade till övervikt för. (Marcus 2011, s. 1).

Eftersom fetma och övervikt är en folksjukdom som är multifaktoriell måste åtgärder vidtas på flera olika samhällsnivåer med olika tillvägagångssätt. Ökad inaktivitet, försämrade kostvanor och socioekonomiska förhållanden har ett starkt samband med ökningen av övervikt. (Statens beredning för medicinsk utvärdering, s. 8)

Det är ofta försent att införa insatser när en individ redan har drabbats av fetma (Flodmark, Hernell & Perlhagen 2007, s.140). Det är därför förebyggande åtgärder bör etableras. Åtgärder bör i första hand riktas till barn då det är de som behöver råd till att leva en hälsosam livsstil för att undvika eventuell viktuppgång. I hopp om att få en inblick i det rådande arbetet med bekämpning av fetma och övervikt vill jag belysa detta ämnesområde.

### **Definition av övervikt och fetma**

Övervikt och fetma särskiljs vanligtvis inom forskningen. Att en individ väger för mycket är en generell definition på fetma och övervikt. Övervikt är ett förstadie till fetma. För att beräkna övervikt och fetma används vanligtvis BMI (Body Mass Index). För att beräkna BMI divideras vikten i kilo med längden i meter och sen divideras svaret en gång till med längden. För vuxna är gränsen för övervikt är 25 och för fetma 30. Normalkurvor för barn som är olika utformade för pojkar och flickor, används inom skolhälsovården. Utifrån dessa kan man se om ett barn ligger i farozonen. (Flodmark & Nowicka 2006, s. 14-15)

För att ta reda på om ett barn har övervikt eller fetma används iso-BMI vilket beräknas på samma sätt som BMI. För fetma används iso-BMI 30 och för övervikt iso-BMI 25 som är det svenska begreppet. Viktklassificering för barn är beroende av ålder och kön. Se bilaga 3. (Cole et al 2000)

### **Fettväv och övervikt**

En viss mängd fettväv i kroppen är nödvändig för att kunna överleva. Fettväven är bland annat nödvändig för att lagra energi, isolering och för hormonproduktion. När däremot fettmassan ökar långt utöver det normala leder detta till en rad hälsoproblem. Både sjukdomen fetma och alla de följsjukdomar som övervikten kan orsaka, är var för sig ett allvarligt hot mot både individen själv och mot samhället. (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2002, s. 7)

### **Hälsorisker**

Det finns belegg för att övervikt och fetma leder till ett antal hälsorisker. Bland annat visade en studie i USA att fetma under tonåren ökar risken att drabbas av artrit för kvinnor och män får en ökad risk att drabbas av tjocktarmcancer. Studien påvisade även en ökad dödlighet i hjärt – och kärlsjukdomar (Must, Jacques et al 1992, s 33). Vidare har Flodmark och Nowicka visat att barn får begränsad rörelseförmåga vilket hindrar från rörelse och lek. Barn som lider av fetma löper också en ökad risk att drabbas av mag-tarmproblem, diabetes, artrit, högt blodtryck tjocktarmscancer och hjärt -och kärlsjukdomar. (Flodmark & Nowicka 2006, s. 37)

### **Behandling**

Ett flertal olika behandlingsformer används bland barn och ungdomar som lider av fetma. Kost, motion, kirurgi och läkemedel är de mest förekommande. Då en begränsad effekt påvisats bör en kombination av dessa användas likväl som att behandlingen bör pågå under en längre tid. Nya behandlingsformer som utgår från kost och motion krävs. Eftersom fetma påverkas av gener krävs i många fall en livslång behandling. (Flodmark & Nowicka 2006, s. 13)

### **Föräldrar, förskolans och skolans roll**

Inom förskolan och skolan bör fysisk aktivitet vara en naturlig del i verksamheten, vilket möjliggörs av en stimulerande utomhusmiljö. Skolgårdar och förskolemiljöer ska inspirera till fysisk aktivitet. Vidare bör försäljning av godis, läsk etc. inte göras i anslutning till skolområdet. (Flodmark & Nowicka 2006, s. 53)

Utanför skolan är det föräldrarnas ansvar att se till att barnet endast är stillasittande begränsad tid under dygnet eftersom till exempel TV-tittande har ett starkt samband med övervikt. Det

är även föräldrars roll att barnet får i sig näringstät kost. (Flodmark, Hernell & Perlhagen 2007, s.140)

### **Varför prevention bör riktas mot barn**

När ett barn har drabbats av fetma och behandling sätts in har det ofta gått för långt. Detta barn kommer att få hjälp att stabilisera vikten och uppmuntras till en bättre livsstil, men vikten kommer oftast vara ett faktum, som han/hon kommer att få leva med resten av livet. Ett barn som inte får hjälp innan sex till sju års ålder kommer oftast att tvingas kämpa mot övervikt. En allt större del av sjukvårdskostnaderna går till behandling av fetma. Det är här krafttag bör tas och då är prevention enda realistiska lösningen på problemet. (Ibid.)

### **Högriskgrupp**

Eftersom övervikt grundläggs vid tidig ålder är det av stor vikt att mammor under graviditeten informeras av Mödrahälsovården om kost, motion och amning. Om kvinnan är överviktig ett år efter graviditeten samt innan och efter förlossningen är risken för att barnet ska drabbas av övervikt stor. (Ibid.)

### **Sjukvårdskostnader**

Sjukvårdskostnader relaterade till komplikationer till följd av fetma och övervikt står för 3,5 procent av de totala sjukvårdskostnaderna i Sverige, vilket motsvarar 20 miljarder kronor (Persson & Ödegaard 2011, s. 43).

## **1.3 Forskningsläge**

År 2007 gick forskare ut med att de hittat en gen som är starkt förknippad med övervikt och fetma. Två stycken av denna gen finns hos var sjätte individ i Europa och dessa väger generellt tre kilo mer än normalviktiga. Detta forskningsfynd upptäcktes då typ-2-diabetespatienters gener studerades. Dessa gener påverkade övervikt och fetma, vilket i sin tur medför en ökad risk att drabbas av typ-2-diabetes. Det blev även känt att individer som från båda föräldrar har ärvt den så kallade FTO-genen har 67 procents större risk att drabbas av fetma. (Frayling et al 2007) Denna upptäckt var väldigt viktig utifrån forskningssynpunkt och kommer säkerligen leda till att forskningen går framåt och att nya behandlingsformer och mediciner kan tas fram, likväl som att man i framtiden även kommer fram till vad denna gen har för funktion i kroppen.

Ovan beskrivna studie styrktes 2010 då forskare påträffade 32 gener som förknippas med övervikt och fetma. Beroende på antalet genvarianter en individ har resulterar i olika grad av fetma. (Speliotes et al 2010) Denna forskning är ett viktigt steg i utvecklingen mot effektiva behandlingsmetoder samt förebyggande åtgärder. När det blivit känt att alla har olika förutsättningar att behålla normalvikt kanske förebyggande och behandlande åtgärder kan utformas utifrån varje individs genetiska förutsättningar, för att på så sätt effektivisera sjukvården.

WHO gick år 2000 ut med att infektionssjukdomar och undernäring som länge varit den största orsaken till ohälsa håller på att ersättas av fetma och övervikt (WHO 2000). Detta är ett alarmerande resultat vilket bör tas på största allvar. Forskning och kunskap som de ledande läkarna inom detta område besitter bör tas tillvara och en handlingsplan som bygger på ett samarbete mellan ett flertal länder bör tas fram.

Trots att de flesta studier visar att fetma och övervikt ständigt ökar verkar ökningen i Sverige minska i början av 2000-talet. (WHO 2000) Detta är en väldigt positiv nyhet, men det betyder dock inte att det inte längre krävs resurser för att motverka fetma och övervikt.

Utifrån en amerikansk studie har det konstaterats att prognosen för barn med övervikt ser dystert ut. Av de barn som är överviktiga i sex till sju års ålder är 80 procent även överviktiga i tonåren. Ett BMI på 45 vid 20 års ålder minskar livslängden med åtta år för kvinnor och tretton år för män. (Flodmark, Hernell & Perlhagen 2007, s. 1) Ett flertal studier har utifrån en Cochrane-översikt visat korttidseffekter men det är osäkert om effekterna kvarstår (Waters et al 2005). Det om något visar återigen att förebyggande åtgärder är den enda realistiska lösningen på problemet.

Att föräldrars medverkan vid sidan av beteendeterapi, kognitiv beteendeterapi och en specifik samtalsmetod är avgörande, har de studier som har haft långtidseffekter visat. Även familjeterapi har visat vikten av familjens engagemang och psykologisk samtalsmetod. (Flodmark, Hernell & Perlhagen 2007, s. 1) Utifrån detta resultat tycks det föreligga behov av att utveckla en terapiform för barn som lider av fetma och övervikt, framför utveckling av medicinering. Om inte så visar det att det finns flera sätt att angripa problemet – detta möjliggör individanpassning av förebyggande och behandlande åtgärder för att uppnå bästa resultat.



En pilotstudie har gjorts på huruvida Social Cognitive Theory-intervention för barn kan förebygga barnfetma. Elever i årskurs fem och deras föräldrar iaktogs hur deras beteende påverkades av fysisk aktivitet, TV-tittande och matvanor. Studien resulterade i rekommendationer i form av program för att minska fetmaantalet vilket kan användas i grundskolan. (Canavera et al 2008-2009, s. 57-65)

En evidensbaserad studie om utvecklingen av ett program för fetmaprevention för barn i åldern fyra till sex har gjorts. Programmet byggde på två huvudsakliga beteenden, fysisk aktivitet, stillasittande, kost, normala rekommendationer, tillvägagångssätt och så vidare, Granskningen visade den offentliga sektorns roll inom förebyggandet av fetma genom faktorer som skapar en bra miljö för barn. Den styrkte även det faktum att barnfetma inte endast är en fråga för utbildningssektorn. Istället krävs ett multifaktoriellt förhållningssätt och identifiering av regeringens, lokala myndigheters, organisationers och medias roll.

(Summerbell et al 2011) En intervention för att förebygga barnfetma gjordes för att uppdatera den tidigare Cochrane studien. Resultatet visade hälsosamma effekter som barnfetmaprogram hade på BMI hos barn mellan sex och tolv års ålder. Fysisk aktivitet, näringsrik kost, uppmuntran till att äta hälsosammare, ökad aktivitetsnivå och minskat stillasittande var faktorer som hade en viktig roll i det preventiva arbetet. (Waters et al 2011). Dessa tre studier visar att allt fler studier görs inom det relativt outforskade området prevention mot barnfetma.

#### **1.4 Pågående forskning**

Karolinska institutet driver Primroseprojektet (Karolinska institutet 2012) som är en pågående studie som utifrån en interventionsmanual bygger på näringslära, motiverande samtal och inlärningspsykologi. Barnvårdscentraler informerar småbarnsföräldrar med barn från nio till tio månaders ålder, om kost- och rörelsevanor. Genom att diskutera konsekvenser av beteenden likväl som att stärka bra kost- och rörelsevanor, hjälper sjuksköterskor till att utveckla hälsosamma beteenden. Studien har formats för att i framtiden utifrån evidensbaserade preventiva insatser, minska de sjukvårds- och socialförsäkringskostnader som barnfetma idag medför. Eftersom studier har visat att vanor grundläggs i ett tidigt skede bör förebyggande åtgärder riktas mot små barn. Projektet kommer att utvärderas i barnhälsovårdsorganisationen inom landstingen i Örebro, Sörmland, Stockholm, Uppsala, Västmanland och Västernorrland. (Ibid.)

Early STOPP är ytterligare en oavslutad studie som stödjer föräldrar till att i ett tidigt skede skapa goda vanor om kost och fysisk aktivitet för att minska uppkomsten av övervikt och fetma hos förskolebarn. Studien drivs av Claude Marcus, i samarbete med barnhälsovårdscentraler. (<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=40760&l=sv> 2012) Dessa två studier tyder på att utvecklingen av preventivt arbete mot barnfetma går åt rätt håll. Resultaten som kommer presenteras efter att dessa studier har avslutats kommer förhoppningsvis leda till nya upptäckter om hur förebyggande åtgärder och nya behandlingsmetoder bör utformas.

En annan pågående studie handlar även den om att etablera goda kostvanor hos mammor med barn som är tolv till 36 månader. Interventionen bygger på åtta samtal i hemmet och fyra telefonsamtal som fokuserar på grönsaker, frukt, sockerintag och beteenden under föräldraledigheten. Syftet med studien är att interventionen ska hjälpa småbarn att etablera goda kostvanor för att förbättra det allmänna hälsotillståndet likväl som att förebygga fetma. (Baker et al 2011, s. 2-7)

Långsiktiga effekter av ett viktningsprogram för barn med fetma samt påverkan av genetiska arvsanlag granskas i en pågående studie. Studien bygger på en intervention med fokus på kost, fysisk aktivitet och beteendeterapi. Förutom att studera, kort- och långsiktiga effekter av ett viktningsprogram, kommer studien bidra till en ökad förståelse av individuella skillnader i reglering av vikt, med hänsyn till genetiska arvsanlag och livsstilsfaktorer. (Rank et al 2012)

## **1.5 Syfte och frågeställningar**

I takt med att fetmaepidemin ökar i Sverige ökar sjukvårdskostnaderna för behandling av individer som lider av denna folksjukdom. Åtgärder i form av stöd till en hälsosam livsstil för barn kan minska risken att fler drabbas. Ökad kunskap inom barns överviktproblematik såväl som väl utformade förebyggande och behandlande åtgärder krävs för att minska sjukantalet. Trots att riktlinjer och en handlingsplan för goda matvanor och fysisk aktivitet har tagits fram på regeringens uppdrag, har inga märkbara resultat synliggjorts. Syftet med föreliggande studie var därför att klargöra hur förebyggande och behandlande åtgärder tillämpas idag, och hur dem kan utvecklas för att såväl uppnå bättre resultat som att minska sjukvårdskostnaderna.

## Frågeställningar

- Vilka faktorer anser informanterna är orsaken till att barnfetma ökar i Sverige?
- På vilket sätt tillämpas förebyggande och behandlande åtgärder mot barnfetma?
- Hur kan sjukvårdens förebyggande och behandlande åtgärder inom barnfetma utvecklas för att uppnå bättre resultat i framtiden?

### **1.6 Teoretisk utgångspunkt**

Social Cognitive Theory är en av de mest framträdande teorierna inom hälsofrämjande arbete eftersom den belyser både de underliggande faktorerna bakom välbefinnande och metoder för att främja förändring (Naidoo & Wills 2007, s. 51). Denna studie kommer att utgå ifrån denna teoretiska utgångspunkt som har utvecklats ur Social learning theory (Bandura 1977).

Teorin bygger på samspelet mellan individen och dess omgivning, och utgår ifrån att beteenden kan vara mer eller mindre fördelaktiga. Ett exempel på det är att det är enklare att vara rökare på en arbetsplats där det inte är rökförbud. Att istället vara rökare på en arbetsplats som har infört rökförbud är omvänt mer omständigt och effekten blir vanligtvis att personalen minskar sitt rökande. Arbetsplatsen kan därmed ses som en stödjande miljö för att personalen ska sluta med sin ovana.

Teorin poängterar att samspelet mellan en individ och dess miljö är komplex. I en miljö där de flesta är icke rökare och där de flesta visar ett tydligt missnöje mot rökning, är det svårt att höra till en minoritet rökare trots att inget rökförbud föreligger. Rökarna uppmuntras därmed att förändra deras beteende. Genom socialt inflytande har ickerökarna påverkat rökarna. (Nutbeam & Harris 1999, s. 30)

Bandura menade att det även finns tre kognitiva faktorer som påverkar samspelet mellan beteende och miljö. Den första handlar om förmågan att lära utifrån att observera andras beteende och den belöning som ett visst beteende leder till, så kallad observationsinläring. Till exempel kan unga kvinnor anse att rökning hos personer som de ser upp till som attraktivt. Om de bedömer de belöningar som de associerar med rökning som attraktiva, eller som en önskvärd självbild är risken större att de själva blir rökare i framtiden. De har alltså fått positiva erfarenheter av rökning. (Nutbeam & Harris 1999, s. 30-31)

Den andra faktorn handlar om kapacitet att kunna förutse värdet av resultatet av olika beteendemönster. Om du till exempel tror att rökning hjälper dig att tappa vikt och värdesätter en viktninskning högre än att sluta röka är risken större att du fortsätter att röka. Denna förståelse betonar vikten av att kunna förstå personliga tankar, och att motivation kan förklara olika beteenden. Det handlar även om vikten av att kunna förstå kortsiktiga och påtagliga fördelar eller negativa effekter av beteenden. Exempelvis har unga människor generellt sämre förhållningsätt när det gäller kortvariga effekter av rökning, jämfört med långsiktigt hot mot hälsan såsom cancer.

Den tredje faktorn betonar vikten av att en individ tror sig själv klara av att utföra en beteendeförändring. Självförtroende anses vara den mest avgörande faktorn för beteendeförändring och påverkar hur mycket vilja en individ har till att förändra och vad resultatet blir. Bandura menade att observationslärande och lärande genom att delta leder till utvecklad kunskap och färdigheter som är nödvändiga för att kunna genomgå en förändring. Dessa är viktiga i arbetet med att förbättra självförtroende och självkänsla. Liksom i samspelet mellan beteende och miljö är samspelet mellan personlighet, beteende och miljö ömsesidigt och dynamiskt. (Nutbeam and Harris 1999, s. 31)

Denna teoretiska utgångspunkt valdes då den ansågs lämpa sig bra för att studera förebyggande och behandlande arbete där beteendeförändringar ingår. Vid arbete med barn bär den stödjande omgivningen och individer i barnets närhet ett stort ansvar. Likaså handlar det om att barnet själv ska vara motiverad till att genomföra en beteendeförändring då det aldrig går att tvinga ett barn till något.

## **2 Metod**

### **2.1 Genomförande**

Först kontaktades fem informanter inom yrkesgrupperna läkare, dietist, sjuksköterska och sjukgymnast som arbetade i Stockholm, Malmö och Uppsala. Bekvämlighetsurval (Hassmén & Hassmén 2008, s. 94, 98) användes då det var svårt att hitta någon som hade möjlighet, eller lämpade sig för att medverka i studien. Därför kunde inte någon annan urvalsmetod användas eftersom det inte var möjligt att på förhand bestämma informanter innan första

kontakt. Då *Grounded theory* användes var antalet intervjuer inte förbestämt. Istället avslutades intervjuprocessen då ett entydigt resultat erhöles. (Ibid., s. 326)

Vissa intervjuer skedde på telefon då informanterna var spridda i landet. Intervjuerna spelades in på diktafon och anteckningar fördes vid sidan för att förtydliga vissa delar. Efter det skedde transkribering innan analysen tog vid. Analysen utgick från en induktiv metod (Hassmén & Hassmén 2008, s. 70) då kategorierna inte från början var förbestämde utan fastställdes utifrån informanternas svar på intervjufrågorna. Informanternas svar utformade ett antal olika kategorier som sedan de olika svaren delades in utefter. Svaren som tolkades utifrån innehållsanalys (Hassmén & Hassmén 2008, s. 323) formade olika kategorier som resultatet sedan formades efter. Metoden valdes då syftet med studien inte var att kvantitativt kartlägga hur det ser ut i landet idag. Syftet var att ta reda på hur sjukvården tillämpar förebyggande och behandlande åtgärder mot barnfetma. Vidare hur kan förebyggande och behandlande åtgärder inom barnfetma utvecklas för att uppnå bättre resultat i framtiden?

## **2.2 Urval**

Mitt urval gjordes utifrån vilka som hade möjlighet att efter telefonkontakt medverka på en intervju av de läkare, dietister, sjuksköterskor och sjukgymnaster som arbetade på BVC-centraler, vårdcentraler och sjukhus runt om i Sverige. Således till viss del ett bekvämlighetsurval. Med tanke på att bekvämlighetsurval användes skulle studiens pålitlighet troligtvis ha varit större ifall ett annat urval hade använts.

## **2.3 Pålitlighet**

### **Trovärdighet**

Tolkningen som gjordes av informanterna stämmer överens med verkligheten då det lades stor vikt vid att behandla alla svar på ett likvärdigt sätt. Detta för att undvika att gå miste om väsentlig information likväl som att låta den personliga åsikten påverka resultatet. Att intervjumaterialet varierade i omfattning på grund av tidsaspekten och möjlighet att delge information försvårade givetvis möjligheten att undvika att lägga en personlig värdering. Då informanterna tillhörde olika yrkeskategorier och var spridda över landet blev det svårt att få en helhetsuppfattning. Därför var det viktigt att behandla alla på samma sätt och ställa samma frågor bortsett från vissa följdfrågor.

## **Överförbarhet**

Resultatet i studien överensstämmer med verkligheten. Om samma informanter skulle intervjuas av någon annan skulle troligtvis ett annat resultat presenteras, eftersom det finns många sätt att tolka informanternas svar på. Dock är nackdelen med intervjustudier att resultatet bestäms av informanterna, därmed kan resultatet mellan två studier med samma frågeställningar skilja. Under studiens fortgång har det blivit tydligt att arbetet med barnfetma skiljer sig mycket i landet och därför skulle sannolikt resultatet ha blivit annorlunda ifall andra informanter hade blivit utvalda.

### ***2.4 Etiska aspekter***

Då studien behandlade frågeställningar riktade till sjukvården utformades intervjumallen med hänsyn till sekretesslagen. Frågorna var i störst utsträckning generella. I vissa fall gavs exempel utifrån specifika fall men inga namn användes. Ingen informant nämns vid namn i diskussions- eller resultatdel.

## **3 Resultat**

### ***3.1 Resultatdisposition***

Nedan kommer resultaten från intervjuerna att presenteras. Resultatet presenteras i form av löpande text varvat med informanternas citat. Frågeställningar är huvudrubriker i resultatdelen och kommer att besvaras en efter en.

### ***3.2 På vilket sätt tillämpar sjukvården förebyggande och behandlande åtgärder mot barnfetma?***

De förebyggande och behandlande åtgärderna visade sig skilja mellan de olika aktörerna. Nedan följer en beskrivning av dessa aktörers arbetssätt. Förebyggande åtgärder användes på den Barnavårdscentral som kontaktades. Resterande informanter använde behandlande åtgärder.

#### **Informant 1**

En informant berättade att behandlingen utförs genom att fokusera på en beteendeförändring i taget. En psykolog gör en utredning för att se vad barnet klarar av och vad som kan göras i ett

första steg. Därefter får barnet ett arbetsblad där kryss sätts för de dagar barnet har lyckats att exempelvis äta frukost. Detta kommer snart att ersättas av en mobilapplikation för att underlätta hanteringen. Informanten poängterar vikten av att arbeta med belöningar när det handlar om barn, men det är viktigt att mat inte förknippas med belöning.

Informanten framhöll att det handlar om en mognadsfråga när det berör barn. Några kan tänka långsiktigt och förstå konsekvenser av ett dåligt förhållningssätt till kost idag, andra har en hög aptit och har svårt att själva bestämma hur mycket de ska äta. Han/hon framhöll sig vidare att det alltid är föräldrarnas ansvar att sätta gränser. Det är viktigt att familjen har en bra attityd och aktivt arbetar med stegvisa, långsiktiga förändringar. Det är som patient viktigt att lita på sin egen förmåga och försöka få bort känslor av skuld och skam. Förändringsprocessen försvåras av låg självkänsla och destruktivt beteende.

## **Informant 2**

En annan informant förklarade att behandlingen sker i ett team som består av två sjuksköterskor, två dietister, en psykolog, en läkare, en administrativ assistent och en Marte Meo terapeut. En Marte Meo terapeut arbetar utifrån till exempel en förskola eller ett spädbarn för att stärka föräldrarollen med anknytning till barnet, genom att videofilma föräldrars hantering av sitt barn. Detta team använder sig av Bioimpedansmätning och Bod Pod för att mäta kroppssammansättning. Unikt för denna klinik är att de har tillgång till laser för att mäta bukhöjd. Denna klinik använder sig av en handbok; *Vad kan jag göra – information om övervikt och fetma hos barn och ungdomar* (Barnöverviktenheten Region Skåne i samarbete med Region Skånes Folkhälsoenhet 2011) som delas ut till familjer. De träffar barn som är mellan fem och arton år men det händer även att de kommer i kontakt med yngre barn. De träffar barnen under två år, som tätast var tredje till var femte månad. Det blir maximalt sex till åtta besök per år. Det är familjen som avgör hur ofta de träffas. De arbetar aldrig med mer än en eller två förändringar i taget. Uppföljningen avslutas när de klarar sig på egen hand. Barnen skickas vidare till en vuxenhet efter arton års ålder ifall familjen ber om det.

Behandlingen utgår från forskning för stärkta familjefunktioner utifrån SOFT (Standardiserad Obesitas Familjeterapi)-modellen. Det är en modell med vetenskaplig grund som visat sig vara bra för välbefinnandet och vikten. SOFT utgår från lösningsfokuserad familjeterapi. Barnets omgivning, likväl som barnets och familjens egna resurser är avgörande för resultatet.

Tidigare trodde man att resultatet avgjordes hur ofta teamet träffade patienten, men utifrån filmning uppmärksammades att det gav bättre resultat att träffa patienten mer sällan. Meningen är att det ska vara föräldrarna som utför arbetet och teamet ska fungera som coacher och ett slags bollplank.

### **Informant 3**

Behandlingen på en annan klinik sker även där i ett team och alla fyra personer i teamet är alltid närvarande vid möten med familjen. Första mötet med patienten sker under en timme, både enskilt och med familjen samlad. Innan mötet skickas ett anamnesformulär ut som ska fyllas i av familjen. Kliniken använder sig av årsuppföljning med fyra till åtta besök per år. De använder sig nu av individanpassning, och planerar att börja med gruppbehandling var sjätte vecka för att effektivisera behandlingen. De träffar barn som är mellan ett och arton år. Ytterligare en klinik arbetade med behandlande åtgärder. Där tas barn från ett års ålder emot ifall de befinner sig i en riskgrupp, det vill säga har föräldrar som är överviktiga. De träffar barnet fyra gånger under det första året till dess att barnet fyller två år. Familjerna blir då coachade om kost, sömn och fysisk aktivitet. Från två till sex års ålder träffar familjen läkare två gånger per år. De försöker utifrån mötet med familjerna motivera föräldrarna och försöka hitta brister i familjen, samt styrka det som fungerar bra.

### **Informant 4**

På en klinik får varje familj sin skraddarsydda behandling utifrån miljö, skola, nätverk, var de bor, handikapp och så vidare. Man hade även kontakt med sjuksystrar på skolor, kontaktfamiljer, BUP samt behandlingshem som vissa patienter bor på.

Teamet försöker se om förändringar kan göras i patientens miljö. Barnets tidigare erfarenheter är i stor utsträckning avgörande, eftersom det exempelvis kan vara svårt att börja träna om man tidigare har misslyckats med att börja. Det är vanligt att dessa familjer har brister i deras vardagliga planering, vilket ofta resulterar i att barnen får äta det som för stunden råkar finnas hemma.

Denna informant underströk också att det aldrig är barnets ansvar, utan behandlingen bygger på påminnelser från föräldrarna som fungerar som stöttepelare under förändringsprocessen. Om inte barnet tänker på att övervikten kan få allvarliga konsekvenser i framtiden är det svårt. Det är inte förrän barnet inser att det till exempel är jobbigt att visa sig i vissa miljöer som



tändningar och möjlighet till förändring uppstår. Om föräldrarna inte klarar av att bära ansvaret själva skickas ärendet vidare till skolan och socialen.

### **Informant 5**

Inom Barnvårdscentralen sker förebyggande åtgärder mot barnfetma. En patient som ligger i riskzonen på grund av att BMI ligger på fetma eller att de har överviktiga föräldrar, skickas till en barnläkare. En barnläkare har möjlighet att till exempel utesluta att det är fel på köldkörteln eller andra sjukdomstillstånd. Sedan är det BVC:s ansvar att samtala och kontrollera vikt var tredje månad. Familjerna får stöd så länge de önskar fram tills barnet är sex år, då ansvaret lämnas över till en sjuksyster. Ett formulär som föräldrarna fyller i som handlar om levnadsvanor fungerar som utgångspunkt för individanpassning av de förebyggande åtgärderna.

Barnvårdscentralen (BVC) har treårskontroll med kost- och rörelsesamtal. Några veckor innan treårskontrollen skickas ett formulär till familjen. Formuläret används inom Stockholms landsting och består av frågor om kostvanor, aptit, sötsaker, stillasittande, transportmedel till förskola och så vidare. Ett samtal hålls utifrån vad föräldrarna har svarat i formuläret.

BVC träffar föräldrarna första gången under ett hembesök innan förlossningen. Då diskuteras vikten av att äta bra kost, med fokus på mammans intag i förhållande till det som sen blir bröstmjölks. Efter förlossningen introduceras smakportioner och sen blir mamman informerad om hur amningen avvecklas.

Vid BVC utgår man vid det första mötet från ett formulär för att se hur situationen ser ut idag, hur föräldrarna ser på det och vad de själva vill ska ändras. Familjerna stöttas via Motiverande samtal men det bygger på att de själva är beredda att genomföra en förändring. Om barnet ligger på fetma utifrån BMI eller om föräldrarna uppger att de är noga med allting utan märkbar förändring, skickas en remiss till en barnläkarmottagning.

BVC utgår ifrån miljön genom att samarbeta med förskolan när det till exempel gäller ett barn som har god aptit och brukar bli tillåten att äta flera portioner. Det är då viktigt att föräldrarna pratar med förskolan och informerar de om riktlinjerna som i detta fall är att barnet endast får äta en portion per måltid. Ibland har sjuksköterskorna en dialog direkt med förskolan för att vägleda.

### **3.3 Vilka faktorer anser informanterna är orsaken till att barnfetma ökar i Sverige?**

En informant beskrev att anledningen till att barnfetma fortsätter att öka beror på att det för många är svårt att integrera rörelse i vardagen samtidigt som det finns för stora förpackningar av mat och godis. Det handlar även om att många lider av sömnbrist och har en stressig vardag vilket i många fall leder till att föräldrar inte har någon ork att sätta gränser. Det har förändrats mycket i samhället över en tid.

En annan informant beskrev att detta problem är multifaktoriellt, vilket innebär att det finns många faktorer som spelar in när det gäller fetma och övervikt. Arv och miljö, eller genetik och västerländsk livsstil som en annan informant uttryckte det, är faktorer som i stor utsträckning är avgörande för om ett barn kommer att utveckla fetma eller ej. Alla har olika förutsättningar. Ungefär tio procent har gener för att bli smala. Andra har väldigt lätt för att gå upp i vikt. Dessa har troligtvis inte förutsättningar för ett ökat intag av energität kost och begränsad mängd fysisk aktivitet. Förenklat handlar det om ett större energiintag jämfört med energiutgift. Informanterna var eniga om att ett stort problem i dagens samhälle är att alla har tillgång till energität mat dygnet runt, och rör sig för lite.

En informant från en av landets Barnavårdscentraler menade att det i stor utsträckning handlar om okunskap när det gäller det primära för barn. Denna informant poängterade även att livsmedel innehåller mycket socker, samtidigt som föräldrar som försöker få ihop vardagspusslet i många fall använder maten som en tröst.

”Om du tittar på stan på barn eller på mammor och pappor med barn i barnvagn som är, vi säger 1,5 och 2 år och uppåt. Titta hur många gånger som barnen inte har nånting ätbart i handen. Det är liksom helt... jag tror att vi vet inte riktigt hur vi ska göra barnen till... nöjda, belåtna barn utan att ge de nånting att äta.”

Denna informant menade att det är stöd i föräldraskapet från grunden, som är en av de viktigaste delarna som resurser bör läggas på. Ett stort ätbeteende bottnar även i hur ett barn uppfostrats redan som nyfödd;

”Barnet kan ju skrika även fast det inte är hungrigt men det är så lätt om man inte kan tolka sitt barn att man lägger barnet till bröstet istället så fort det piper. Det kanske bara är att barnet inte vill ligga själv, det kanske bara vill bli buret en stund, byta plats eller nånting. Men det är bröstet direkt... och att inte kunna neka de bröstet, utan man har en lång... amma, amma... och det är också en del i ätbeteendet – eller hur.”

### ***3.4 Hur kan sjukvårdens förebyggande och behandlande åtgärder inom barnfetma utvecklas för att uppnå bättre resultat i framtiden?***

För att förhindra att barnfetma i framtiden utvecklas, var informanterna eniga om att det är viktigt att skapa en miljö som främjar fysisk aktivitet. Samtidigt är det av stor vikt att involvera hela familjen då studier som visar att när man ser familjen som en helhet har fått goda resultat, så troligtvis kommer det att implementeras att man börjar med samtal redan från början; att samtal hålls utifrån hela familjens hälsa.

De flesta informanter var eniga om att studier som visar vad som är effektivast, är starkt efterfrågade, så att arbetet inte sker i fel riktning. En informant poängterade att det finns ett behov av evidensbaserade studier likväl som att det är viktigt att behandla evidensbaserat vid övervikt och grav fetma. Studier bör inriktas på preventivt arbete och man bör titta på hur interventioner bör vara utformade; hur länge dem bör pågå, likväl som vilka komponenter som är bra. Även coachning och forskning bör utvecklas. En informant förklarade att utökade resurser skulle möjliggöra utbildning av andra aktörer som då får ägna sig åt primär eller sekundärprevention.

En informant menade att politiska åtgärder krävs såsom skatter på fett och socker, vilket idag tillämpas i Danmark. Familjeviktsskola skulle även med fördel utvecklas eftersom goda matvanor lägger grunden till ett barns matvanor resten av livet. Intervjuerna visade även att det är viktigt att göra fysisk aktivitet mer lättillgängligt och skapa en miljö som främjar fysisk aktivitet. Idrottsfritids utan krav att testa på alla aktiviteter bör etableras samtidigt som skolgårdar bör förbättras. Utbudet av godis och läsk bör ersättas av bra mellanmålsalternativ. Bättre val bör vara billigare för att det för föräldrar ska bli lättare att göra medvetna val.

En informant ansåg att det föreligger ett behov av att ändra sjuksköterskors och läkares attityd så att övervikt blir mindre laddat och fördomsfullt. Det finns ett behov av att denna patientgrupp tas på allvar och fångas upp i ett tidigare skede. Det bör bli lättare att få hjälp i ett tidigare skede innan en individ utvecklar sin övervikt till fetma. Det finns även ett behov av att hitta bra verktyg och metoder, främst för barn före skolåldern. Ytterligare en hållhake är att de förebyggande och behandlande åtgärderna skiljer i landet.

En informant förklarade att hon/han ville att resurser skulle läggas på att undervisa och sprida kunskap till bland annat sjuksköterskor inom primärvården. Hon/han hoppades att man inom Barnavårdcentralen skulle kunna coacha riskgrupper såsom barn vars föräldrar är överviktiga. Det föreligger även ett behov av att nyanställa på BVC för att täcka behovet av coaching. Arbetet bör individanpassas och det är viktigt att man förstår att det är ett allvarligt problem som man måste göra något åt för att undvika i framtiden.

Motiverande samtal användes av majoriteten av informanterna. På BVC fungerade metoden väldigt bra eftersom det får föräldrarna att känna att de själv vill förändra något. Kontinuerlig fortbildning inom metoden var efterfrågad. Stockholms läns landsting för statistik på hur många som får kost och rörelsesamtal och det kan vara bra för BVC att få ta del av den statistiken för att utvärdera deras arbete.

### ***3.5 Teoretisk utgångspunkt***

Minoriteten av informanterna hade en teoretisk utgångspunkt som genomsyrade deras arbete. En informant arbetade evidensbaserat utifrån SOFT-modellen. Denna informant förklarade att hon/han jobbar som behandlare, och inte som dietist under mötet med patienten. Istället för att ha en expertroll sker arbetet mer indirekt och teoretiskt. En annan informant beskrev att deras arbete är baserat på strukturell familje- och lösningsfokuserad terapi.

Motiverande samtal används av majoriteten av informanterna, vilket är individanpassat och går under den samhällsteoretiska modellen. Det har visats att det är viktigt att använda sig av en modell när det handlar om beteendeförändring. De försöker se var barnet står i förändringsprocessen och börjar därifrån. Familjen frågas ut om vad de anser är realistiskt så att förändringsprocessen läggs på en lagom hög nivå.

En annan informant berättade att de har ett medicinskt synsätt på beteendeförändring och de använder sig även av Empowerment för att öka en individs egna förmåga. Han/hon beskrev att deras behandling är lösningsbaserad vilket innebär att styrkor lyfts fram för att stärka barnen:

”Vi belyser styrkor och jobbar med förmågor. Varför har barnet övervikt? Vi försöker få barnet att inse vad det beror på. Dålig sömn? Det är multifaktoriellt och evidensbaserat och vi försöker locka fram förändring genom samtalet.”

En informant förklarade vikten av att alltid normalisera och använda sig av positiv förstärkning:

”Vi förutsätter motivation för de som går igenom denna behandling. Motivationen står de själva för, vi kan inte göra mer. Vi övertalar de inte till motivation. Vi ställer frågor – Vad tänkte mamma när ni skulle komma hit till oss? Vi väljer att se undantag som att patienten äter frukost en av sju dagar i veckan.”

De är generösa med beröm och patienten får ange på en skala från ett till tio hur mycket ork hon/han har i olika situationer. Det är viktigt att sätta upp realistiska mål för att undvika att misslyckas.

### **3.6 Svårigheter med dagens arbete**

En informant som arbetade på en av landets överviktkliniker poängterade att deras arbete ofta ger resultat samtidigt som det är ett väldigt svårt och krävande arbete. Det är svårt med barn eftersom de lätt lägger på sig fett. I puberteten måste barnens sug efter mat bromsas för att inte gå upp för mycket i vikt. Det är en uppförsbacke som planar ut efter femton, sexton år. Vid nitton års ålder ställer kroppen istället in sig på att bränna fett och framförallt killar bygger muskler.

”Man slåss alltså med hela biologin och det är svårare med barn jämfört med vuxna. Det är viktigt att familjerna inte tappar hoppet trots små viktförändringar.”

En informant menade att dietdebatten försvårar föräldrars syn på kosthållning då många inte vet vad de ska tro på och vilka näringsrekommendationer som bör följas. På BVC föreligger ett problem med mammor som sitter uppe och ammar fyra till fem gånger varje natt. Detta skulle kunna undvikas ifall de fick undervisning i hur man tar hand om ett barn när det gäller mat. På BVC finns en önskan om att kunna hjälpa föräldrar att prata om matrutiner för att bygga upp ett bra ätbeteende.

En läkare på en klinik förklarade att det inte längre finns resurser för de att åka ut och informera och försöka få igång ett förebyggande arbete inom skola och BVC som de gjort tidigare.

## **4 Sammanfattande diskussion**

I takt med att fetmaepidemin ökar i Sverige ökar sjukvårdskostnaderna för behandling av individer som lider av denna folksjukdom. Åtgärder i form av stöd till en hälsosam livsstil för barn kan minska risken att fler drabbas. Ökad kunskap inom barns överviktproblematik såväl som väl utformade förebyggande och behandlande åtgärder krävs för att minska sjukantalet. Trots att riktlinjer och en handlingsplan för goda matvanor och fysisk aktivitet har tagits fram på regeringens uppdrag, har inga märkbara resultat synliggjorts. Syftet med föreliggande studie var därför att klargöra hur förebyggande och behandlande åtgärder tillämpas idag, och hur dem kan utvecklas för att såväl uppnå bättre resultat som att minska sjukvårdskostnaderna.

Den intervjumetod som valdes för att uppfylla syftet ansågs relevant för studien. Studiens tillvägagångssätt kan dock ifrågasättas då antalet intervjuer var begränsat. En mer omfattande intervjustudie hade utökat möjligheten att se hur variationen av förebyggande och behandlande åtgärder ser ut i landet. Med hänsyn till detta anses resultatet tillförlitligt då olika aktörers arbete på marknaden har granskats, istället för inriktning på en specifik enhet. Utifrån studiens begränsade omfattning och tidsaspekt är resultatet tillförlitligt, men resultatet hade givetvis blivit mer trovärdigt ifall studien hade innefattat fler intervjuer. Bearbetningen av resultatet som genomfördes utifrån innehållsanalys med ett induktivt förhållningssätt, ansågs relevant. Dock kan den induktiva analysen ifrågasättas då kategorierna utformades utifrån hur informanternas svar tolkades. För att kunna göra om studien på ett så likvärdigt sätt som

möjligt skulle ett deduktivt förhållningssätt använts eftersom kategorierna då är förutbestämda.

Resultatet visar att informanterna anser att förebyggande och behandlande åtgärder effektivast sker genom samtal med det behandlande teamet i form av en dietist, psykolog, sjuksköterska, läkare och en familj. Efter att en psykolog har gjort en utredning om vad barnet klarar av i ett första skede arbetar teamet med en till två beteendeförändringar åt gången. Antalet beteendeförändringar som familjen arbetar med åt gången är sedan länge beprövat på de obesitaskliniker som kontaktades. Eftersom det gäller barn ansåg informanterna det viktigt att föräldrarna tar ett stort ansvar då det är de som ska se till att familjen lyckas genomföra en beteendeförändring i hemmiljön. Detta stämmer även överens med *Social Cognitive Theory* som anser att samspelet mellan individen och dess omgivning är komplex, och att barnen genom en stödjande miljö lättare kan genomgå en beteendeförändring. Det är även viktigt att föräldrarna föregår med gott exempel då barnen lär sig genom observationsinläring. (Nutbeam & Harris 1999)

## **Familjen**

Enligt informanterna och *Social Cognitive Theory* (Nutbeam & Harris 1999) bygger behandling av barn med fetma på att familjerna får hjälp med att genomföra beteendeförändringar. Eftersom det inte är en enkel och alltid lyckosam process bör goda vanor bland små barn etableras vid så tidig ålder som möjligt. För att det ska vara möjligt krävs det att föräldrarna har kunskap om vad deras barn behöver, och själva har en hälsosam livsstil. Detta får deltagande familjer vägledning i under studiens gång (<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=40760&l=sv> 2012). Utifrån detta bör resurser läggas på att etablera bra verktyg som kan underlätta för familjerna i denna process. Resurser bör även läggas på utveckling av den information som ges till blivande föräldrar idag. Ju tidigare föräldrar skapar hälsosamma vanor desto mindre är risken att barnet kommer bli överviktig. Därför kan troligtvis sjukvårdskostnaderna dras ned om detta sker på ett korrekt sätt. (Marcus 2011) Redan nu fungerar information om kost, sömn och fysiskt aktivitet relativt bra på Barnavårdcentralerna i Sverige men det krävs ytterligare verktyg (Svantesson et al 2010). Kanske skulle familjerna erbjudas samtal och hembesök även efter att familjerna har fått hjälp med amning och så vidare, för att få vägledning och på så sätt öka chanserna att föräldrarna lyckas genomföra beteendeförändringar.

Eftersom *Social Cognitive Theory* (Nutbeam & Harris 1999) trycker på betydelsen av personers reaktioner på beteenden i omgivningen, är en effektiv metod videoinspelning av föräldrars hantering av sitt barn. Detta användes på en klinik av en Marte Meo terapeut. Detta upplevdes väldigt effektivt då det i annat fall kan vara svårt att upptäcka brister i uppfostran och inlärd vanor. Detta arbetssätt anses enligt informanterna vara väldigt effektivt för undvika att missa viktiga beteenden hos föräldrarna. Det kan som sjuksköterska vara svårt att bilda sig en uppfattning om vad som föräldrarna gör fel utifrån föräldrarnas egna ord. Ofta är kanske anledningen till att föräldrar fortsätter med samma vanor år ut och år in att de själva inte ser vad som är felet.

Informanterna beskrev att det finns ett behov av att se familjen som helhet, i synnerhet när det handlar om små barn. Det är föräldrarna som behöver stöd för att utforma goda vanor som bidrar till att barn får en bra start i livet. Verktyg finns idag, såsom exempelvis "Familjeviktsskola" som idag endast tillämpas i begränsad utsträckning (Flodmark & Nowicka 2006). Enligt *Social Cognitive Theory* (Nutbeam & Harris 1999) skulle denna metod möjliggöra att barnet genom observationsinlärande och genom att delta, får en utökad kunskap och färdigheter som är betydelsefulla för att kunna genomgå en beteendeförändring (Nutbeam & Harris 1999).

### **Individen**

Efter att ha tagit del av de två studierna som presenterades i The Cochrane Library (Frayling et al 2007) och Nature Genetics (Speliote et al 2010) där gener som ger ökad risk för fetma upptäcktes, föreligger ett behov av individanpassad behandling av övervikt och fetma. Behandlande och förebyggande åtgärder skulle kunna rationaliseras ifall en kartläggning av genvariationer hos föräldrar och barn skulle göras, då det skulle möjliggöra att åtgärderna kan anpassas efter patientens individuella fysiologiska förutsättningar. Denna forskning som visar att alla har olika förutsättningar att behålla normalvikt är ett viktigt steg i utvecklingen mot effektiva behandlingsmetoder samt förebyggande åtgärder.

Arbets sättet som användes av informanterna kan utifrån *Social Cognitive Theory* (Nutbeam & Harris 1999) beskrivas som att det handlar om att barnet observerar ett visst beteende och den belöning som det får med sig. Med föräldrars och teamets hjälp kan barnet få hjälp med att till exempel förstå varför barn som äter hälsosam kost inte är överviktiga. Om detta lyckas kan barnet associera detta hälsosamma beteendet som något positivt och en önskvärd självbild. I



den nuvarande behandlingen läggs stor vikt vid belöningar för att barnet ska förknippa behandlingen med något positivt likväl som att få uppmuntran. (Ibid.)

Belöningssystemet kan säkerligen utvecklas för att motivera de barn som brottas med den egna attityden och förmågan att genomgå en beteendeförändring. I många familjer fungerar mat som en form av belöning. Därför bör man i varje familj komma på ett belöningssystem som kan ersätta kosten.

Enligt informanterna försvåras arbetet betydligt av att barn som lider av fetma inte kommer att se en märkbar förändring på sin vikt, eftersom behandling av redan etablerad fetma bland äldre barn handlar om att viktkurvan endast planas ut. Dessa barn som resten av livet kommer att kämpa med sin vikt kommer därmed inte att få en belöning i form av en stor viktnedgång. Detta försvårar givetvis arbetet då det är ett hinder för att kunna fortsätta motivera barnen.

Endast en av de kliniker som kontaktades använde sig av Bioimpedansmätning och Bod Pod för att mäta kroppssammansättning, och laser för att mäta bukhöjd. Trots att dessa mätmetoder är resurskrävande bör de i större utsträckning användas då det kan effektivisera de verktyg som används idag. Likväl som att det är nödvändigt för att patienternas riktlinjer ska kunna utgå från relevanta mätmetoder. För uppföljning är det även viktigt att veta hur mycket en patients fett- respektive muskelmassa har minskat eller ökat för att eventuellt kunna revidera arbetet. Ur individens perspektiv kan det underlätta för barnet att bygga upp ett självförtroende att vilja utföra en beteendeförändring, när barnet får en ökad kunskap om sin egen kropp och dess förutsättningar (Nutbeam & Harris 1999).

Efter Gastric Bypass-operationer sker idag ingen uppföljning eller coachning i form av samtal. Istället förväntas dessa patienter klara sig på egen hand efter föreberedande samtal innan operationen. Inte heller uppföljning av de första ungdomarna som opererades för ungefär fem år sedan har skett. Många av dessa har lyckats gå ned i vikt. Men ungefär en tredjedel har återfått sin fetma genom att försiktigt tänja ut magsäcken. (Flodmark et al 2011) Jag anser att sjukvården har en skyldighet att följa upp dessa ungdomar då majoriteten idag lider av psykiska problem. Det borde gälla alla som någon gång varit i kontakt med sjukvården. Givetvis beror detta på resursbrist, men jag tror att det i vissa fall är lönlöst att göra ett ingrepp ifall inte uppföljning sker. Till exempel tror jag att personer i så låg ålder som femton år inte är mogna att genomföra en Gastric Bypass-operation med tanke på oförmågan

att hantera nya livsstilsvanor och strikt kosthållning. Många vet troligtvis inte vad det innebär och hoppas att endast själva ingreppet ska göra att de uppnår en stor viktminskning. I detta fall har man frångått *Social Cognitive Theory* (Nutbeam & Harris 1999) och därför kan det misslyckas trots massiv behandling med operation.

## **Miljön**

Utifrån studiens teoretiska utgångspunkt *Social Cognitive Theory* skulle hela familjens engagemang bidra till att patienten lättare lyckas genomgå en beteendeförändring (Nutbeam & Harris 1999). Faktorer i barnets miljö och omgivning såsom coachning från till exempel skolsystem och förskolelärare bidrar till att processen främjas. Utanför förskola och skola påverkar alla människor i barnets närhet hur resultatet i slutändan blir. Till exempel är det viktigt att förskolan kontaktar föräldrar om till exempel ett onaturligt ätbeteende uppmärksammas.

När det gäller lite äldre barn kan det underlätta för barnet att vilja genomgå en viktminskning om barnet är ensam om sin övervikt i sitt sociala nätverk. Barnets miljö kan då verka stödjande för att han/hon ska vilja genomgå en beteendeförändring som leder till en hälsosam livsstil. Om det istället finns en ökad acceptans mot övervikt och fetma inom familj och släkt kan det vara svårt för barnet att förändra sitt beteende. Om till exempel föräldrarna alltid har varit överviktiga och likaså barnets syskon, kan barnet inte på egen hand förändra en livsstil. Eftersom det gäller så pass unga barn bär istället föräldrarna ansvaret när barnet ska genomgå en beteendeförändring. Utifrån föräldrarnas perspektiv skulle det enligt *Social Cognitive Theory* handla om att föräldrarna har svårare att genomgå en beteendeförändring om de vistas i en miljö där övervikt är vanligt. Om föräldrarnas övervikt istället tillhör en minoritet, påverkar de normalviktiga föräldrarna till viktminskning genom socialt inflytande. (Nutbeam & Harris 1999)

Barn som lider av övervikt eller fetma hindras från att delta i fysiska aktiviteter på ett likvärdigt sätt som normalviktiga barn. Små barn som är överviktiga är ofta mer stillasittande jämfört med normalviktiga på grund av att det upplevs ansträngande att medverka i lekar med andra barn, då det ofta innefattar spring och lek i ett högt tempo. Detta gör att de förblir stillasittande och på så vis senareläggs träning av gång och balans. På så sätt skapas en känsla av utanförskap redan i tidig ålder. Därför är det av stor vikt att till exempel förskolelärare har

extra uppsikt på dessa barn, eftersom föräldrarna kanske inte är medvetna om hur deras barn betar sig i situationer med andra barn.

## **Sammanfattning**

Resultatet visar att de behandlande åtgärderna mot barnfetma fungerar i begränsad utsträckning, likväl som att behandlingsresultaten är svaga. Fyra av fem informanter använde sig av en behandlingsmetod utan vetenskaplig förankring vilket skarpt kan ifrågasättas. Därmed anser jag att resurser bör användas till att utveckla behandlande åtgärder. Det handlar om att förbättra arbetet genom effektivisering av uppföljning och de metoder som används idag. Efter överlämningen från barn- till ungdomskliniker och efter att ungdomar skrivits ut och fått fria händer skulle uppföljning behövas. Dels för att hjälpa dessa personer att bibehålla etablerade, goda kost, sömn- och träningsvanor. Men även för att sjukvården ska få möjlighet att se om det finns ett behov av förändring av dagens behandlingsmetoder för att fler patienter ska klara sig på egen hand i framtiden.

Arbetet med förebyggande och behandlande åtgärder skiljer sig mellan Sveriges landsting. Trots att åtgärder har vidtagits har inga märkbara förändringar uppmärksammats. Ett flertal landsting har nyligen passerat en slags vändpunkt, och har börjat arbeta med tydliga riktlinjer, vårdprogram och handlingsplaner som bland annat innehåller mål om barnfetma. Där ingår landstingen i Stockholm, Västra Götaland, Norrbotten och Skåne. Stockholms landsting har tagit fram en handlingsplan (Svantesson et al 2010) som enligt ett flertal bygger på en rad realistiska mål; en handlingsplan som fick omformas sex år senare på grund av att ingen förbättring hade skett. Detta visar att de som står bakom handlingsplanen har dålig vetskap om problemantiken.

Återigen finns det ett behov av kunskapsspridning, och denna gång bör även politiker och övriga aktörer som arbetar med framtagning av handlingsplaner och riktlinjer ständigt hålla sig ajour med rådande forskning. Det finns troligtvis en anledning till att regeringen bitt *Statens beredning för medicinsk utvärdering* att formulera riktlinjerna, men detta innebär inte att politikerna inte behöver sätta sig in i detta folkhälsoproblem. Politiker bör istället vidga sina vyer och ta efter grannländers verktyg. En åtgärd skulle exempelvis kunna vara att ta efter Danmark som 2011 införde lagstiftning om beskattning av mättat fett (Exportrådet 2012). Det är många aktörer med i bilden, och det är viktigt att de alla bidrar med sin del till

kakan för att med så små medel som möjligt förbättra statistiken mot ett samhälle med lägre andel barnfetma. Det handlar om vikten av att alla aktörer inom området tar sitt ansvar och använder de resurser som finns att tillgå på rätt sätt.

För att det förebyggande arbetet inte ska begränsas till barnavårdscentralerna i landet bör det även etableras inom förskola och skola. Detta kan ske genom att sjuksköterskor från barnavårdscentraler och läkare, dietister, sjukgymnaster och psykologer från överviktkliniker åker ut och informerar, och håller i kurser för lärare runtom i landet. Jag tror att man med enkla medel och ett annat förhållningssätt kan grundlägga goda vanor hos barnen redan vid låg ålder. Kanske kan viss undervisning innehålla information om kost, sömn och fysisk aktivitet för att skapa ett vidare synsätt hos barn. Den svenska läroplanen skulle fördelaktigt innehålla ämnet hälsokunskap vilket är fallet i Finland (Utbildningsstyrelsen 2012). Om denna undervisning skulle finnas med på läroplanen för åtminstone låg – och mellanstadieelever skulle detta leda till att barn på ett naturligt sätt lär sig att anamma en hälsosam livsstil. Denna undervisning bör ske i samråd med föräldrar och på så sätt göra det möjligt att i ett tidigt skede till exempel uppmärksamma ett onormalt ätbeteende.

I skrivande stund pågår två relevanta studier som behandlar ämnet beteendeförändringar bland barn. Resultatet kommer förhoppningsvis leda de olika aktörerna på marknaden, ytterligare ett steg i rätt riktning. Den första studien är *Primrose-projektet* (Karolinska institutet 2012) som bygger på samtal med småbarnsföräldrar från ett antal handplockade barnavårdscentraler. Denna studie är extra intressant eftersom den har startat på grund av de stigande sjukvårdskostnaderna likväl som att det har visat sig att vanor grundläggs tidigt hos små barn. Alltså stämmer studien överens med syftet på denna studie. Och det hade därför varit intressant om denna studie hade underbyggts av ett färdigt resultat av *Primrose-projektet*.

En annan studie är *Early STOPP* (Karolinska institutet 2012) som stödjer småbarnsföräldrar att skapa goda kost- och rörelsevanor för att förebygga att deras barn utvecklar övervikt eller fetma i framtiden. Villkoret för att en familj ska delta i studien är att den ena föräldern lider av fetma, eller att båda föräldrarna är överviktiga. Det handlar om att familjerna får coachning genom ett antal samtal per år för att etablera goda kost, sömn- och träningsvanor. Idag har barnhälsovården svårigheter att i tid fånga upp barn i riskgruppen. Claude Marcus som initierat studien, hoppas att studien kan påverka hanteringen av barn med överviktiga

föräldrar inom sjukvården och barnvårdscentraler. Detta skulle leda arbetet i rätt riktning då tidigare forskning har visat att ju tidigare insatser, desto bättre resultat kan behandling förväntas ge.

Dagens sjukvårdskostnader på tjugo miljarder (Marcus 2011) skulle i framtiden i större utsträckning kunna användas till forskning och prevention mot barnfetma, om effektiva åtgärder vidtas. På längre sikt är de höga sjukvårdskostnaderna som ett resultat av allt fler svenskars ohälsosamma livsstil, ohållbart. För att kostnader i form av sjukfrånvaro och förtidspension inte ska fortsätta att öka krävs en kombination av multifaktoriella åtgärder på samhällsnivå, inom sjukvården och skolhälsovården.

Slutligen kan det utifrån resultaten konstateras att fyra av fem informanter använde sig av en behandlingsmetod som inte hade vetenskaplig förankring. Vilken annan behandlingsmetod utan vetenskaplig grund får idag användas inom sjukvården?

#### ***4.1 Etiska aspekter***

Studien stred inte mot några etiska aspekter då såväl informanterna som författaren var väl bekanta med dessa. Eftersom frågeställningarna innefattade sjukvården var det av extra stor vikt att inga personer namngavs, men detta förhindrade inte att vissa verkliga patientfall redovisas som exempel i resultatdelen.

#### ***4.2 Förslag på fortsatt forskning***

Det föreligger ett behov att klargöra den geografiska spridningen av förebyggande och behandlande åtgärder i Sverige för att möjliggöra förbättring av de brister som existerar, likväl som att utöka ett samarbete landstingen emellan. Fler evidensbaserade studier skulle leda forskningen framåt, och inom detta område bör man framförallt fördjupa sig i hur förebyggande åtgärder som inkluderar hela familjen, kan utvecklas inom sömn, kost och fysisk aktivitet. Det skulle även vara intressant att undersöka hur likvärdigt arbete ser ut i andra delar av världen. Det skulle vara givande att jämföra arbetet i länder från olika världsdelar. Det krävs i det fallet mer av den som utför studien, men med rätt metod och tidsaspekt skulle det vara genomförbart.

## Käll- och litteraturförteckning

### *Tryckta källor*

Andrén, P., Flodmark, C-E. & Torgerson, J. Övervikt och fetma. *Läkemedelsboken*. 2009/2010. (2009). Stockholm: Apoteket AB

Baker, S. et al. (2011). The Healthy Toddlers Trial Protocol. An Intervention to Reduce Risk Factors for Childhood Obesity in Economically and Educationally Disadvantaged Populations. *BMC public Health*, vol.11, s. 1-7.

Canavera, M., et al. (2008-2009). Development and Pilot Testing a Social Cognitive Theory-Based Intervention to Prevent Childhood Obesity among Elementary Students in Rural Kentucky. *Baywood Publishing Company Inc*, vol. 29, s. 57-70.

Cole, T. et al. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide. *International survey*. *BMJ*. 320, vol. 320, s. 1-6.

Flodmark, C.E. et al. (2011). Short-Term Psychological Outcomes in Severely Obese Adolescents After Bariatric Surgery. vol. 310, s. 318-323.

Flodmark, C-E., Hernell, O. & Perlhagen, J. (2007). Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen*, vol. 3, s. 138-141.

Flodmark, C-E. & Nowicka, P. (2006). *Barnövervikt i praktiken: evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur.

Frayling, TM., et al. (2007). A Common Variant in the FTO Gene Is Associated with Body Mass Index and Predisposes to Childhood and Adult Obesity. *Science*, vol. 316, s. 1-10.

Hassmén, N. & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU idrottsböcker.

Lissau, I., Overpeck, MD. et al. (2004). Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United State. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 158, s. 27-33.

Marcus, C. (2011). Fetma ger vården en tuff utmaning. *Läkartidningen*. vol. 108. s. 2565.

Must, A., Jacques, P. F. et al. (1992). Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. *The New England Journal of Medicine*, vol. 327, s. 1350-1355.

Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.

Nutbeam, D. & Harris, E. (1999). *Theory in a Nutshell – A Guide to Health Promotion Theory*. Sydney: Mc Graw-Hill Book Company Australia Pty Limited.

Persson, U. & Östergaard, K. (2011). Fetma ett ekonomiskt samhälls-problem – kostnader och möjliga åtgärder för Sverige. Stockholm: *Ekonomisk debatt*, vol. 39, s. 39-49.

Rank, M. et al. (2012). Long-term effects of an inpatient weight-loss program in obese children and the role of genetic predisposition - Rationale and design of the LOGIC-trial. *BMC Pediatrics*, vol. 12, s. 1-11.

Rigby, N. J., Kumanyika, S. et al. (2004). Confronting the epidemic: the need for global solutions. *Journal of Public Health Policy*, vol. 25, s. 418-434.

Speliotes, K. et al. (2010). Association analyses of 249,796 individuals reveal 18 new loci associated with body mass index. *Nature genetics.*, vol. 42, s. 937–948.

Svantesson, L. et al. (2010). *Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting.

Summerbell, C.D., et al (2011). Evidence-based recommendations for the development of obesity prevention programs targeted at preschool children. *International Association for the Study of Obesity*, vol. 13, s. 129-132.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2002). *Fetma – problem och åtgärder: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Förbyggande åtgärder mot fetma: systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Waters, E. et al. (2005). Interventions for treating obesity in children: *The Cochrane Library*. s.1-178.

Waters, E. et al. (2011). Interventions for treating obesity in children: *The Cochrane Library*, vol s. 1572-1729.

WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation. Genève: World Health Organ Tech Rep Ser 2000.

### **Elektroniska källor**

Exportrådet (2012). *Danmark*.

<http://www.swedishtrade.se/sv/exportfakta/handbocker-och-guider/livsmedelsexport/danmark/> [2012-04-20].

Karolinska institutet (2012). *Early STOPP - hjälp oss förebygga övervikt hos barn*.

<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=40760&l=sv> [2012-03-01].

Karolinska institutet (2012). *Samhällsnytta och betydelse*.

<https://primroseprojektet.se/info/node/26> [2012-03-04].

Utbildningsstyrelsen (2012). *Hälsoplan*.

[http://www.edu.fi/planera/grundlaggande\\_utbildning/halsokunskap\\_2012](http://www.edu.fi/planera/grundlaggande_utbildning/halsokunskap_2012) [2012-04-20].

Vårdguiden (2011). *Fetma och övervikt hos barn*. <http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Fetma-hos-barn/> [2012-04-01]



## **Bilaga 1 - Litteratursökning**

### **Vilka sökord har du använt?**

*Fetma, övervikt, barn, familj, förebyggande åtgärder, behandlande åtgärder, handlingsplaner, landsting, obesity, obese, prevention, intervention, treatment, child, children, överviktsklinik, barnvårdscentral, barnhälsovården, gastric bypass, folkhälsoproblem, folksjukdom, kost, sömn, fysisk aktivitet, träning, FTO gene.*

### **Var har du sökt?**

*GIH:s bibliotekskatalog, International Journal of Obesity, Pub Med, Google Scholar, The Cochrane library, Online library, Nature genetics, BMC Pediatrics, BMC public Health, Science, Baywood Publishing Company Inc.*

### **Sökningar som gav relevant resultat**

*Läkartidningen: genetik, fetma, övervikt  
The Cochrane library: obese, obesity, treatment, intervention  
Online library: obese, obesity, prevention, children  
Nature genetics: Genetics, genes, children, obesity  
BMC Pediatrics: children, weight-loss program  
BMC public Health: children, intervention  
Science: FTO, child, obesity  
Baywood Publishing Company Inc: Social cognitive theory, intervention, obesity, children*

### **Kommentarer**

*Det var svårt att hitta information om förebyggande åtgärder, interventioner där Social Cognitive Theory inkluderades, likväl som att hitta forskning om genetik och fetma.*

## Bilaga 2 - Begreppsbeskrivning

### Body Mass Index (BMI)

BMI = kroppsmassan (kg) / längden<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)

### Klassifikation av övervikt och fetma

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Klassifikation	Risk för komplikationer
< 18,5	Undervikt	–
18,5–24,9	Normalvikt	Referens
25,0–29,9	Övervikt	Något ökad
30,0–34,9	Fetma	Ökad
35,0–39,9	Svår fetma	Uttalad
40,0	Extrem fetma	Mycket stor

### Bukomfång (midjemått) och risk att utveckla metabola följsjukdomar

Män	Kvinnor	Risk
< 94 cm	< 80 cm	Referens
94–102 cm	80–88 cm	Ökad risk
> 102 cm	> 88 cm	Mycket ökad risk

(Andrén, Flodmark & Torgerson 2009-2010)

### Bilaga 3 - Iso-BMI

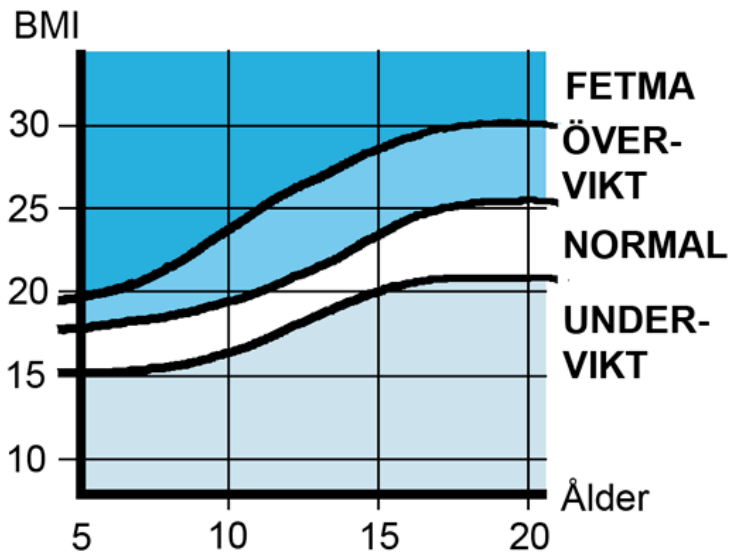
Ålder (år)	BMI 25 kg/m <sup>2</sup>		BMI 30 kg/m <sup>2</sup>	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46

10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

(Cole et al 2000)

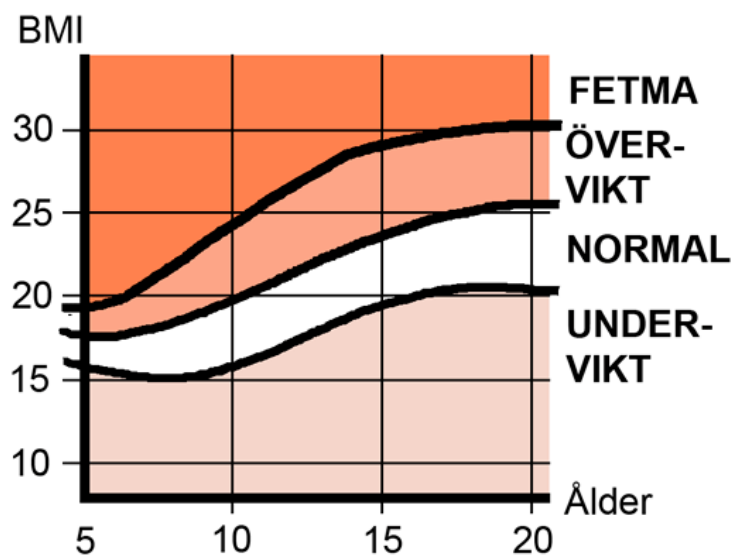
## Bilaga 4 - BMI-kurva för barn

### BMI-kurva för pojkar 5-20 år



© Lotta Persson

### BMI-kurva för flickor 5-20 år



© Lotta Persson

(Cole et al 2000)

## Bilaga 5 - Intervjuguide

1. På vilket sätt arbetar ni med förebyggande respektive behandlande åtgärder mot barnfetma idag?
2. Sker uppföljning av patienter som tidigare varit i kontakt med er/sjukvården pga. fetma?
  - a. Om ja, på vilket sätt?
3. Tar ni hänsyn till den fysiska miljö patienten lever i?
  - a. Om ja, på vilket sätt anpassar ni behandlingen?
4. Är behandlingen anpassad efter patientens
  - a. familj
  - b. skola
  - c. andra som finns i barnets närhet?
  - d. Om ja, på vilka sätt?
5. Vad anser ni är den vanligaste orsaken till att ett barn drabbas av fetma?
  - a. föräldrar
  - b. skola
6. Hur påverkar patientens egna ..... förmågan att åstadkomma ett förändrat beteende?
  - a. attityd
  - a. egenskaper
  - b. förmågor
7. På vilket sätt tar ni hänsyn till att det kan vara svårt för en patient att förändra rutinmässiga tanke- och handlingsmönster?
8. Har ni valt en teoretisk utgångspunkt på ert arbete?
9. På vilket sätt genomsyrar den teoretiska utgångspunkten ert arbete?
10. Anser ni att ni får det resultat ni önskar?
11. Är det något som behöver utvecklas i dagens förebyggande arbete för att uppnå större framgång?
12. Hur tror/hoppas ni att ert arbete kommer att se ut i framtiden (primär, sekundär - och tertiärprevention)?
13. Vad anser ni är den största bidragande faktorn till att barnfetma ökar i Sverige?
14. Vad saknas för att denna utveckling ska stanna upp?

## Bilaga 6 - Informationsbrev



Mitt namn är Elin Sund och jag läser sista året på Gymnastik – och idrottshögskolans Hälso pedagogutbildning. Jag skriver nu min C-uppsats som behandlar ämnet "Prevention och behandling mot barnfetma" där jag undersöker hur arbetet med förebyggande och behandlande åtgärder inom sjukvården ser ut idag.

I takt med att fetmaepidemin ökar i Sverige ökar sjukvårdskostnaderna för behandling av individer som lider av denna folksjukdom. Åtgärder i form av stöd till en hälsosam livsstil bland barn kan minska risken att fler drabbas. Ökad kunskap om barns överviktproblematik såväl som väl utformade förebyggande åtgärder krävs inom sjukvården för att minska sjukantalet. Trots stora satsningar för en förbättrad folkhälsa försätter andelen som lider av fetma att öka. Denna studie kommer att behandla detta relativt utforskade område. Nedan följer ett fåtal punkter som jag skulle vilja informera Dig om innan intervjun börjar:

- Du kan när som helst under intervjuens fortskridande välja att avbryta intervjun.
- All data är sekretessbelagd.
- All data kommer att avidentifieras vilket innebär att inga namn kommer att förekomma i uppsatsen.
- Du är alltid välkommen att kontakta mig eller min handledare vid frågor angående uppsatsen.
- Handledare: Karin Henriksson-Larsén: 08-402 22 06, [karin.HenrikssonLarsen@gih.se](mailto:karin.HenrikssonLarsen@gih.se)

**Stort tack för din medverkan!**

Elin Sund  
0708 77 01 80, [elin.sund@live.se](mailto:elin.sund@live.se)