

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för mat, hälsa och miljö



Övervikt hos barn -

Utformning av handlingsplan för skolsköterskor

Elin Johansson
Maria Sundberg

Examensarbete 10 poäng

Kostekonom programmet, 120 poäng

Handledare: Lena Jonsson & Safoureh Akhoudnezhad

Examinator: Helena Åberg

Datum: Mars 2007



Titel: Övervikt hos barn – Utformning av
handlingsplan för skolsköterskor
Författare: Elin Johansson & Maria Sundberg
Typ av arbete: Examensarbete 10 poäng
Handledare: Lena Jonsson & Safoureh Akhoudnezhad
Examinator: Helena Åberg
Program: Kostekonomprogrammet 120 poäng
Antal sidor: 29 exklusive bilagor
Datum: Mars 2007

Sammanfattning

Förr i tiden var övervikt ett tecken på att en människa var välmående. Nu ser man det hela som en hälsorisk. Den största orsaken till att barn blir alltmer feta är deras stillasittande vardag och att de äter mer energi än vad de hinner göra av med. Även om övervikt och fetma hos barn ökar, finns det en hel del som både föräldrar och skolsköterskor kan göra för att hjälpa dem. Skolsköterskorna som träffar barnen kontinuerligt har goda möjligheter att påverka. Det vore bra om alla skolsköterskor har en specifikt framtagen handlingsplan att arbeta efter när de ska ta hand om och hjälpa överviktiga barn. Syftet med rapporten är att utarbeta en handlingsplan för skolsköterskor vid behandling av överviktiga barn. I förstudien som bestod av intervjuer med tio skolsköterskor från tio olika kommuner framgick det att sex av dem inte hade en specifik handlingsplan att arbeta efter och att de gärna ville ha en. Med hjälp av ett handlingsprogram som är framtaget av Stockholms Läns Landsting samt utifrån de 79 hälsomålen som Folkhälsoinstitutet arbetat fram har vi utformat en handlingsplan som är riktad till skolsköterskor. Handlingsplanen är uppdelad i 4 avsnitt. I första delen finns det information till skolsköterskan om vilka förkunskaper man bör ha samt information om samtalsmetodik. Del 2 förklarar när ett barn anses överviktigt och hur man går tillväga då man konstaterat det. Den innehåller även tips om vad skolsköterskan kan ta upp med barnet och föräldrarna. Del 3 består av ett frågeformulär som barnet fyller i tillsammans med föräldrarna inför första träffen och vid tredje träffen. Den sista delen är ett informationshäfte till föräldrarna och barnen där det bland annat finns allmänna råd om vad man bör äta. Med denna handlingsplan vill vi att skolsköterskorna ska få en vägledning i hur de kan hjälpa ett barn som blivit överviktig.

Nyckelord: Övervikt, barn och ungdom, handlingsplan, skolsköterskor, föräldrar

1 Inledning	3
2 Bakgrund	4
2.1 Övervikt och obesitas	4
2.1.1 Definitioner och mätmetoder	5
2.1.2 Orsaker till övervikt och obesitas.....	6
2.1.3 Risker med obesitas.....	6
2.1.4 Förebyggande och behandling mot obesitas	6
2.2 Skolhälsovården	8
2.3 Beteendeförändring	8
2.3.1 Föräldrars påverkan på barns matvanor	9
2.4 Exempel på handlingsplan	9
2.4.1 Handlingsplan som verktyg.....	10
2.4.2 De 79 målen	10
3 Problemställning	12
3.1 Problemformulering	12
3.2 Syfte	12
3.3 Frågeställningar	12
4 Metod	13
4.1 Förstudie.....	13
4.1.1 Val av respondenter.....	13
4.1.2 Intervjuer	13
4.1.3 Analysmetod.....	13
4.2 Framtagning av handlingsplan	14
4.3 Etiska aspekter.....	14
5 Resultat	15
5.1 Förstudie.....	15
5.1.1 Respondenterna	15
5.1.2 Resultat av förstudien.....	15
5.1.3 Handlingsplaner i de intervjuade kommunerna	18
5.2 Utformning av handlingsplan.....	20
5.3 Sammanfattning	21
6 Diskussion	22
6.1 Metoddiskussion.....	22
6.2 Resultatdiskussion.....	23
6.2.1 Behov av handlingsplan	23
6.2.2 Förstudie.....	23
6.2.3 Utformning av handlingsplan.....	24
6.2.4 Föräldrars påverkan.....	25
6.3 Fortsatt forskning	26
7 Slutsats	26
8 Källförteckning	27
Bilagor	31

1 Inledning

Barnfetma är ett högaktuellt ämne och har varit det i några år (Jansson & Danielsson, 2003). Ökningen av överviktiga barn är stor och även intresset för hur man ska behandla dessa barn. Det som går att konstatera är att svenska barn i allmänhet har fått sämre kost- och motionsvanor och detta leder i sin tur i många fall till övervikt (ibid.). Att försöka hindra denna viktökningstrend är något som kräver en del insatser (Abrahamsson et al., 2003). Både övervikt och fetma är en hälsorisk och det är viktigt att plocka fram och belysa områden där det kan vara lämpligt att sätta in extra resurser (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2002). Det finns många instanser där man kan utöka resurserna för hur man ska ta hand om överviktiga barn. Skolan är, förutom hemmet, den plats där barnet vistas mest och kan därför utgöra en lämplig plats att uppmärksamma överviktiga barn. Det vore intressant att se hur skolsköterskor arbetar med detta ämne. Hur tar de hand om överviktiga barn i skolan? Finns det någon handlingsplan att arbeta efter? Arbetar alla på samma sätt? För att kunna stoppa problemet med den ökande utvecklingen av obesitas så är det viktigt att skolsköterskorna integreras i arbetet att vägleda barn som börjar bli överviktiga. En del sköterskor är redan nu väldigt aktiva men långt ifrån alla. Alla barn är olika och har olika behov och det kan vara svårt för skolsköterskorna att veta exakt hur de ska gå tillväga. Med hjälp av en handlingsplan så har de en grundmall att utgå ifrån. Om det finns riktlinjer att gå efter så torde man minska risken att något barn i skolan inte får den hjälp som han/hon behöver. Allt i en handlingsplan går kanske inte att tillämpa på samtliga överviktiga barn men den har som syfte att fungera som en vägledning för skolsköterskor.

Som blivande kostekonom kan ett arbetsområde bli att utforma kostråd och information till olika yrkesområden som kommer i kontakt med det omnämnda problemet. Skolmåltiden är en viktig del i skolans verksamhet och i synnerhet för barnet. Även där kan vi som kostekonom spela en viktig roll genom att servera en näringsriktig och inbjudande måltid.

2 Bakgrund

I bakgrunden ges en inblick i hur utbredd övervikt och fetma är och hur man definierar dem samt orsaker, risker och hur man förebygger dem. Kapitlet tar också upp skolhälsovårdens uppgift inom ämnet samt vem och vad som påverkar ett visst beteende. Kapitlet avslutas med hur man kan använda en handlingsplan som verktyg.

2.1 Övervikt och obesitas

Övervikt är ingen sjukdom. Alla ser olika ut, vissa är runda och andra är smala, men att vara överviktig innebär en ökad risk att utveckla obesitas (fetma) som däremot är klassad som en sjukdom (World Health Organization [WHO], 2007). Med ökad tillgång på fettrik och energirik mat i kombination med minskad fysisk aktivitet krävs en mindre grad av ärftlig belastning för att man ska utveckla obesitas (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002). Professor Claude Marcus menar att sex procent av svenska barn i åldern 6-18 år har fetma (Personlig kommunikation, 4 oktober, 2006). Det är ca 100 000 barn per årskull. Bland tioåriga barn är fetma vanligare i Italien (11-16 procent), USA (11 procent), och Frankrike (8 procent) än i Sverige, där siffran ligger runt fem procent (Abrahamsson et al., 2003). I USA har fetmaepidemin formligen exploderat de sista 30 åren. Det är mer än dubbelt så många 2-5 åringar och 12-19 åringar samt mer än var tredje barn mellan 6-11 år som har obesitas jämfört med för 30 år sedan. År 2004 betraktades mer än nio miljoner barn över sex år som feta i USA (Institute of medicine, 2004).

Enligt rapporten Åtgärder mot fetma som Statens folkhälsoinstitut (FHI) gav ut 2002 så har det även i Sverige skett en dramatisk ökning av BMI (Body Mass Index)¹. I boken "Överviktiga barn" skriver dietisterna Janson & Danielsson (2003) att en väldigt fet fyraåring har ca 70 procent risk att bli en fet tioåring. Vidare skriver de att från sex års ålder bör man sätta in åtgärder om barnet är överviktigt eller lider av fetma. Finns det genetiska anlag i familjen kan man börja behandla barnet redan vid fyra års ålder. Barnobesitas före tioårsåldern är behandlingsbar (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002). Barn äldre än tio år som har obesitas riskerar att förbli fet som vuxen. Studier har visat enligt Claude Marcus att om man har svår fetma i 20-årsåldern förkortas livslängden med ca 13 år (Magnergård-Bjers, 2005, 5 maj). I en rapport framtagen åt Livsmedelsverket skattas samhällets indirekta² kostnader för sjukdomar som är relaterade till övervikt och fetma av hälsoekonomerna Ulf Persson och Knut Ödegaard (2005). Resultatet visade att för år 2003 uppgick kostnaderna till 12,6 miljarder kronor. Det är 3,4 gånger mer än vad de direkta³ kostnaderna (3,6 miljarder 2003) för personer med övervikt eller fetma uppgår till inom sjukvården (Persson & Ödegaard, 2005). I en studie av Lager, Fossum och Bremberg (2005) har de för Statens folkhälsoinstitut initierat ett nationellt uppföljningssystem av barns övervikt och fetma baserat på skolhälsovårdens insamlade uppgifter om längd och vikt. Av de 3165

¹ Fetma definieras med hjälp av ett mått som kallas för BMI, Body Mass Index. Det är ett mått på förhållandet mellan längden och vikten. Detta index används vanligen inom forskning, kliniskt arbete och nuförtiden även i media. Ett BMI på >25 kännetecknar att man är överviktig (World Health Organization, 2000).

² Till indirekta kostnader räknas de kostnader som uppkommer till följd av att en person med övervikt eller fetma i arbetsför ålder inte kan jobba på grund av sin sjukdom. Beräkningen omfattar produktionsbortfall på grund av sjukskrivning, sjukersättning samt dödsfall innan uppnådd pensionsålder. (Persson & Ödegaard, 2005)

³ Till direkta kostnader räknas sjukvårdskostnader som kan relateras till övervikt och fetma (Persson & Ödegaard, 2005).

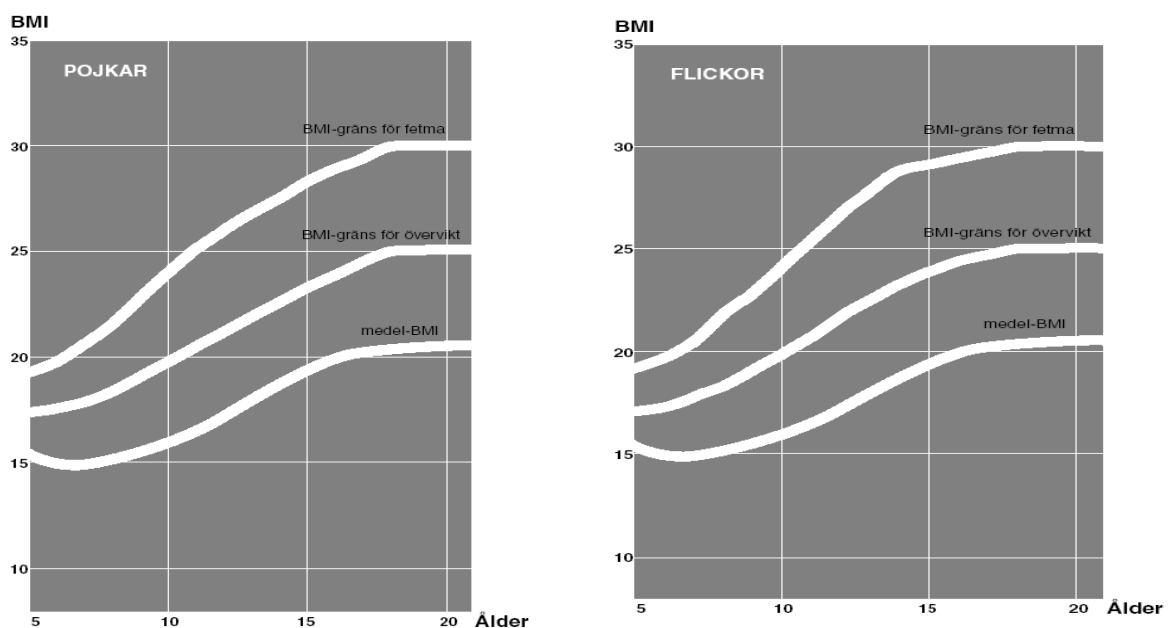
barn som undersöktes hade 23,5 procent övervikt eller fetma. Amerikanska vetenskapsmän visar i en studie publicerad 2002 att sötdäckt läsk ökar barnens risk att utveckla fetma med 60 procent (Gillis, Kennedy, Gillis & Bar-Or, 2002).

2.1.1 Definitioner och mätmetoder

Många inom skolhälsovården redovisar barnens längd och vikt i så kallade längd/viktcurvor. Avvikelser i längd och vikt kan uppskattas visuellt och uttrycks i form av standardavvikelser (SD). Diagnosen fetma ställs om vikten ligger två kanaler över längd (2 SD) på barnets tillväxtkurva (Jansson & Danielsson, 2003).

Man räknar ut BMI genom att dividera kroppsvikten (kg) med längden (m) i kvadrat (World Health Organization, 1995). Om man har ett BMI-värde över 25 så anses man vara överviktig, när värdet ligger mellan 30-35 har man fetma. Ligger det mellan 35 och 40 räknas det som svår fetma och om måttet hamnar över 40 räknas det som sjuklig fetma. BMI-måttet har vissa brister, särskilt när det gäller att bestämma övervikt och fetma hos barn (ibid.). Barn och ungdomar ändrar kroppssammansättning och proportioner under uppväxten. BMI mäter förutom fettväv även muskulatur och skelett, vilket kan innebära att en pojke med stor muskelmassa har samma BMI som en överviktig pojke med betydligt större andel fettväv (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002). BMI underskattar även graden av övervikt för det kortväxta barnet och överskattar övervikt för det långväxta. Detta innebär att det inte går att använda samma BMI gränser för vuxna som för barn då man måste ta hänsyn till barnets ålder och att de växer i längd (ibid.).

Cole et al. (2000) har gjort en sammanställning av barns vikt från sex länder. Han utgick ifrån det BMI som finns för vuxna och med hjälp av tillväxtkurvorna för barn omvandlade han siffrorna till en kurva för barn se Figur 1. Som exempel kan nämnas att BMI 25 hos en vuxen person är översatt till 17,34 för sexåriga flickor och hos jämnåriga pojkar 17,55. Gränsen för fetma (BMI 30 för vuxna) ligger på 19,65 hos flickor och 19,78 hos pojkar när man är sex år (ibid.). För fler värden se Bilaga 1. I Sverige har Claude Marcus gett denna översättningsskala namnet IsoBMI (Jansson & Danielsson, 2003).



Figur 1. BMI kurvor för barn (Cole et al., 2000).

2.1.2 Orsaker till övervikt och obesitas

Socialstyrelsens folkhälsorapport visar, att trots att svenskarna motionerar mer i dag, så har den totala aktivitetsnivån sjunkit (Socialstyrelsen, 2001). Den största orsaken till att barnen blir allt fetare är deras stillasittande vardag och att de får i sig mer energi än vad de hinner göra av med (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002; Statens Livsmedelsverk [SLV], 2007). Det är inte alls lika vanligt att barn springer omkring i samma utsträckning som förr och detta kan påverka vikten. Idag är det istället datorer och dataspel som gör barnen mindre aktiva. Andra studier visar att överdrivet tv-tittande också har betydelse för uppkomst av fetma (Maffeis et al., 2000). Maten finns numer lättåtkomligt både hemma och i skolan med dess cafeterior (Jansson & Danielsson, 2003). Det har visats sig finnas klara samband mellan bukfetma och stressfaktorer (Björntorp, Rössner & Uddén, 2001). Stresshormonet kortisol dirigerar fett till buken och fyller på fettreserverna (ibid.).

Om man som förälder är fet så är risken 40 procent att barnet också utvecklar fetma (Hedebrand et al., 2000; Park, Menard & Schoolfield, 2001). Då talar man dock inte endast om det genetiska, utan även om attityder, emotionell läggning och livsstil.

Fettcellerna ändras i antal eller massa beroende på en persons ålder (Must & Strauss, 1999). Tillväxt av fettceller i tonåren utgör en större risk för att bli fet som vuxen än tillväxt i småbarnsåldern. Fettcellerna mångdubblas under två tillväxtperioder; tidig barndom och tonåren. Överätning under den tiden ökar antalet fettceller, därför är det viktigt att barnets vikt hålls inom rimliga nivåer under den perioden, det vill säga att barnet inte ökar för mycket i vikt (ibid.).

2.1.3 Risker med obesitas

Enligt WHO är risken vid obesitas stor att man får högt blodtryck, högt kolesterol, insulinresistens och höga triglyceridnivåer (World Health Organization, 2007). Det finns även livshotande sjukdomar som kan utvecklas på grund av fetma, som exempel kan ges hjärt- och kärlsjukdomar, insulinresistens/utveckling av diabetes typ 2, olika typer av cancer (bröstcancer, coloncancer, prostatacancer och njurcancer) och gallblåsesjukdomar (ibid.). Utöver de livshotande problemen så kan obesitas också leda till en rad andra följsjukdomar som exempelvis sjukdomar i lever och i rörelseorgan, infertilitet hos kvinnor, andningssvårigheter, obalans av hormonproduktion, psykosociala problem samt sänkt livskvalité (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002).

2.1.4 Förebyggande och behandling mot obesitas

För att förhindra att obesitas ökar i omfattning är det viktigt att man utvecklar åtgärder som förebygger uppkomsten av sjukdomen (Abrahamsson et al., 2003). WHO:s (2006) förslag är att man bör begränsa energiintaget från fett och då använda sig mindre av mättat fett och mer av de omättade fetterna. Vidare menar WHO att man bör öka konsumtionen av frukt och grönsaker, fullkornsprodukter och nötter samtidigt som man bör begränsa intaget av socker. Man bör också motionera minst 30 minuter varje dag. De enklaste knepet man kan börja med är att lära barnen hur stor en normalportion är samt integrera motion i vardagslivet (Abrahamsson et al., 2003). Som vuxen kan man föregå med gott exempel, det vill säga att man själv rör på sig mycket i vardagen (Hood, Moore, Sundarajan-Ramamurti, Singer, Cupples & Ellison, 2000).

Ett behandlingsprogram borde bland annat innehålla råd om vad som ökar fettförbränningen och ökar muskeltillväxten (Abrahamsson et al., 2003). Alltså kan man rekommendera att man tränar lågintensivt för maximal fettförbränning samt eventuellt lite styrketräning. En väl sammansatt kost som innehåller alla viktiga näringsämnen är bra att ta lärdom av så tidigt som möjligt. Det är alltså inte direkt lämpligt att genomgå en bantningskur eller att gå ned i vikt i ett för raskt tempo. En allmän kostrekommendation är att man ska försöka införa regelbundna vanor i sin vardag, detta gäller både för kosten såväl som för sömnen (ibid.). Andra åtgärder som rekommenderas i SBU:s rapport "Förebyggande åtgärder mot fetma", är att man ska försöka motverka den inaktivitet som sker framför tv eller datorn, stimulera intaget av frukt och grönt samt att påminna om att dricka vatten (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004). Frukt och grönsaker har visat sig skydda mot både hjärt- och kärlsjukdom (Statens Livsmedelsverk, 2007). Fetman hos barnen ökar och det finns en hel del föräldrarna kan göra för att försäkra sig om att barnen får en hälsosam start i livet. Här kommer några exempel. Det går kanske inte att tillämpa alla punkter på varje barn men varje liten förändring är bra:

- Maten som finns hemma är viktig. Om skåpen är fyllda med snacks som innehåller mycket socker, färdigförpackade mellanmål, läsk och annan söt dricka äter barnen av det. Fyller man köket med en variation av färsk mat med låg fett- och sockerhalt, börjar barnen efter ett tag att äta av det och bli van med det (Golan, Fainaru & Weizman, 1998).
- Kritisera aldrig barn för att det är överviktigt. Sådan inställning kan innebära större risk för barnet att få ätstörningar, vilket innebär lika stor risk för hälsan eller till och med större (Golan, Fainaru & Weizman, 1998).
- Små förändringar, som att begränsa tv-tittande, tv-spel och datoranvändning till några timmar per vecka kan bidra till att hålla kontroll på vikten, oavsett kost och fysisk aktivitet (van Mil, Goris & Westerterp, 1999).
- Man ska aldrig tvinga ett barn att träna. Fysisk aktivitet kan dock "gömmas" i form av olika sorters spel och sporter. På det sättet förknippas fysiskt jobb med något som är kul att göra, även om det inte är aktuellt för alla barn (Gately, Cooke, Butterly, Mackreth & Carroll, 2000). Låt barnet välja aktivitet oavsett vad det är. Så länge som de rör på sig fungerar det och det förstärker deras intresse ytterligare (Goran, Reynolds & Lindquist, 1999).
- Barnen härmar det föräldrarna gör. Det är kanske inte uppenbart till en början. Det finns många beteendeforskningar som visar att de flesta barn förr eller senare styr till ett beteendemönster som liknar deras föräldrar (Hood, Moore, Sundarajan-Ramamurti, Singer, Cupples & Ellison, 2000). Om de ser att du hela tiden äter nyttig mat och tränar, strävar de sannolikt efter den livsstilen.

Det finns mycket som föräldrarna kan göra för att förhindra att barnen ökar i vikt men även samhället borde ta mer ansvar. Då skolan är en arena där barnen vistats dagligen så borde större ansvar läggas på skolhälsovården.

2.2 Skolhälsovården

Den 1 januari 1997 tog Socialstyrelsen över tillsynsansvaret för skolhälsovården (Socialstyrelsen, 2004). Skolhälsovårdens uppgift är att arbeta med att främja barns hälsa och utveckling. Med skolhälsovård menas insatser av skolsköterska och skolläkare (ibid.). Skollagen säger att:

1 § Skolhälsovård skall anordnas för eleverna i förskoleklassen, grundskolan, gymnasieskolan, särskolan, specialskolan och sameskolan. Lag (2002:158).

Man samarbetar med vårdnadshavare, lärare och övrig skolpersonal för att uppnå målen som är att förbättra skolbarnens hälsa (Socialstyrelsen, 2004). Därför är behovet av utveckling och forskning stort. Man kan läsa i lagen att ändamålet för skolhälsovården är att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa samt verka för sunda levnadsvanor. Skolhälsovården skall främst vara förebyggande och omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser som vaccinering och undersökning. Inom skolhälsovården ska det finnas både skolsköterska och skolläkare. Varje elev ska genomgå en hälsokontroll i förskolan, tre stycken hälsokontroller under grundskolan samt första året på gymnasiet. De generella insatserna som skolhälsovården arbetar med är arbetsmiljö, arbete mot mobbing samt hälsoundervisning för att påverka livsstil och hälsovanor (ibid.). De individuella insatserna är hälsoenkäter, hälsosamtal och screeningundersökningar⁴ och klinisk identifikation⁵. I skolan undervisar man om hälsosamma levnadsvanor vilket ingår i skolans läroplan (ibid.). Hälsoupplýsningen kan bland annat ske i grupper där man till exempel kan välja att prata med överviktiga barn. Hur varje skola arbetar med frågorna är individuellt och kan bero på hur man på skolan har valt att prioritera sina resurser.

2.3 Beteendeförändring

Att förändra vanor kan vara en lång process. I början på 1980-talet så utvecklades en evidensbaserad metod som heter ”Motiverande samtal” (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Metoden utvecklades av professorn och psykologen William R Miller som började arbeta med missbruksproblem genom kognitiv beteendeterapi, och det huvudsakliga målet är att hjälpa människor till förändring. Målet med ett motiverande samtal är att man ska öka patientens vilja att förändra sig vilket kan leda till att man går vidare i förändringsprocessen. Man lägger en stor vikt vid samarbetet med patienten, där hans/hennes erfarenheter och perspektiv ligger som grund, istället för ett mer konfronterande samtal där patienten blir tillsagd vad han/hon ska göra.

Ett motiverande samtal utgår ifrån att patienten har eller kan skaffa sig de färdigheter som behövs till en förändring. Rådgivaren är dock styrande i samtalet och målet är att patienten ska förändra sig. Människor har ofta olika grader av förändringsbenägenhet, och utifrån detta finns det olika strategier och verktyg (Statens folkhälsoinstitut, 2005). Om patienten har låg beredskap till förändring så är uppgiften att väcka intresse för förändring genom att till exempel erbjuda ny information om riskerna med beteendet. Vid medelhög beredskap till förändring så kan patienten uppleva att det finns nackdelar med beteendet och kanske även fördelar med förändring. Vid hög beredskap vill patienten göra en förändring, då erbjuder rådgivaren olika handlingsalternativ för att stödja patientens tilltro till sin förmåga att kunna

⁴ Hälsoundersökning genom enkla standardiserade procedurer (Socialstyrelsen, 1991).

⁵ Sammanställning av tidigare observationer samt föräldrars uppgifter och uppfattning., grundat på professionella kunskaper, metoder och erfarenheter (Socialstyrelsen, 1991).

genomföra förändringen. I samtalen använder man sig av öppna frågor, reflektioner och sammanfattningar för att ta reda på hur patienten tänker och känner inför en förändring.

År 2002 genomfördes en utbildning i Motiverande Samtal i Linköping på Folkhälsovetenskapligt centrum (Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland, 2004). De som deltog i kursen representerade olika professioner inom vården, exempelvis dietister och diabetessköterskor. Syftet var att utvärdera metoden och användandet av den inom området övervikt och fetma. Resultatet medförde att metoden gav minskat motstånd vid samtal om hur man genomgår livsstilsförändringar (ibid.). Metoden ökade även möjligheterna att strukturera och sätta gränser i det vardagliga livet. Denna samtalsmetod är överförbar till alla livsstilar eller förändringsbehov. Metoden ansågs av deltagarna som positiv och de tyckte att den var tillämplig inom närsjukvården oberoende av vilket livsstilsproblem det rörde sig om (ibid.). Om en skolsköterska har grundläggande information om hur en förändringsprocess går till så kan det vara lättare för honom/henne att försöka hjälpa barnet att nå ett utsatt mål.

2.3.1 Föräldrars påverkan på barns matvanor

I Christina Bergs (2002) avhandling *Influences on schoolchildren's dietary selection – Focus on fat and fibre at breakfast* skriver hon om barns matvanor och hur de påverkas av sin omgivning. Av undersökningen att döma så redovisas det att majoriteten av barnen väljer den typen av frukostflingor som serveras i hemmet. Att barnen inte bestämmer vad de konsumerar framgår också av Bergs resultat. Barnen var dock inte alltid medvetna om att det var föräldrarnas val som styrde vad de åt. De ville inte heller alltid erkänna att så var fallet. Den största majoriteten av barnen rapporterade att de åt den sorts mjölk och de flingorna som de önskade äta. De flesta barnen uppgav även att de åt det bröd och de frukostcerealier som de föredrog. En möjlig förklaring till Bergs resultat (att barnen påverkas av sina föräldrar) är att vissa barn och deras föräldrar anser att standardprodukter är hälsosamma val för barnen. Barnen har då genom exponeringen och användandet av produkten lärt sig att uppskatta den smaken. Det verkar enligt Berg som om barn till viss del lär sig att tycka om de livsmedel som de exponeras för hemma. Oavsett om så är fallet så påverkas barnen av sina föräldrar även genom att ta till sig av de vuxnas vanor, attityder kopplade till vissa livsmedelsval samt tron på vilket som är bäst.

2.4 Exempel på handlingsplan

Stockholms Läns Landsting [SLL] har utformat ett handlingsprogram mot övervikt och fetma 2004. Programmet riktar sig till vårdgivare inom landstingets olika verksamheter, politiker, tjänstemän samt till skolhälsovården. Materialet kan användas av både kommuner, företagshälsovård, patientorganisationer och idrottsföreningar. Målet med detta program är att man ska halvera antalet personer med fetma under tio år. Handlingsprogrammet består av tre delar: beställarplan, vårdprogram och program för hälsofrämjande arbete. I beställarplanen beskrivs befolkningens behov av hälso- och sjukvårdens insatser relaterade till övervikt och fetma, hur visionen ser ut, värderingar och mål samt åtgärder, uppföljning och utvärdering. Vårdprogrammet innehåller en beskrivning av barnfetmans utveckling, ärftlighetens betydelse samt hur man kan förebygga och behandla. Programmet beskriver vidare hur man kan behandla barn upp till vuxen ålder och det tar upp saker som hur man ska prata med barnet, om kost- och motionsvanor samt tandvårdens betydelse. Programmet är väldigt omfattande och endast en liten del riktar sig till skolsköterskor.

2.4.1 Handlingsplan som verktyg

I handlingsprogrammet mot övervikt och fetma som är framtaget av Stockholms Läns Landsting (2004) så beskrivs att följande delar bör ingå i en handlingsplan.

- Bakgrund
- Målformulering
- Organisation
- Resurser
- Åtgärder
- Tidsplan
- Utvärdering

I en handlingsplan är det viktigt att man tillgodogör sig en beskrivning av bakgrunden till övervikt och fetma (Stockholms Läns Landsting, 2004). Vad beror utvecklingen på? Hur kan man arbeta på ett förebyggande sätt? Att sätta upp kriterier för behov och mål kan vara ett led i utvecklingen av en handlingsplan. Att uppnå delmål är en förutsättning för att kunna uppnå det övergripande målet. Ett mål bör vara specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbundet.

2.4.2 De 79 målen

Det krävs engagemang på många plan i samhället för att få till stånd bättre matvanor och ökad fysisk aktivitet. Det finns ingen enskild insats som ensam kan få bukt med det snabbt ökande hälsoproblemet med övervikt och fetma. På regeringens uppdrag tog FHI och Statens Livsmedelsverk, år 2005 fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Där finns tydligt formulerade mål, en samlad strategi för att nå målen samt 79 konkreta insatser för hur det ska bli enklare att äta bättre och röra sig mer. Syftet var att regeringen skulle lägga fram en handlingsplan för hela befolkningen. Detta har dock fortfarande inte skett. Av de 79 insatserna fanns sex punkter som direkt har med skolan att göra.

Nr 19:

”Skolhälsovården bör främja hälsosamma levnadsvanor bland barn och föräldrar. Hälsokommunikationen bör vidareutvecklas som en del av det hälsofrämjande arbetet med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Elevernas längd och vikt bör rutinmässigt mätas och dokumenteras.”

Nr 21:

”Utbildning/fortbildning i motiverande samtalsmetodik för förändringar av levnadsvanor i allmänhet och matvanor och fysisk aktivitet i synnerhet bör genomföras för vårdpersonal inom mödra- och barnhälsovård, tandvård, primärvård, specialiserad vård och skolhälsovård. Ett utbildnings/fortbildningspaket bör utvecklas och spridas i samarbete med universitet/högskolor, berörda yrkesorganisationer m fl.”

Nr 67:

”Ämnet Idrott och hälsa bör utvecklas och kvalitetssäkras. Speciellt lågaktiva barns önskemål och behov ska beaktas, liksom genusperspektivet i undervisningen.”

Nr 68:

”Kvalitetsindikatorer för undervisningen om matvanor, fysisk aktivitet och hälsa och hälsofrämjande miljöer avseende matvanor och fysisk aktivitet i förskolan och skolan bör utvecklas och finnas med vid inspektion, granskning och utvärdering.”

Nr 70:

”Ämnet Hem- och konsumentkunskap bör förstärkas. Särskild vikt bör läggas vid matvanornas betydelse för hälsan och kunskap om marknadsföring av livsmedel. Genusperspektivet i undervisningen bör beaktas.”

Nr 72:

”Arbete med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i skolan bör integreras med arbetet att stärka sociala relationer och psykisk hälsa.”

3 Problemställning

Kapitlet tar upp problemet som sedan följs av syftet med rapporten.

3.1 Problemformulering

Övervikt och fetma är ett problem som påverkar hela samhället genom bland annat ökade hälsorisker, kostnader och utanförskap för den drabbade (Statens folkhälsoinstitut, 2002). Därför är det viktigt att samhället tar tag i problemet på ett tidigt stadium. Skolan är den plats förutom hemmet som barnen tillbringar mest tid på i sina uppväxtår. Skolsköterskorna träffar alla barn och har möjlighet att påverka dem genom bland annat tips och råd om hur de ska äta och motionera för att må bra och inte bli överviktiga. Det finns bra handlingsplaner som är utformade av kommun eller landsting om hur man behandlar människor med övervikt, men oftast riktar de sig till flera olika organ och kan då vara väldigt övergripande och endast ha allmänna direktiv. Flera kommuner saknar handlingsplan och riktlinjer för hur man bör behandla barn med övervikt och fetma. För att skolsköterskorna ska få en vägledning och veta vilka riktlinjer de bör ge till överviktiga barn, så kan det underlätta för dem att ha en handlingsplan som riktar sig endast till dem. Vi har därför valt att utforma en sådan.

3.2 Syfte

Huvudsyftet med denna rapport är att utarbeta en handlingsplan för skolsköterskor vid behandling av överviktiga barn. Som delsyfte görs en förstudie för att undersöka om en handlingsplan behövs och hur en sådan i så fall kan se ut.

3.3 Frågeställningar

- 1) Finns det någon handlingsplan till skolsköterskor för behandling av överviktiga barn?
- 2) För de som eventuellt har handlingsplan, hur ser den ut?
- 3) För de skolsköterskor som inte har någon handlingsplan, hur arbetar de?
- 4) Skulle de skolsköterskor som inte har någon handlingsplan vilja ha en?

4 Metod

Metoderna i uppsatsen bestod dels av en förstudie i form av telefonintervjuer och dels av skapandet av en handlingsplan. Först presenteras förstudien, valet av respondenterna, hur intervjun gick till samt hur den analyserades. Därefter redogörs metoderna som användes för framställning av handlingsplanen. Avslutningsvis framkommer de etiska aspekter som har beaktats.

4.1 Förstudie

För att ta reda på om det fanns behov av en handlingsplan för behandling av överviktiga barn för skolsköterskor gjordes en förstudie i form av telefonintervjuer. Vid telefonintervjuerna ställdes ett antal standardiserade frågor, varav flertalet var öppna frågor utan fasta svarsalternativ. Vi använde oss av en intervjuguide och lät skolsköterskorna prata och svaren betades av efterhand (se bilaga 2). Det gjordes för att ge respondenten utrymme att svara med egna ord (Patel & Davidson, 2003). Frågorna ställdes inte i exakt samma ordning till varje intervjuperson.

4.1.1 Val av respondenter

Vi bestämde oss för att intervjua tio olika skolsköterskor från tio olika kommuner. För att bestämma vilka kommuner som skulle vara med i undersökningen gjordes ett tillfällighetsurval. Kriterierna var att inga kommuner skulle ligga i samma län, länen skulle vara jämnt fördelade över hela landet samt att kommunerna skulle ha mellan 20 000-51 000 invånare. I Sveriges nationalatlas (2006) kunde man hitta hur många invånare varje kommun hade i varje län. Utifrån detta valdes en av dem. När de tio kommunerna var valda söktes deras hemsida upp och utifrån den hittade vi telefonnummer till skolsköterskorna. Vi skrev ner ett antal telefonnummer och ringde tills någon svarade. Vi ringde till fem skolsköterskor var. Ibland blev vi hänvisade till någon annan skolsköterska då den uppringda inte hade tid.

4.1.2 Intervjuer

När vi ringde upp skolsköterskorna presenterade vi oss, berättade vårt syfte och frågade om de ville svara på några frågor. Vi informerade om deras anonymitet, varken deras namn eller kommun kommer att publiceras. Vi öppnade intervjun med fråga 1, sedan användes en intervjuguide där frågorna prickades av efterhand då de pratade (se Bilaga 2). De frågor som inte blev besvarade efterhand ställdes. Intervjuerna tog mellan fem och tio minuter och svaren antecknades under tiden. När vi ansåg oss klara tackade vi och frågade om vi kunde höra av oss igen om vi behövde komplettera med någon fråga, vilket i samtliga fall gick bra.

4.1.3 Analysmetod

Svaren från skolsköterskorna renskrevs direkt efter intervjuerna. Utifrån dem sammanställdes en tabell för att man överskådligt skulle kunna se vad alla hade svarat, se Tabell 1 i resultatet. De skolsköterskor som hade en handlingsplan att utgå ifrån skickade över materialet till oss. Dessa sammanställdes dels i flytande text för att man ska få en sammanhängande bild av hur det fungerar i en särskild kommun (se Bilaga 3), dels i en tabell för att man överskådligt kan se likheter och skillnader mellan skolsköterskornas förfarande se Tabell 2 i resultatet. En del

av materialet till de befintliga handlingsplanerna låg till grund för den handlingsplan som framställdes.

4.2 Framtagning av handlingsplan

De metoder som har använts för att skapa en handlingsplan är förstudien, analyser av andra befintliga handlingsplaner i Sverige som till exempel SLL:s handlingsprogram mot övervikt och fetma. Livsmedelsverkets rekommendationer finns självfallet med. Vi har även utgått ifrån ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen som FHI och SLV utformat på regeringens uppdrag år 2005.

4.3 Etiska aspekter

Svaren från skolsköterskorna kodades för att skydda deras identitet samt vilken kommun den kom ifrån. Kodnyckeln kasserades när allt material var sammanställt. Kommunerna är i rapporten numrerade. All datainsamling behandlades konfidentiellt och all möjlighet till identifiering är eliminerad.

5 Resultat

I resultatet beskrivs inledningsvis respondenterna samt resultatet av förstudien. Vidare presenteras en sammanställning av de handlingsplaner som fanns hos de intervjuade kommunerna. Detta följs av en redogörelse för hur utformningen av handlingsplanen gick till och hur den är indelad. Stycket avslutas med en sammanfattning.

5.1 Förstudie

5.1.1 Respondenterna

Då skolsköterskorna skulle kontaktas så valdes inte någon specifik skolsköterska från kommunerna, det blev en intervju med den skolsköterska som svarade först i telefonen. Vår tanke var således att endast tala med en skolsköterska från varje kommun, avsikten var inte att ställa frågor till alla skolsköterskor.

5.1.2 Resultat av förstudien

Intervjuer genomfördes med tio skolsköterskor i landet. Frågorna gick främst ut på att ta reda på om de hade någon handlingsplan att arbeta efter för att ta hand om överviktiga barn. Oberoende av om de hade en plan eller inte ställdes följdfrågor om ämnet. Totalt ställdes åtta frågor. I Tabell 1A finns fråga 1-4 och i Tabell 1B finns fråga 5-8.

Tabell 1A. Intervjuer med skolsköterskor från tio olika kommuner. Fråga 1-4

Kommun	1) Har ni någon handlingsplan att gå efter vid behandling av överviktiga barn?	2) Hur går ni tillväga när ni ser vid en kontroll att ett barn börjar avvika från tillväxtkurvan?	3) När är det dags att samtala med barnet om dess vikt? Ex vid BMI 25?	4) Samarbetar ni med föräldrarna, i så fall på vilket sätt?
1	Nej	Man kontaktar föräldrarna och så informerar vi om kost och motion. Vi har även gått en utbildning i motiverande samtal som vi använder oss av.	Vi använder oss av längd- och viktcurvor. När barnet avviker för mycket från dem är det dags att samtala med barnet.	Ja, vi ger allmänna kost- och motionsråd till dem så att de kan motivera barnen lättare.
2	Nej	Man definierar först barnets övervikt genom en vikt- och längdkurva. Om barnet är mellan 3-7 år avvaktar man behandling om inte barnet lider av extrem fetma. Vid 7-10 år ger man allmänna råd och information. Föräldrarna kan även erbjudas kontakt med skolläkare och/eller dietist. Vid 10-13 år samtalar man med barnet samt att man har kontakt med föräldrar och dietist.	Om vikten ligger tre SD* över längden bör vi kontakta skolläkaren och erbjuda familjen ett möte. Vi har haft fall när en hel klass har fått vara ute och rört extra mycket på sig pga en mycket överviktig flicka i klassen. Då har vi pratat med hela klassen om bra mat och rörelse.	Ja, genom samtal om kost och motion. Vi visar även viktcurvor och försöker förklara hur barnet ligger till. Det är viktigt att försöka motivera föräldrarna.
3	Nej	Man informerar i grupp men även enskilda samtal med dem som behöver.	Vi utgår från BMI och samtalar med barnet innan det når BMI 25.	Ja, i den mån det går. Vi pratar även med föräldrarna om hur viktigt det är att äta bra mat och röra på sig.
4	Nej	Föräldrar kontaktas om man ser att de börjar bli överviktiga. Om de börjar bli väldigt överviktiga kontaktas landstinget och då tar de över.	Vi brukar ha en BMI gräns på 25, men vi tittar naturligtvis på hur barnet ser ut.	Föräldrarna kontaktas om ett barn visar tecken på övervikt. Vi berättar situationen och att vi kommer att stötta barnet och undrar hur föräldrarna ställer sig till det.
5	Nej	Om vi ser på tillväxtkurvorna och IsoBMI att barnet ökar lite för snabbt i vikt samtalar vi extra om mat och motion. Är barnet yngre kontaktas föräldrarna.	När man ser att barnen börjar avvika från tillväxtkurvan.	Om barnet är yngre kontaktas föräldrarna för information om vad som kan göras.
6	Nej	Vi samtalar med eleven och gör en kost och motions anamnes. Hur ser eleven på sin vikt? Är barnet yngre tar vi kontakt med föräldrarna. Vid äldre elever görs ett måltidsschema om eleven är motiverad för det. Vi gör uppföljningar av vikt.	I förskoleklassen när föräldrarna är med pratar vi om vikt. Vi tittar även på BVC** kurvor.	Vi försöker upplysa och motivera föräldrarna och öka deras medvetande utan att skuldbelägga.
7	Ja	Vi jobbar med ett överviktsprojekt som är ett tydligt och omfattande handlingsprogram för hela kommunen.	Elever i FSK-klass*** med BMI över 25, elever i åk 4 med BMI över 30, samt övriga med BMI över 30 som själva söker hjälp och stöd. I förskolan är det i första hand föräldrarna vi pratar med.	Ja, dels genom projektet och nu även efter en revidering på överviktsprojektet så ska föräldrarna även vara med vid varje viktkontroll.
8	Ja	Vi samtalar med barnet och föräldrarna. Vi har föräldragrupper för barn mellan 6-12 år. De löper under ett läsår. Vi använder oss av Dr.Silvias barn och ungdomssjukhus manual. Barnen är också med i en aktivitetsgrupp.	När barnet överstiger ett BMI på 25.	Ja, genom föräldragruppen.
9	Ja	Om jag ser att ett barn ökar i vikt fortare än den växer på längden pratar jag direkt med denna. På högstadiet sker samtalet direkt med barnet annars kallas även föräldrarna.	Så fort man ser att barnet börjar utveckla en övervikt. Även vid samtalen med barnet om deras matvanor, om man hör att de skiljer sig markant från de riktlinjer som finns.	Ja, när barnet går i småskolan. Om de inte är med på förändringarna så fungerar det inte.
10	Ja	Man visar längd- och viktcurvan samt informerar om mat, motion och tv-vanor.	När barnet börjar stiga över sin tillväxtkurva.	Ja, vi ger råd även till dem om hur barnets kost och motion bör vara.

Tabell 1B. Intervjuer med skolsköterskor från tio olika kommuner. Fråga 5-8.

Kommun	5) Pratar ni om kost och motionsvanor med barnen?	6) Samarbetar ni med några andra yrkesprofessioner på skolan?	7) Finns det fall och i så fall när kontaktar/remitterar ni barnet till läkare och/eller dietist?	8) Känner ni behov av en handlingsplan?
1	Ja.	Det finns samarbete med lärarna, vi försöker tillsammans hålla koll på vilka elever som ligger i riskzonen för att bli överviktiga.	Ja, till skolläkaren eller dietist. När barnet blivit alldeles för överviktigt, mellan BMI 25-30.	Ja, det skulle vara positivt om alla skolsköterskor i kommunen arbetade efter samma mönster.
2	Ja, jag tror på att möta barnet i grupp där vi riktar oss till klassen med samtal om frukost, kostcirkel eller tallriksmodell och tala om motion o rörelse.	En gång i månaden träffas rektor, specialpedagoger och skolsköterskan för att diskutera om t ex aktuella elevärenden.	Ja, när vikten ligger tre kanaler över längden.	Ja, tack!
3	Ja. Vid varje kontroll.	Vi pratar med varandra om vi känner att det finns ett behov. Det kan vara bra om fler lärare känner till att man arbetar med övervikten.	Ja, när barnet ligger ca 2 SD över viktcurvan.	Ja, det skulle underlätta om man hade en bra plan att gå efter.
4	Ja, vid varje hälsokontroll.	Det är olika på olika skolor. På vissa skolor är idrottslärarna inkopplade.	När vi inte kan hantera ett överviktsproblem i skolan remitterar vi till barnkliniken. Det är sällan vi kopplar in dietist men det förekommer.	Ja, det skulle underlätta.
5	Vid varje hälsokontroll.	Inte direkt, ev till idrottsläraren om vi anser att något barn måste ta det lugnare pga övervikt och att det annars kan ge skador.	Ja, när vi tycker det behövs så får de en remiss till läkare och/eller dietist. Görs även om barnet ej följer de råd som skolsköterskan ger dem.	Ja, det skulle vi behöva.
6	Vid hälsosamtalen som sker i åk F-klass, åk 2, åk 4 och åk 7.	Inte direkt. Ibland kan lärare komma och prata om elever de är oroliga för som tex inte äter så bra eller äter mycket godis. Idrottslärare kan ibland erbjuda enskild dusch till elev som inte vill delta i idrotten.	När barnet ligger 1.5-2 SD över tillväxtkurvan så skickas barnen till barnmottagningen eller när det finns ökade ohälsotecken.	Ja, det skulle då bli tydligare när vi ska reagera och på vilket sätt vi ska agera.
7	Ja, vi pratar med alla barn i klass 4, 6 och 8, allmänt om kost och motion. I fsk pratar jag också alltid med barnen om deras fysiska aktivitet. Pratar också alltid om frukost- lunch- och middagsvanor.	Skolläkaren informerar till alla lärare om pedagogik och motion. Man vill få barnen att röra på sig minst en halvtimme om dagen. Samarbete även med idrottslärare.	Ja, när man nått en viss grad av fetma så får man tala med skolläkaren som sedan gör uppföljningar.	Finns redan. Se separat sammanställning.
8	Ja, tillsammans med föräldrarna.	Inte direkt.	Ja, när barnet når över 30 i BMI.	Finns redan. Se separat sammanställning.
9	Ja.	Inte direkt. Mellan bespisningspersonal och föräldrar till yngre obesa barn kan samarbete ske i form av att föräldrarna ger riktlinjer till dem om hur mycket barnet får äta.	Ja, när barnet når över 30 i BMI så remitteras de till barnmottagningen.	Finns redan. Se separat sammanställning.
10	Ja, genom de hälsosamtalen som vi har.	Ja, vad gäller de mindre barnen så har man samråd med föräldrarna och lärarna. Ett visst samarbete med idrottslärare där vi ibland säger att ett barn behöver extra rörelse.	Ja, vi kontakter "Viktiga gruppen" för obesa barn mellan 9-12 år. Kontakt sker även med barnspecialist. Detta görs när barnet uppnått BMI 25.	Finns redan. Se separat sammanställning.

På första frågan ”Har du som skolsköterska en handlingsplan att gå efter vid behandling av överviktiga barn?” svarade fyra av tio att de har en handlingsplan som de följer.

På fråga två ”Hur går ni tillväga när ni vid en kontroll ser att ett barn börjar avvika från tillväxtkurvan?” beskrevs tillvägagångssättet. Det skiljde sig lite men i stort sett svarade fem att de informerar lite extra om kost och motion. En skolsköterska svarade att vid 7 års ålder ger de allmänna råd och information samt att föräldrarna kan erbjudas kontakt med skolläkare och/eller dietist. Är barnen över 10 år har man även kontakt med föräldrar och dietist. De fyra kommuner som har handlingsplan arbetar utefter den (för utförligare beskrivning av handlingsplanerna se bilaga 3).

På tredje frågan ”När är det dags att samtala med barnet om dess vikt?” svarade tre när barnet når BMI 25, fem svarade när de ser på tillväxtkurvan att barnet börjar avvika. En svarade att när vikten ligger 3 SD över längden (se Bilaga 4) så kontaktas skolläkare samt att de erbjuder familjen ett möte. Den tionde svarade att de samtalar med elever i förskolan som har BMI 25 eller mer. Äldre elever samtalade respondenten med om de hade ett BMI över 30.

På fråga fyra ”Samarbetar ni med föräldrarna och i så fall på vilket sätt?”, svarade alla ja, men det skiljer mycket på när de tar kontakt med dem. Alla samtalar däremot om hur viktigt det är med kost och motion när de kommer i kontakt med föräldrarna.

På femte frågan ”Pratar ni om kost och motionsvanor med barnen?” svarade alla ja. Åtta av tio gör det vid hälsokontrollerna/hälsosamtalen. En svarade, ja tillsammans med föräldrarna och den tionde svarade att de brukar föreläsa gruppvis för barnen om mat och motion.

Fråga sex ”Samarbetar ni med några andra yrkesprofessioner på skolan?”, blev svaren väldigt olika. Det var endast fyra som har ett kontinuerligt samarbete varav en skolsköterska berättade att hon träffar rektor och pedagoger en gång i månaden för att diskutera elevärenden. Den andra av de fyra skolsköterskorna har samråd med föräldrar och lärare och den tredje berättar att skolläkaren informerar till alla lärare om pedagogik och motion samt ett visst samarbete med idrottslärare sker. Den fjärde samarbetar med lärarna på det sätt att de håller tillsammans lite koll på vilka elever som ligger i riskzonen. De övriga sex svarade att det inte fanns något direkt samarbete men att det ibland kan förekomma.

På fråga sju ”Finns det fall och i så fall när kontaktar/remitterar ni barnet till läkare och/eller dietist?” svarade alla ja på att det finns fall då de remitterar. På följdfrågan när remitteringen sker så svarade två vid BMI 25, ytterligare två svarade vid BMI 30. En svarade när barnet ligger 1.5-2 SD (standardavvikelse) över tillväxtkurvan, en annan vid 2 SD över kurvan och en tredje svarade när vikten ligger tre SD över längden. De övriga tre hade ingen gräns för när de kontaktar läkare utan det görs när de anser det behövs.

På sista frågan, om skolsköterskorna känner behov av en handlingsplan svarade fem av sex (de som inte har handlingsplan) att de skulle vilja ha det.

5.1.3 Handlingsplaner i de intervjuade kommunerna

Genom intervjuerna konstaterades det att fyra av de tio tillfrågade respondenterna hade en handlingsplan att gå efter. Dessa har sammanställts enligt Tabell 2 så att man lätt kan se vad som förenar och skiljer dem åt.

Tabell 2. Sammanställning av de fyra befintliga handlingsplanerna.

Frågor:	Kommun 7	Kommun 8	Kommun 9	Kommun 10
Vem har tagit fram handlingsplanen?	En skolöverläkare.	En leg. psykolog/leg psykoterapeut och en dietist. Båda vid Anorexi-Bulimienheten, Barn och Ungdomspsykiatri samt Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.	Två distriktsläkare.	Landstiget i Uppsala län, utarbetat med Akademiska barnsjukhuset, barnhälsovården, primärvården och skolhälsovården.
Var ska handlingsplanen implementeras?	Förskola och grundskola.	Föräldrar till/och barn mellan 6-12 år med uttalad övervikt eller fetma (genom BVC och skolhälsovården).	Hos barn och ungdomar i Jönköpings län.	Barnhälsovård, förskola och skola.
Kortfattat mål med behandlingen?	Förhindra ökningen av övervikt och fetma bland barn och ungdomar.	Att ge information om bra mat och fysisk aktivitet i grupp.	Att förebygga ökad övervikt och fetma bland barn och ungdomar samt att öka/förbättra aktivitetsgrad, välbefinnande och hälsostatus hos barnen.	Barnen ska minska sitt IsoBMI och bromsa stegringen hos de barn som håller på att utveckla fetma.
Innehåller planen riktlinjer för kost och motion?	Ja, man talar med både barn och föräldrar om kostens och motionens betydelse för hälsan.	Ja, man ger råd och tips på hur man bör äta och hur mycket man bör röra på sig.	Ja, man vill ge bättre matvanor samt bidra till ökad fysisk aktivitet i både skolan och på fritiden.	Ja, det ges konkreta råd på hur man kan prata om energiinkomster och energiutgifter samt andra praktiska råd om vad som är lämpligt att äta.
Läggs det ansvar på föräldrarna under barnets viktminskning?	Ja, det är hela familjen som stimuleras till att lägga om sina levnadsvanor så att barnet kan minska i vikt.	Ja, föräldrarna erbjuds fördjupad utredningsintervju samt en aktivitetsgrupp. Föräldrarna måste samarbeta med barnet.	Ja, det finns en föräldragrupp. De stöttar varandra och går på föreläsningar och träffar som dietist, kock och skolsköterskor har.	Ja, föräldrarna blir mkt involverade och det krävs en stor insats av dem i form av att informera barnet om kost och motion bland annat.
Utformas föräldragrupper som man aktivt kan delta i?	Det framgår inte av handlingsplanen.	Det framgår inte av handlingsplanen.	Ja det gör det.	Nej, inte av vad som framgår i handlingsplanen.
När remitteras barnet till primärvård/barnläkare?	Det är skolläkaren som arbetar med detta överviktsprojekt.	Det framgår inte av handlingsplanen.	Vid BMI 30.	Vid BMI över 30 eller om barnet inte visar tecken på viktminskning efter behandling i 6 mån. Vid BMI över 30 i kombination med misstänkt endokrin störning, tillväxtavvikelse och utvecklingsstörning remitteras oavsett ålder och svårighetsgrad.
Ges exempel på konkreta råd till aktivitet?	Ja.	Ja.	Ja. Det anordnas även olika aktiviteter som barnen får prova.	Ja.
Ges exempel på konkreta tips på vad bra mat är?	Ja.	Ja.	Det görs på träffarna med dietisten.	Ja.
Informeras föräldrarna om hur viktig sömnen är?	Ja.	Det framgår inte av handlingsplanen.	Det framgår inte av handlingsplanen.	Ja.

Som man ser på frågan vem som har tagit fram handlingsplanen så skiljer det sig för varje kommun. Det har varierat mellan Landstinget i samarbete med barnsjukhus och barnhälsovård, skolöverläkare, psykologer, psykoterapeuter, dietister och distriktsläkare. Det som har varit gemensamt för de olika handlingsplanerna är var de ska implementeras. Alla har fått med målgruppen 6-12 år, medan en kommun även tagit med barnhälsovården som även inkluderar de yngre barnen. I kommun 9 har man inte specificerat någon ålder, utan skrivit att det gäller för barn och ungdomar i länet. Tre stycken av fyra visar tydligt att de har som mål att minska utvecklingen av ökade BMI medan en (kommun 8) handlingsplan uttrycker att man vill ge råd om fysisk aktivitet och bra mat. Alla befintliga handlingsplaner ger övergripande men inte specifika råd på vad bra mat och fysisk aktivitet är. Handlingsplanerna ger även föräldrarna råd om delaktighet. En (kommun 8) av fyra handlingsplaner erbjuder föräldrarna att delta i en föräldragrupp. Handlingsplanerna anger lite olika tidpunkter när barnet ska remitteras till skolläkare eller dietist. Kommun 9 har ingen tydlig beskrivning av när detta bör sker. För en utförligare beskrivning av de olika kommunernas handlingsätt se Bilaga 3.

5.2 Utformning av handlingsplan

Handlingsplanen togs fram genom att information bearbetats från Statens Livsmedelsverk, material från Stockholms Läns Landsting samt fyra olika kommuners egna handlingsplaner. Det material som var relevant för en skolsköterskas arbete har plockats ut. Vi har även utgått ifrån FHI och SLV:s underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen som lämnades till regeringen 2005. Information har även hämtats från andra instanser som namnges i handlingsplanen. Kriterier för vilka delar som bör ingå i en handlingsplan har beaktats. Vi har följt SLL:s förslag på hur en handlingsplan kan utformas.

Handlingsplanens syfte är att skolsköterskorna ska ha gemensamma rutiner att arbeta efter. De handlingsplaner som har studerats är väldigt övergripande och riktar sig sällan till en specifik yrkesroll. Med denna handlingsplan vill vi förenkla arbetet för skolsköterskorna, där de har en mall som är framtaget för just dem.

Målet med handlingsplanen är att en konkret arbetsform ska finnas tillgänglig för skolsköterskorna. Handlingsplanen ska hjälpa skolsköterskorna att hjälpa barnen hur man kan äta på ett balanserat sätt för att man ska må bra. För att detta ska uppnås kan föräldrarna implementeras och samarbete sker därför även med dem.

Målet med själva behandlingen är att minska BMI hos barn med fetma, bromsa BMI-utvecklingen för barn som håller på att utveckla övervikt och normalisera BMI hos de barn som är överviktiga. Ett led i denna handlingsplan är att behandlingsmodellen kan utgöra ett hjälpmedel till att förändra ett barns vanor – vilket i sin tur kan leda till att de stabiliserar sin vikt.

I handlingsplanen kan man först läsa om bakgrunden till problemet som sedan följs av en målbeskrivning. Därefter är handlingsplanen indelad i fyra avsnitt. Den första delen är information om vad skolsköterskan bör ha kunskaper om innan han/hon behandlar ett barn enligt SLL. Handlingsplanen talar om hur man kan gå tillväga när man samtalar med barn. Barnombudsmannen⁶ har tagit fram ett material som är till för att göra det lättare för skolsköterskan att planera sina samtal med barnen. Man får råd om hur man till exempel förhåller sig stödjande eller terapeutiskt till barnet.

⁶ Barnombudsmannen är en myndighet vars huvuduppgift är att företräda barns och ungas rättigheter och intressen med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnombudsmannen [BO], 2003).

I del två ges anvisningar på hur skolsköterskan ska gå tillväga när han/hon ser ett barn som är överviktigt eller har fetma. Inledningsvis kan man läsa när man definierar någon som överviktig eller fet. Därefter står det tydligt hur man går tillväga vid samtalen och besöken. Vid första samtalet med barnet skickar skolsköterskan med ett formulär som barnet fyller i tillsammans med föräldrarna. Detta för att få reda på barnets matvanor, rörelsevanor, hereditet och hälsa. Den är till för att underlätta för skolsköterskans fortsatta arbete med barnet. Formuläret går skolsköterskan igenom med barnet och föräldrarna vid första träffen. Det finns flera tips och idéer på vad skolsköterskan kan ta upp med barnet och föräldrarna vid träffarna under del två.

Del tre är frågeformuläret som ges till barnet vid första samtalet samt vid det tredje besöket. I formuläret får barnet svara på sina kostvanor, motionsvanor, sin upplevda hälsa samt arvsanlagen.

Del fyra är ett informationshäfte till föräldrarna. Där kan föräldrarna få konkreta råd på hur exempelvis bra frukostvanor kan se ut, förslag på olika fritidssysselsättningar samt förslag på böcker de kan läsa om de vill fördjupa sig mer. Föräldrarna är en stor hjälp för att ett program av detta slag ska fungera, utan deras medverkan kan man inte räkna med att ett barn kan klara av en viktnedgång eller viktutjämning. Hela handlingsplanen finns som Bilaga 5.

5.3 Sammanfattning

Av de tio kommuner som undersöktes konstaterades att sex av dem inte hade någon handlingsplan. I undersökningen framgick det även att de sätt skolsköterskorna jobbade på skiljer sig från varandra. Utefter detta resultat valde vi att utforma en enhetlig handlingsplan till skolsköterskor. De fyra handlingsplaner som redan fanns låg delvis till grund för den handlingsplan som sedan utarbetades. Även SLL:s handlingsplan, de 79 målen samt WHO:s och SLV:s rekommendationer låg till grund. Handlingsplanen är färdig att implementeras hos vilken skolsköterska som helst i landet, men inga försökspersoner har dock använt materialet.

6 Diskussion

I detta kapitel presenteras inledningsvis metoddiskussionen. Den följs av resultatdiskussionen som tar upp behovet av en handlingsplan, diskussioner kring förstudien och handlingsplanen samt föräldrars påverkan på barn. Slutligen ges förslag på fortsatt forskning.

6.1 Metoddiskussion

Syftet var att utforma en handlingsplan som skulle kunna fungera som underlag för de skolsköterskor som saknar rutiner, eller till dem som vill ha en enkel och konkret handlingsplan som endast är till för skolsköterskor. Vi tror att det skulle underlätta för skolsköterskor i Sverige om man åtminstone inom samma kommun utgår ifrån samma metod/modell. Detta för att alla överviktiga barn ska få möjlighet till samma behandling.

För att ta reda på om det fanns något behov av en handlingsplan intervjuade vi skolsköterskor runt om i landet. Vi ville även ta reda på hur de arbetade i nuläget oavsett om de hade en handlingsplan eller inte. Vi valde att telefonintervjua skolsköterskorna. Anledningen till det var att vi inte hade möjlighet att träffa dem personligen, då respondenterna fanns från Skåne med spridning ända upp till Norrbotten. Det positiva med telefonintervjuer är att man ställer frågorna direkt till respondenten och kan då ställa följdfrågor och även be om förklaringar om det skulle finnas oklarheter. Om vi använt oss av enkäter hade det tagit längre tid då man ska skicka dessa till skolsköterskorna och de ska svara och skicka tillbaka. Många gånger kan det bli ett stort bortfall (Bell, 2000).

För att skolsköterskorna skulle ha varit mer förberedda, kunde man ha skickat ett informationsbrev med frågorna samt boka en telefontid då det passade dem. Detta för att undvika att ringa då de kanske är stressade.

En alternativ metod till intervjuer skulle kunna ha varit en litteraturstudie, genom att söka efter kommuner på Internet och där läsa om de har någon handlingsplan. Reliabiliteten skulle inte bli lika stor då man inte är säker på om kommunerna skrivit om deras handlingsplan eller inte. Frågan är då om man skulle ta för givet att de inte har en plan om det inte fanns något att läsa om det.

När vi valde kommuner var kriteriet att de skulle ha mellan 20 000-51 000 invånare. 25 procent av landets kommuner ligger inom denna ram och vi ville se hur mellanstora kommuner jobbade. Det skulle endast vara en kommun per län vilket gjorde att det blev en bra spridning på dem. Det hade varit intressant om vi hade haft tid att ta reda på om det fanns handlingsplaner i alla kommuner i Sverige. En så omfattande undersökning är dock väldigt tidskrävande då det finns 290 kommuner.

Efter genomförandet av intervjuerna tog vi fram de handlingsplaner som vi hade fått ta del av och började utifrån detta material att forma en handlingsplan för skolsköterskor. Vi utgick även från Stockholms läns landstings handlingsprogram mot övervikt och fetma, och då särskilt den delen som var riktad till skolsköterskor. Fördelen med detta skapande kan vara att vi verkligen arbetat efter befintliga handlingsplaner som vi vet används i praktiken. Nackdelen kan vara att vi inte har breddat oss nog genom att undersöka ännu flera handlingsplaner. Att använda oss av Sveriges Näringsrekommendationer ansåg vi som en självklarhet för att kunna ge goda och genomtänkta kostråd.

På grund av att vår handlingsplan är så omfattande har vi valt att placera den som bilaga, den ska dock ändå ses som en del av resultatet. Eftersom den är en del av resultatet så finns referenserna i rapporten, istället för i slutet av handlingsplanen.

6.2 Resultatdiskussion

6.2.1 Behov av handlingsplan

Genom att intervjua tio skolsköterskor runt om i landet fick vi svaret att sex av dem inte hade någon handlingsplan att arbeta efter. Fem av dessa ansåg att de skulle kunna ha användning av en sådan vilket gjorde att vi beslutade oss för att göra en. Om man hypotetiskt skulle generalisera resultatet innebär det att 60 % av kommunerna i landet inte har någon handlingsplan som skolsköterskorna kan följa. Det skulle innebära att 174 av 290 kommuner inte har någon handlingsplan.

Alla kanske inte tycker att det är en självklarhet att skolsköterskor ska arbeta med att hjälpa barn med sin övervikt, men skollagen säger att skolhälsovården ska hjälpa till att främja barns hälsa och utveckling (Socialstyrelsen, 2004). Då man är överviktig är hälsan oftast inte lika bra som hos en normalviktig (World Health Organization, 2007). För att lagen ska uppfyllas bör skolsköterskan involveras mer i arbetet med att förebygga den ökande andelen av överviktiga barn. De 79 målen ger olika riktlinjer för vad man kan göra för att förbättra hälsan. Med hjälp av ”vår” handlingsplan kan en del av de 79 punkterna implementeras i skolsköterskornas arbete.

6.2.2 Förstudie

Under intervjuerna fick vi svar på om det fanns ett behov av en handlingsplan eller inte. Intervjuerna gav även svar på hur man använde de handlingsplaner som redan fanns och vad de innehöll. Det framgick att alla respondenterna pratade allmänt om kost och motionsvanor vilket är väldigt positivt. På andra frågan om hur de går tillväga när ett barn börjar bli överviktigt så svarade hälften att de pratar lite mer om kost och motion utöver det de säger vid hälsokontrollerna. Detta innebär att de pratar mer med barn som berörs, än vad de genomsnittligt pratar med barnen om kost och motion. Enligt SBU (2002) är det bristen på just kost och motion som gör att barnen blir allt mer överviktiga. Vi har därför i skolsköterskans handlingsplan också lagt stor vikt vid det och ger många tips och råd på roliga aktiviteter och vad man skulle kunna äta. De flesta tips och råd är hämtade från WHO samt SLV.

Under fråga tre, när det är dags att samtala med barnet om dess vikt varierade svaren. En del utgår från BMI, andra efter bestämda standardavvikelser, exempelvis 2 SD över medel på tillväxtkurvan och några hade inga bestämda tal utan samtalade med barnet när han/hon tyckte det var dags. Ett av målen som SLV och FHI skrev i sitt underlag till regeringen var att alla skolsköterskor skulle använda sig av BMI-skalan för att kunna urskilja om ett barn är överviktigt eller inte. I vår handlingsplan utgår vi ifrån att alla ska använda sig av BMI-skalan. Detta bland annat för att man ska kunna göra kontinuerliga uppföljningar på hur många barn som är överviktiga. I nuläget finns det inte någon nationell uppföljning men en studie från FHI visar att det är möjligt att basera ett nationellt system för uppföljning av övervikt hos barn på skolhälsovårdens datoriserade journaluppgifter (Lager, Fossum & Bremberg, 2005).

Det är svårt att mäta hur stora skillnaderna är mellan de som arbetar efter en handlingsplan och de som inte har någon handlingsplan att gå efter. En skillnad dem emellan är att skolsköterskorna samtalar med barnen om dess vikt vid olika tillfällen. Vissa pratar exempelvis med barnet vid BMI 25, vissa pratar med barnet vid BMI 25-30 och någon pratar med barnet när de tycker att det behövs, vilket är en definitionsfråga. I den nya handlingsplanen är det meningen att alla ska gå efter samma normer för att ingen ska bli åsidosatt. Detta kan till exempel innebära att man alltid sätter in behandling när ett barn når BMI 25. Även remittering till läkare sker vid olika tillfällen. Det framgår i den nya handlingsplanen när man bör remittera ett barn till läkaren.

Förmodligen så är likheterna många mellan hur skolsköterskor arbetar nu gentemot den utformade handlingsplanen, men fördelen med handlingsplanen är att alla kan arbeta på samma sätt, efter samma normer och under samma tidsintervall. De flesta skolsköterskorna i vår intervju arbetar på olika sätt, oavsett om de har en handlingsplan eller inte. Exempelvis så konstaterade skolsköterskorna när ett barn ansågs överviktigt olika. Det är just därför som vi anser att det borde finnas en gemensam mall så att alla barn blir behandlade på samma grunder.

6.2.3 Utformning av handlingsplan

I den handlingsplan som vi har skapat har vi utgått ifrån den mall som SLL har utarbetat om vilka delar en handlingsplan bör innehålla (Stockholms Läns Landsting, 2004). Om det efter en utprovning av vår modell skulle behöva läggas till något så skulle detta gå att åtgärda. Exempel på förslag kan vara att man lägger in i handlingsplanen att barnen under behandlingen ska föra en matdagbok där de skriver upp allt de äter. Detta för att man lättare ska kunna se om det är där det brister. För att denna handlingsplan skulle kunna användas så vore det bra om några testgrupper, exempelvis några skolsköterskor, kunde prova att använda den först, detta för att kunna anpassa planen ännu bättre efter skolsköterskans behov.

Som underlag vid utformningen av handlingsplanen använde vi en del av de 79 förslagen som FHI och SLV utformade till regeringen 2005 för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. De tar bland annat upp att elevernas längd och vikt rutinemässigt bör mätas och dokumenteras. Det är bra om alla barns längd och vikt dokumenteras men det är extra viktigt att dokumentera och följa upp barn som avviker från BMI-tabellerna. I nuläget finns det ingen nationell uppföljning av överviktiga barn men det bästa stället att starta en sådan är hos skolsköterskorna då de kommer i kontakt med alla barnen. Om alla använde sig av BMI och IsoBMI skalorna och rapporterade alla avvikelser skulle man kunna kartlägga förändringarna lättare. I vår handlingsplan vägs barnen vid träffarna och man skulle lätt kunna lägga in en rutin att sända över resultaten till någon som har hand om uppföljningarna. En annan insats som de föreslog var att all skolsköterskepersonal skulle använda sig av motiverande samtalsmetodik. Detta är något som vi har skrivit som en baskunskap i handlingsplanen.

För att kunna genomföra och använda den handlingsplan som vi har tagit fram så kan det behövas fler resurser. Detta för att skolsköterskorna ska hinna med det extra arbete som handlingsplanen eventuellt bidrar med. Med den ökande andelen överviktiga barn så borde staten anslå mer resurser på detta ändamål. Anledningen till att vi valde SLL:s handlingsplan när vi utformade vår egen var att vi ansåg att den utgjorde en bra mall. Handlingsplanen från SLL är framtagen av många olika personer som har stor erfarenhet av övervikt och fetma. De som är ansvariga för framtagandet arbetar främst vid olika sjukhus men även vid andra instanser. Att SLL har använt sig av dessa källor gör att den handlingsplanen känns

tillförlitlig. Av de handlingsplaner som vi har studerat har vi sett att de oftast riktar sig till flera yrkesroller än skolsköterskor.

För att få barnen att äta rätt så måste föräldrarna vara införstådda, motiverade och delaktiga i förändringen då det är de som handlar maten. Som Golan, Fainaru & Weizman, (1998) säger är det maten som finns hemma som påverkar mycket vad ett barn äter. Finns det inga kakor, bullar och snacks hemma blir det svårare att få tag i det. I vår utarbetade handlingsplan vill vi att skolsköterskorna samarbetar så mycket som möjligt med föräldrarna så att de i sin tur hjälper barnet till ett bättre levnadssätt.

För att förebygga övervikt och fetma hos barn räcker det förmodligen inte att skolsköterskan pratar och träffar barnen och föräldrarna några gånger samt ger dem informationsblad. Man måste dock börja någonstans. Hela samhället måste vara med och ta sitt ansvar och med de resurser som skolsköterskan har är det troligen denna insats som ryms inom de ramarna. Önskan är att hela skolan integreras i arbetet och att alla strävar efter en sundare livsstil. Skolsköterskan skulle kunna jobba med både lärare, idrottslärare, skolbispisning med mera så att alla jobbar mot samma mål, att förbättra kost och motion hos barnen för ett ökande välbefinnande. Av dem som vi har intervjuat hade endast fyra ett kontinuerligt samarbete med andra på skolan. Integrationen är svår att skriva med i en handlingsplan som ska gälla för alla skolsköterskor då resurserna som sagt skiljer sig från kommun till kommun. För att ett samarbete ska fungera så bör de olika yrkeskategorierna träffas och det krävs mer tid och då också mer pengar. Den kunskapsöversikt som gjordes av SBU år 2004 visade att det är möjligt att förebygga fetma hos barn och ungdomar genom begränsade skolbaserade program där man informerar och stimulerar till bättre dryck- och matvanor, ofta i samband med fysisk aktivitet.

6.2.4 Föräldrars påverkan

Att barn påverkas genom sina föräldrar finns det inga tveksamheter om. Oavsett om de vill det eller inte så tar de oftast automatiskt efter sina föräldrar till viss del (Berg, 2002). Det är mycket viktigt att en förälder därför föregår med gott exempel både vad gäller matvanor och aktivitet. Undermedvetet kan alltså barnet välja att äta samma sorts livsmedel som sina föräldrar på grund av att han/hon tror att föräldrarna gör ett bra val (ibid.). Därför är det viktigt att involvera föräldrarna i behandlingen så att de får förståelse för vad som gäller. Föräldrar bör veta om att de påverkar sina barn, det är en förutsättning för att även de ska kunna bidra till att barnet sköter om sina kostvanor. Föräldrarnas kunskap om hur de påverkar barnet bör informeras genom skolsköterskan. Andra saker som skulle kunna påverka barnets val av mat är tv-reklam. Det gäller då att försöka få barnet att förstå vilka livsmedel som är bra för kroppen och vilka som bara tillför kroppen onödig energi.

Att veta hur man samtalar med barn är ett viktigt led i barnets lärande om att förändra sina vanor (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Även SLV och FHI betonade vikten i sitt förslag till regeringen att utbildning till alla skolsköterskor i motiverande samtalsmetodik borde ges. Ingen utav de tillfrågade skolsköterskorna använde sig av metoden "Motiverande samtal". Hur man pratar med barn (och vuxna) är otroligt viktigt eftersom det avgör hur mycket man kan få en person att öppna upp sig och diskutera kring sina problem. Detta är något som vi skrev i skolsköterskornas handlingsplan att de bör ha som baskunskap inför samtalen med de överviktiga barnen.

En handlingsplan skulle kunna underlätta arbetet med att ta hand om överviktiga barn. Det viktigaste är att inga barn kan "falla mellan stolarna". Skolsköterskan träffar alla barn i grundskolan vilket gör att inget barn hamnar utanför kontrollen.

6.3 Fortsatt forskning

Förslag på vidare forskning kring detta skulle kunna vara att man gör en stor kartläggning som inkluderar alla kommuner i Sverige. Då skulle man sen kunna avgöra exakt hur många kommuner och skolsköterskor som känner ett behov av en handlingsplan. Denna handlingsplan är gjord enbart för skolsköterskor. Då övervikt och fetma börjar bli ett stort problem så krävs åtgärder från flera håll i samhället. För att komma åt problemet på ett tidigt stadium så skulle en liknande undersökning kunna göras på Barnavårdcentralen för att se om de har någon handlingsplan eller om de eventuellt skulle behöva en. Det finns flera olika behandlingsmetoder och sjukhus som jobbar med överviktiga och feta barn, exempelvis gruppsamtal, överviktsteam som Runda barn teamet (Mårild, 2005). Om man vill utveckla handlingsplanen ytterligare kan man lägga till någon av de behandlingsmetoder som finns, och omvandla den så den fungerar även på lokala plan.

7 Slutsats

Det finns både likheter och olikheter i hur skolsköterskorna går tillväga när ett barn är överviktigt. Alla har sitt sätt som de arbetar på. I många fall så fungerar det jättebra men i vissa fall där det inte finns någon handlingsplan att gå efter så går skolsköterskorna lite på känn när barnen anses överviktiga och när de bör remitteras vidare. Då övervikt och fetma utbreder sig mer och mer så bör det finnas gemensamma rutiner för hur och när de ska behandlas. Med denna handlingsplan kan skolsköterskorna få en vägledning om hur de ska gå tillväga när ett barn blivit överviktigt.

8 Källförteckning

- Abrahamsson, L., Andersson, I., Aschan-Åberg, K., Becker, W., Göranson, H., Hagren, B., Håglin, L., Jonsson, I., Jonsson, L. & Nilsson, G. (2003). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.
- Aizen, I. (2001). Hämtad 3 feb, 2007, från www.people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link
- Arnemo, M. (2002). *Livsmedelstabell: Energi - och näringsämnen*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Barnombudsmannen. (2003). *Om Barnombudsmannen*. Hämtad 7 december, 2006, från Barnombudsmannen: www.bo.se/Adfinity.aspx?pageid=4
- Barnombudsmannen. (2004). *Att samtala med barn och unga*. Hämtad 1 december, 2006, från Barnombudsmannen: www.bo.se/Files/publikationer,procent20pdf/Samtala_med_barn2004.pdf
- Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, C. (2002). *Influences on schoolchildren's dietary selection: Focus on fat and fibre at breakfast*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Pedagogiska institutionen.
- Björntorp, P., Rössner, S. & Uddén, J. (2001). "Tröstätning" ingen myt – kortisolstegringen vid stress ger leptinresistent fetma. *Läkartidningen*, 48(98), 5458-5461.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243.
- Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland. (2004). Folkhälsovetenskapligt centrum i Linköping: *Motiverande samtal vid övervikt och fetma*. (2004:7) Hämtad 9 januari 2007, från Landstinget i Östergötland: www.lio.se/fhvc
- Gately, P. J., Cooke, C. B., Butterly, R. J., Mackreth, P. & Carroll, S. (2000). The effects of a children's summer camp programme on weight loss, with a 10 month follow-up. *International Journal of Obesity*, 24(11), 1445-1452.
- Gillis, L. J., Kennedy, L. C., Gillis, A. M., & Bar-Or, O. (2002). Relationship between juvenile obesity, dietary energy and fat intake and physical activity. *International Journal of Obesity*, 26(4), 458-463.
- Golan, M., Fainaru, M., & Weizman, A. (1998). Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *International Journal of Obesity*, 22(12), 1217-1224.
- Goran, M. I., Reynolds, K. D. & Lindquist, C. H. (1999). Role of physical activity in the prevention of obesity in children. *International Journal of Obesity*, 23(3), 18-33.

Hebebrand, J., Wulftange, H., Goerg, T., Ziegler, A., Hinney, A., Barth, N., et al. (2000). Epidemic obesity: are genetic factors involved via increased rates of assortative mating. *International Journal of Obesity*, 24(3), 345-353.

Hood, M. Y., Moore, L. L., Sundarajan-Ramamurti, A., Singer, M., Cupples, L. A. & Ellison, R. C. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, 24(10), 1319-1325.

Institute of medicine. (2004). *Preventing Childhood Obesity in the United States: Facts and figures*. Hämtad 4 oktober, 2006, från Institute of medicine:
<http://www.iom.edu/Object.File/Master/22/606/FINALfactsandfigures2.pdf>

Janson, A., & Danielsson, P. (2003). *Överviktiga barn: En handbok för föräldrar och proffs*. Stockholm: Forum.

Lager, A., Fossum, B., & Bremberg, S. (2005). *Övervikt bland barn – nytt system för nationell uppföljning* (R2005:20). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Maffei, C., Provera, S., Filippi, L., Sidoti, G., Schena, S., Pinelli L., et al. (2000). Distribution of food intake as a risk factor for childhood obesity. *International Journal of Obesity*. 24(1), 75-80.

Magnergård-Bjers, C. (2005, 5 maj). Svenska barn allt fetare. *Sundsvalls Tidning*. Hämtad 10 december, 2006. http://www.st.nu/nyheter/lokalt.php?action=visa_artikel&id=468634

Must, A. & Strauss, R.S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 23(2), 2-11.

van Mil, E. G. A. H., Goris, A. H. C. & Westerterp, K. R. (1999). Debate: Physical activity and the prevention of childhood obesity—Europe versus the United States. *International Journal of Obesity*, 23(3), 41-44.

Mårild, S. (2005). *Runda barn teamet vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus Silvias barn och ungdomssjukhus i Göteborg*. Hämtad 18 november från Rundabarn:
www.svo.se/episerver4/dokument/sks/aktuellt/press/2005/Rundaprocent20barnprocent20teametprocent20vidprocent20Drottningprocent20Silviasprocent20BUSprocent20majprocent202005.pdf#search=procent22rundaprocent20barnprocent22

Nordlund, G., Norberg, H., Lennernäs, M., Gillberg, M. & Pernler, H. (2004). Dygnsrytm och skolarbete (Rapport, nr. 74). Umeå Universitet: Pedagogiska institutionen.

Park, M.K., Menard, S.W. & Schoolfield, J. (2001). Prevalence of overweight in a triethnic pediatric population of San Antonio, Texas. *International Journal of Obesity*, 25(3), 409-416.

Patel, R & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, U & Ödegaard, K. (2005). *Indirekta kostnader till följd av sjukdomar relaterade till övervikt och fetma* (e-rapport, 2005:3). Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
http://www.ihe.se/publiceringar/IHE%20e-rapport%202005_3.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2002:160. *Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2004:173. *Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
Statens folkhälsoinstitut 2002:06. *Åtgärder mot fetma: Nationell inventering av pågående studier/projekt avseende fysisk aktivitet och kost för att förebygga övervikt och fetma*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Ingen handlingsplan för ökande problem med övervikt och fetma*. Hämtad 5 oktober, 2006, från Statens folkhälsoinstitut:
<http://www.fhi.se/upload/ar2006/Presentationer/15procent20maj/Haartman15maj2006.pdf#search=procent22handlingsplanprocent20motprocent20fetmaprocent22>

Statens folkhälsoinstitut 2005:20. *Övervikt bland barn – nytt system för nationell uppföljning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens Livsmedelsverk. (2007). *Samband mellan mat och hälsa*. Hämtad 20 mars, 2007, från Statens Livsmedelsverk:
http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=14603&epslanguage=SV

Statens Livsmedelsverk. (2007). *Kostråd för barn*. Hämtad 20 mars, 2007, från Statens Livsmedelsverk: http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=14754&epslanguage=SV

Stockholms läns landsting. (2004). *Handlingsprogram övervikt och fetma 2004*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Socialstyrelsen. (1991). *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001 – Tematiska översikter och analyser*. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsens offentliga kompendium.

Sveriges nationalatlas. (2006). Hämtad 22 november, 2006, från Sveriges nationalatlas:
<http://www.sna.se/webbatlas/lan/index.html>

World Health Organization. (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry* (WHO technical report series, 854). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2006). *Obesity and overweight – Fact sheet nr 311 sept 2006*. Hämtad 10 januari, 2007, från World Health Organization:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>

World Health Organization. (2007). *Obesity and overweight*. Hämtad 9 januari 2007, från World Health Organization: www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes_obesity.pdf

Bilagor

Bilaga 1 IsoBMI tabell

Bilaga 2 Intervjufrågor till skolsköterskor

Bilaga 3 Handlingsplaner - sammanställda

Bilaga 4 Tillväxtkurva

Bilaga 5 Handlingsplan
IsoBMI tabell

Bilaga 1

Tabellen visar BMI-gränser för övervikt och fetma hos barn, både pojkar och flickor, mellan 2 och 18 år. Gränserna är definierade så att de motsvarar BMI > 30=fetma vid 18 års ålder.

Ålder	BMI > 25		BMI > 30	
	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	25.00	25.00	30.00	30.00

Referens:

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243.

- 1) Har ni någon handlingsplan att gå efter vid behandling av överviktiga barn?
- 2) Hur går ni tillväga när ni ser vid en kontroll att ett barn börjar avvika från tillväxtkurvan?
- 3) När är dags att samtala med barnet om dess vikt? Exempelvis vid BMI 25?
- 4) Samarbetar ni med föräldrarna, i så fall på vilket sätt?
- 5) Pratar ni om kost och motionsvanor med barnen?
- 6) Samarbetar ni med några andra yrkesprofessioner på skolan?
- 7) Finns det fall och i så fall när ni kontaktar/ remitterar barnet till läkare och/eller dietist?
- 8) Känner ni behov av en handlingsplan?

Kommun 7

I kommun 7 arbetar man med ett "Överviktsprojekt". Detta finns att tillgå för alla skolsköterskor i kommunen samt annan berörd personal. I denna kommun är det en skolöverläkare som har tagit fram materialet och det startades hösten 2005. Projektet introducerades i förskola och grundskola och målet med detta projekt är att förhindra ökningen av övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Man har valt att dela upp projektet i två delar:

1. Att skapa attityder och en miljö som stimulerar barnen att utveckla kost- och motionsvanor som minskar risken för övervikt.
2. Att erbjuda barn och ungdomar med övervikt/fetma och deras föräldrar stöd/behandling med två års uppföljningstid. Då barnen är många och skolhälsovårdens resurser är begränsade har de beslutat att prioritera barn i förskoleklass med fetma (IsoBMI >30) och barn i årskurs fyra med övervikt eller fetma (IsoBMI >25).

Efter medicinsk bedömning sätter de tillsammans upp ett långsiktigt mål för behandlingen. Arbets sättet är lösningsinriktat och går ut på att med så små förändringar som möjligt nå det uppsatta målet. Modellen innehåller utbildning om hur kroppen fungerar, kostens betydelse och motionens betydelse med mera. Skolläkaren gör den medicinska bedömningen och skolsköterskan erbjuder regelbunden uppföljning med viktkontroller. Familjen ska stimuleras till att själva förändra levnadsvanor som man sedan följs åt med. Skolöverläkaren beskriver att man vill arbeta primärpreventivt samt skapa en miljö som bidrar med sunda levnadsvanor, bra val och friskvårdsaktiviteter. Man vill även erbjuda stöd och uppföljning. Familjen erbjuds att delta i detta projekt och föräldrarna måste skriva under ett kontrakt för att få delta. Varje barn deltar sedan i en så kallad viktskola. En uppföljning görs hos skolsköterskan med 1-3 månaders intervall och ett läkarbesök görs efter 3, 6, 12 och 24 månader. Under dessa uppföljningar tar man upp vad som har fungerat bra respektive dåligt, vad man har bestämt för upplägg, hur man tror att det har gått mm. Man gör även en viktkontroll. När man har avslutat en tvåårsuppföljning så gör man en viktutveckling som man uttrycker i BMI-SDS (BMI-avvikelse från medel-BMI uttryckt i standarddeviationer). Vårdnadshavarna får sedan fylla i en enkät om vad som upplevts som bra och dåligt med programmet.

Inriktningsmål:

- All personal som kommer i kontakt barnen i skolan ska känna till hur levnadsvanor påverkar människan i avseende risken för övervikt.
- Skolhälsovården ska kunna erbjuda ett effektivt program med utbildning, stöd och uppföljning för de barn och föräldrar som önskar hjälp med överviktsproblematik.
- Ökningen av andelen överviktiga och feta barn ska hejdas.

Man har valt att fokusera på fyra miljöaspekter: Kunskap/attityder, miljö, kostvanor och fysisk aktivitet. Samarbete kommer att ske med skolans personal, föreningslivet (lokala föreningar kommer att visa upp sin verksamhet), folkhälsorådet med flera.

Kommun 8

Kommun 8 använder sig av en modell som är framtagen av en legitimerad psykolog/leg psykoterapeut och en dietist. Båda arbetar vid Anorexi- Bullimienheten, Barn och Ungdomspsykiatri samt Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Metodens syfte är att ge information om bra ätande och fysisk aktivitet i grupp. Man arbetar med små kontinuerliga steg för att förändra ätande och fysisk aktivitet. Dessa steg handlar om attityder till mat, tanke och fysisk aktivitet samt problemlösningstekniker. En strukturerad föräldrantervju görs där man försöker få en uppfattning av hur barnets ät- och aktivitetsmönster ser ut. Föräldrarna ska vara motiverade till gruppbehandling och de ska vara närvarande regelbundet. Man arbetar även med emotionell anpassning hos barnet samt familjens sociala situation. Målsättningen med arbetet är att barnet ska äta regelbundet och lagom mycket. Maten ska även vara hälsosam. Barnet ska aktivera sig fysiskt för att på sikt kunna bibehålla en normal vikt. Betoningen ligger just på att hålla vikten, då det leder till viktminskning eftersom barnet växer på längden. Föräldrarnas roll är mycket viktig och det krävs att de deltar i förändringarna.

En grupp kan bestå av högst åtta föräldrapar, och gruppen är sluten (man tar ej in fler medlemmar efter kursens start). Den totala tiden för grupparbetet ligger på åtta månader och delas in i intensivfas och uppföljningsträffar.

För att delta i föräldragruppen ska man:

- Vara föräldrar till ett barn mellan 6 och 12 år som har uttalad övervikt eller fetma.
- Som förälder vara medveten om behovet av att göra förändringar i ätande och fysisk aktivitet samt vara motiverad att arbeta med förändringarna.
- Som förälder acceptera regler för närvaro-, återbud, sekretess och hemuppgifter.
- Vara positivt inställd till att arbeta i grupp, så att de i gruppen är beredda att tala om sina problem och hur de kan lösas.
- Som förälder vara villig att hjälpa andra i gruppen genom att lyssna och ge kommentarer.

De föräldrar som väljer att delta erbjuds en fördjupad utredningsintervju samt en aktivitetsgrupp. Barnet vägs en gång/termin. Om barnet har uppnått fetma eller om samtalsgruppen ej har gett någon effekt så erbjuds skolläkarkontakt. Skolläkaren kan sedan ordinera prover från blodtryck, TSH (thyreoidea stimulerande hormon), hemoglobin, kolesterol, HDL (high-density lipoprotein), LDL (low-density lipoprotein) och B-glukos. Sedan kan han/hon ge remiss till barnklinik eller dietist. Goda råd ger man under projektets gång, dessa kan vara: att man ska lära barnet att skilja mellan vardagsmat och guldkanter, att man ska återinföra lördagsgodiset (för ca tio kronor). Det är en fördel om man lär sig var man hittar kalorierna, därför kan nyckelhålmärkningen vara ett bra alternativ att gå efter vid val av livsmedel. Det är bra om man även lär sig att bara ta en portion av maten, är man efter den fortfarande hungrig så kan man istället äta mer grönsaker, det får barnet äta nästan fritt av. Barnet bör äta efter tallriksmodellen och det är viktigt att man äter frukost. Många hoppar idag över den. Törsten bör släckas av vanligt vatten, läsk ska barnet helst aldrig dricka. Överviktiga barn ska helst också helt undvika sådan mat som lätt kan rasera en hel veckas ansträngning, dessa kan vara chips, choklad utöver lördagsgodiset, läsk, jordnötter, o'boy mm. Ett bra mellanmål rekommenderas, det kan vara frukt eller knäckebröd med pålägg. Vardagsmotion ska gärna uppgå till 30 minuter per dag. Sist men inte minst vill man tipsa om att aldrig använda mat och godis som belöning.

Kommun 9

Den handlingsplan som används av kommun 9 heter Vårdprogram – mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Det är två distriktsläkare som har tagit fram programmet. En kort sammanfattning av vad programmet innehåller är:

- Övervikts- och fetmaproblematiken kräver samlade insatser på flera nivåer i samhället.
- Preventionsarbetet utgår från samhällsinriktade åtgärder.
- Arbetar man med barn och ungdomar inom kommun och landsting så ska riskgrupper identifieras tidigare.
- Barn och ungdomar med fetma ska erbjudas hjälp under lång tid.
- Man bör samordna resurser och höja kunskapsnivån för alla som arbetar inom barn- och ungdomsverksamheter.
- Samverkan sker mellan kommun, landsting och övriga berörda organisationer genom utveckling och uppföljning.

Vårdprogrammet innehåller ganska mycket bakgrundsfakta som rör barnfetman och dess utveckling, vad som är orsakerna samt symtomen och kroppsliga konsekvenser. Målet med detta vårdprogram är att i första hand förebygga ökad övervikt och fetma bland barn och ungdomar samt att öka/förbättra aktivitetsgrad, välbefinnande och hälsostatus hos barnen. Viktiga delmål kan vara att få godare matvanor genom att öka konsumtionen av frukt och grönsaker. Ett minskat intag av fett och socker är att föredra. Man vill bidra till mer fysisk rörelse i skolan och i anslutning till skolvistelse samt mer fysisk rörelse under fritiden. Hela samhället behöver aktiveras för att få fram sundare levnadsvanor och det räcker inte att behandla de som redan blivit överviktiga. De som arbetar med samhällsplanering och skolans utvecklingsarbete är viktiga som samarbetspartners. Landstingets folkhälsoavdelning och kommunernas lokala Folkhälsoråd är naturliga forum för att utforma samhällsinriktade strategier för att förebygga övervikt och fetma.

Åtgärder som föreslås:

- Fortsatta långsiktiga och intensifierade satsningar från Folkhälsoavdelningen och de lokala Folkhälsoråden i samverkan med kommuner och ungdomsorganisationer med inriktning på samhällsinriktade åtgärder i avsikt att "Hålla länet i rörelse".
- Alla föräldrar erbjuds hälsosamtal med stöd av Hälsokurvan på BVC när barnet fyllt ett år som en allmänpreventiv åtgärd.
- I samband med tre- och femårskontrollen göra regelbunden mätning av barnet samt föra dialog kring barns aktivitet/utevistelse.
- Identifikation och stöd inom skolhälsovården åt elever med övervikt/fetma.
- Barn och ungdomar ska kunna identifieras om de är i riskzonen.
- Vårdgivare bör utbildas och handledas.
- Det ska finnas tillgång till beteendevetenskaplig kompetens riktad mot hälsorelaterade livsstilsförändringar.

Detta vårdprogram är framtaget av länets landsting och gäller för alla kommuner. För att uppfylla dessa mål har kommunen som vi har undersökt startat ett överviktsteam. Där ingår bland annat skolsköterskor, en dietist, en psykolog och en kock. De ordnar olika träffar och barnen får prova på olika idrotter. Dietisten håller föreläsningar och kocken ordnar matkvällar. Det finns även en föräldragrupp då föräldrar till överviktiga barn träffas och utbyter gemensamma tankar och funderingar samt ger varandra råd och tips. Gruppen får stöd från psykolog och skolsköterska.

Kommun 10

I kommun 10 har man tagit fram ett vårdprogram som skolsköterskorna kan arbeta med (från ”Övervikt och fetma hos barn”, Landstinget i Uppsala län). Programmet är utarbetat tillsammans med Akademiska barnsjukhuset, barnhälsovården och primärvården samt skolhälsovården i Uppsala län. Målet med detta vårdprogram är att alla i vården ska öka sin kunskap om bemötande och behandling av barn och ungdomar som har övervikt eller fetma. Man vill ha en generell handlingsplan så att alla berörda möts av samma budskap vilken vårdgivare han/hon än träffar. Programmet är till för att lägga en grund för förebyggande insatser i barnhälsovård, förskola och skola. Riktlinjerna finns till för att man lättare ska kunna identifiera barnen och därmed ge dem adekvat behandling. Skolhälsovårdens uppgift är bland annat att övervaka barns och ungdomars tillväxt och viktutveckling genom att göra återkommande mätningar av längd, vikt och IsoBMI i förskoleklass, årskurs fyra, sex, åtta samt första året på gymnasiet. Man vill verka för goda mat- och motionsvanor i skolan och en timmes rörelse per dag i skolan. Man vill minimera att barnen får i sig kioskmat, läsk och godis i skolorna. En samverkan förs genom föräldrautbildning och individuella hälsosamtal, man betonar vikten av föräldrarnas betydelse som resurser. Det är föräldrarna som är de viktigaste attitydskaparna av mat- och motionsvanor hos barnen.

Målet med behandlingen är att de överviktiga barnen ska minska sitt IsoBMI och att man vill bromsa IsoBMI-stegringen hos de barn som håller på att utveckla fetma. För att uppnå målen vill man skapa en bestående beteendeförändring samt få en stabil balans mellan energiförbrukning och energiintag. Programmet innehåller råd om hur man kan öka förbrukningen genom aktivitet och hur man kan minska intaget genom mindre energitäthet i kosten. Man vill åstadkomma en negativ energibalans vilket ger en nedgång i vikt. Dock så påverkas människan av sina gener, så för vissa människor är detta svårare än för andra. Att få både barn och föräldrar att förändra sitt beteende är en central roll i behandlingen. Det skulle kunna innebära att hela familjens livsstil skulle behöva förändras genom nya mat- och motionsvanor. Föräldrarna kan behöva föregå med gott exempel samt ta ansvar för att sätta gränser för barnet. Man ska undvika att belöna och straffa med mat. Samverkan mellan personer i barnets omgivning (till exempel mor- och farföräldrar) är väldigt viktig, det är en fördel om alla vet vad det är som gäller för att barnet ska kunna ändra sin livsstil. Det kan vara bra att sätta upp olika delmål och att inte fixera sig för mycket runt vikten. Man kan gärna ge belöningar för ett uppnått mål. En mat- och aktivitetsdagbok kan vara till stor hjälp för många föräldrar.

Ansvarsuppdelning – olika vårdnivåer:

1. Barnhälsovården och skolhälsovården

Generell primärprevention. Behandling av barn med okomplicerad övervikt (IsoBMI 25-30).

2. Primärvården/barnläkare i öppenvården

Utredning och konsultation av barn med svårbehandlad övervikt och okomplicerad fetma (IsoBMI över 30).

3. Barnsjukhuset

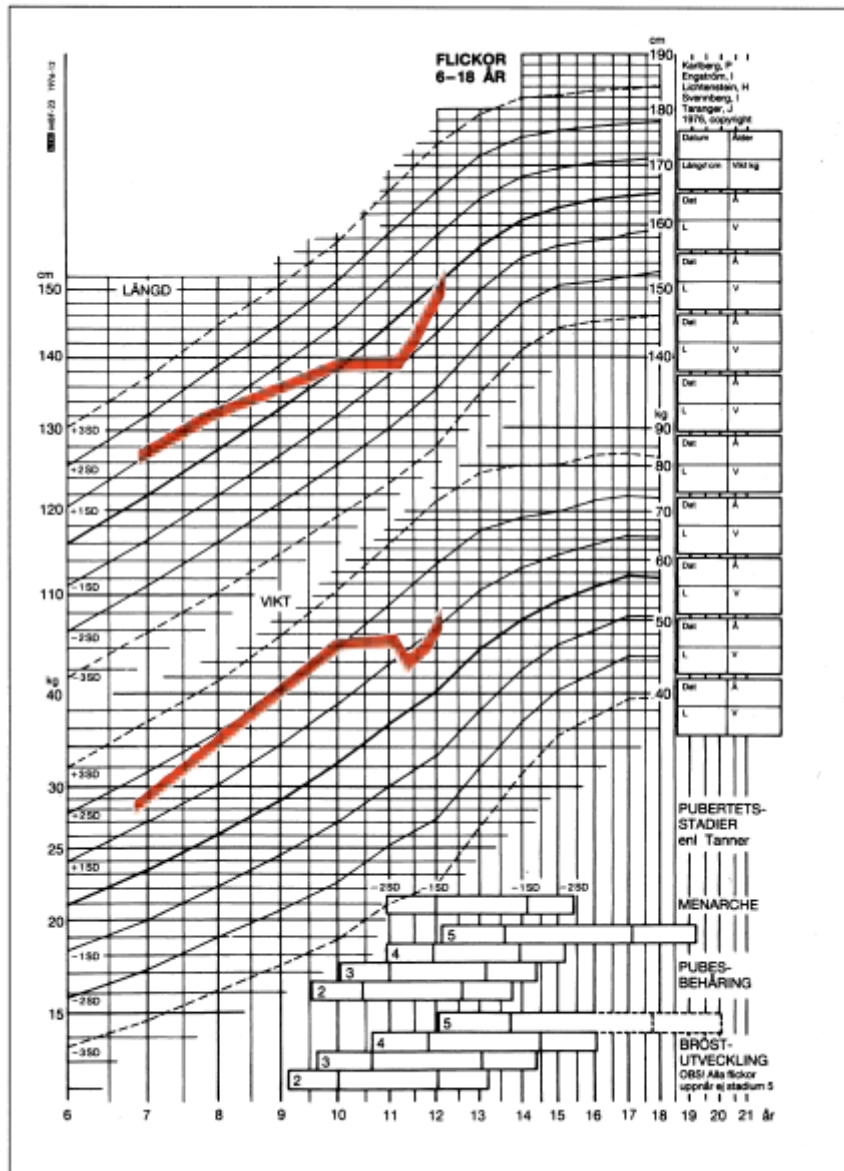
Utredning, konsultation och behandling av barn med behandlad fetma (IsoBMI över 30). Barn med ytterligare riskfaktorer.

4. Rikscentrum

Behandling av barn med mycket svårbehandlad fetma och komplikationer.

Den primära behandlingen och uppföljningen sker hos barnhälsovård och skolhälsovård. De andra nivåerna ska agera som stöd och komplement.

De sju översta linjerna visar längdkurvan. Linjen i mitten av de sju översta är normallängden. De sju undre linjerna visar viktcurvan. Linjen i mitten av dessa är normalvikten. De två tjocka linjerna visar tillväxten hos en 12 årig flicka.



Referens:
Eli Lilly. (2004) *Kortvuxenhet*. Hämtad 17 januari, 2007, från Eli Lilly:
http://www.lilly.se/terapiomraden/tillvaxthormon/download/Broschyr_kortvuxenhet.pdf

Handlingsplan för skolsköterskor

Handlingsplan för skolsköterskor

Enligt World Health Organization [WHO] (2000) har en fetmaepidemi utbrutit. Den största orsaken till att barnen blir allt större är deras stillasittande vardag och att de får i sig mer energi än vad de hinner göra av med (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2002). För att förhindra att obesitas ökar i sin omfattning är det viktigt att man utvecklar åtgärder som förebygger uppkomsten av sjukdomen (Abrahamsson et al., 2003). Enligt SBU (2004) anses det nu fastställt att det går att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar genom interventionsprogram i skolan, med information och stimulans till bättre matvanor och ökad fysisk aktivitet. För en skolsköterska kan det underlätta om det finns en konkret handlingsplan att arbeta efter när man ska ta hand om överviktiga barn. Med utgångspunkt från ett material som heter ”Handlingsprogram övervikt och fetma” från Stockholms läns landsting har en plan tagits fram som riktar sig endast till skolsköterskor (Stockholms läns landsting [SLL], 2004).

Mål

Målet med handlingsplanen är att skolsköterskorna lätt ska veta hur de ska gå tillväga när de kommer i kontakt med överviktiga/feta barn. Handlingsplanen i sig ska bidra med att barn i skolåldern lär sig att äta bra mat och får goda råd om hur man kan röra på sig i skolan och på fritiden. Målet med behandlingen är att bromsa IsoBMI utvecklingen för barn som håller på att utveckla fetma och normalisera IsoBMI hos överviktiga barn.

Handlingsplanen är indelad i fyra avsnitt där den första delen är information om vad du som skolsköterska bör ha kunskaper om innan du behandlar ett barn. Det står även lite om hur man samtalar med barn och vad man bör tänka på. Denna information har Barnombudsmannen⁷ skrivit i en text från 2004. Andra delen förklarar hur du går tillväga när du ser att ett barn blivit överviktigt. Tredje delen är ett frågeformulär som barnet och dess föräldrar ska fylla i. Det finns också tips om vad du kan ta upp när ni går igenom frågeformuläret tillsammans. Slutligen finns ett häfte som du skickar med föräldrarna hem. Där står det praktiska tips och råd om vad de kan äta och förslag till olika motionsformer. Handlingsplanen är till för alla barn i grundskolan, alltså barn från förskolan upp till och med högstadiet.

⁷ Barnombudsmannen är en myndighet vars huvuduppgift är att företräda barns och ungas rättigheter och intressen med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnombudsmannen [BO], 2003).

Del 1

Vad du som skolsköterska bör ha kunskap om och tillgång till enligt SLL (2004):

- Kunskap om hur fetma påverkar längdtillväxt.
- Kunskap om ärftlighetens betydelse.
- Kunskap om hur fetma ökar risken för bl a typ 2-diabetes, cancer, hjärtsjukdomar, leversjukdom, menstruationsrubbnings hos flickor och bröstutveckling hos pojkar.
- Tillgång till tillväxtkurvor, BMI-kurvor och IsoBMI-kurvor.

Vad man också bör ha förkunskaper i är ”motiverande samtal”. Det är en metod som är utvecklad av professorn och psykologen William R Miller. Målet är att man ska öka klientens vilja att förändra. Metoden medför minskat motstånd i samtal om livsstilsförändringar och medför att man blir mer effektiv i att leda dessa processer. Grunderna i motiverande samtal finns att ladda ned som Pdf-fil på Folkhälsoinstitutets hemsida.

Att tala med barn

Hur man ska förhålla sig till ett barn i ett samtal beror på vilken sorts samtal det är och vart det ska leda (Barnombudsmannen, 2004). Det kan vara viktigt att man skiljer på olika typer av samtal, till exempel om det är ett utredande samtal eller ett behandlande samtal. I en skrift som är framtagen av Barnombudsmannen kan man läsa att det kan vara bra om man förstår barnets sociala situation och att man förhåller sig stödjande eller terapeutisk i ett behandlande samtal. Materialet heter ”Samtala med barn och unga” och vänder sig till vuxna som möter barn i sin yrkesroll.

Några saker som man kan tänka på vid samtal med barn är enligt BO (2004):

- Att alla ska presentera sig. Barnet bör veta vad du arbetar med och vad ditt jobb ska gå ut på.
- Att barnet i god tid får reda på när samtalet ska äga rum och vad det ska handla om.
- Att skapa en trygg och lugn samtalsmiljö (ex inga telefoner som ringer eller personer som kommer och går).
- Att ta reda på om det finns någon viktig bakgrundsfakta om barnet att ta del av, det kan till exempel vara om barnet skulle ha ett annat modersmål än svenska eller om barnet har något funktionshinder.
- Förklara svåra ord för barnet så att det hänger med på vad som sägs.
- Att strukturera samtalet innan, förbereda en inledning och en avslutning.
- Att placeringen i rummet är viktigt, en stödperson (exempelvis en förälder) kanske kan sitta snett bakom barnet om det är barnet som ska samtala med i detta fall skolsköterskan.
- Att om tolk måste användas så se till att samarbete sker och att tolken följer en god tolksed.
- Att informera om vad som kommer att hända under samtalet, att det är okej för barnet att gå på toaletten och att man kan avbryta och fråga om det är något man inte förstår.
- Inled alltid ett samtal genom att ”värma upp” barnet. Man kan till exempel fråga om vad barnet tycker är roligt att leka med på fritiden o s v.
- Lyssna på barnet och var koncentrerad.
- Börja med att ställa öppna frågor så att barnet kan tala fritt.
- Avsluta samtalet på ett bra sätt, tacka för att han eller hon kunde komma.

Dessa tips kan vara bra att gå efter när man ska samtala med barn, oavsett om det är svåra eller mindre svåra saker som man ska samtala om.

Del 2

Vid konstaterad övervikt

Här ges tydliga anvisningar på hur du ska gå tillväga när du ser ett barn som är överviktigt eller har fetma. Har ett barn ett BMI mellan 25 och 30 definieras det som övervikt se Bilaga 1 (Cole et al., 2000). Ett BMI över 30 definieras som fetma. Om ni endast utgår från tillväxtkurvorna så räknas det som övervikt när barnet har ökat mer än 1,5 SD se Bilaga 4. Önskan är dock att alla använder sig av BMI-skalan då en nationell uppföljning eventuellt ska startas. Det är lättare att dokumentera detta i datorn och att sända iväg det. Behandling bör påbörjas när barnet nått ett BMI på 25.

Vid konstaterad avvikelser från tillväxtkurvan, visa kurvorna för barnet och förklara situationen. Säg att du kommer att kontakta dennes föräldrar för en gemensam träff. Skicka med frågeformuläret (Del 3) och be barnet fylla i det tillsammans med en eller båda föräldrarna och att de tar med sig det vid träffen.

Första samtalet med förälder, per telefon

1. Prata om barnets vikt på ett avslappnat men informerande sätt.
2. Berätta om frågeformuläret som du skickat med barnet hem.
3. Fråga föräldern om han/hon kan komma till mottagningen för mer information.
4. Om föräldern är tveksam eller avböjer, fråga om vi kan få återkomma om en vecka, så föräldrarna kan tänka på saken.
5. Om föräldern tackar ja- boka vi en tid inom en vecka.
6. Det bästa vore om båda föräldrarna kan komma, särskilt om de lever åtskilt och barnet är hos båda.

Första besöket

Betona att det inte är meningen att barnet ska banta. Tips och åtgärder sätts in nu för att förhindra att barnet ökar mer i vikt. Om man behåller vikten när man växer blir det som att gå ner i vikt (Jansson & Danielsson, 2003).

Det är avgörande att föräldrarna själva deltar i förändringarna och på så sätt samarbetar med barnet. Det är mer effektivt att motverka övervikt och fetma hos barn än hos vuxna.

Med hjälp av föräldrar och andra vuxna i barnets närvaro är det lättare att ändra matvanor när man är yngre, samt är det lättare för barn än vuxna att öka sin fysiska aktivitetsnivå (SLL, 2004).

Här är det lämpligt att använda sina kunskaper i ”motiverande samtal”.

1. Visa kurvorna för alla och förklara situationen.
2. Gå igenom frågeformuläret och ge tips och råd på förändringar.
3. Skicka med informationshäfte till alla berörda (föräldrar, mor-/farföräldrar med flera)
4. Berätta att du om två månader vill träffa barnet igen för samtal samt om fem månader för en återträff med både barnet och föräldrarna.

Andra besöket

Efter två månader är det dags att träffa barnet.

1. Väg och mät barnet och se om det har skett någon förändring.
2. Prata med barnet om hur det gått på ett positivt sätt. Ge beröm och motivera barnet, nedvärdera aldrig barnet. Använd dig av motiverande samtal.

Tredje besöket

Efter fem månader är det dags att träffa alla parter igen och följa upp.

1. Väg och mät barnet och se om det har skett någon mer förändring.
2. Be dem fylla i samma formulär som till första besöket och jämför sedan de (förhoppningsvis) olika resultaten.
3. Fråga hur det har gått. Vad har varit svårt respektive lätt. Ha en positiv ton och försök att inte låta för normativ under samtalet.

Vid positiv utveckling, peppa dem att fortsätta som de har gjort de senaste fem månaderna. Fortsätt med vanliga kontroller men ha lite extra uppsikt.

Övrigt

Vid fetma (BMI >30) eller om det ej skett någon förbättring efter andra träffen.

1. Erbjud skolläkarkontakt.
2. Skolläkaren ordinerar prover. Blodtryck, TSH (thyreoidea stimulerande hormon), hemoglobin, kolesterol, HDL, LDL, B-glukos.
3. Remiss till barnklinik/dietist.

Viktkontroll bör göras två gånger per termin eller enligt överenskommelse med barnkliniken. Nedan följer olika tips om vad du kan ta upp med barnet och föräldrarna när ni går igenom frågeformuläret tillsammans. Detta dokument ska ses som ett hjälpmedel för dig och ska inte ges till föräldrarna. Tänk på ordvalen och att inte döma eller komma med pekpinnar, tala med en positiv ton. Det finns inga rätt eller fel.

Kost

Måltidsordning

- Man bör äta tre huvudmål samt ett till tre mellanmål. Det är viktigt att inte hoppa över något mål (Svenska näringsrekommendationer [SNR], 2005).
- För att hålla blodsockernivån på en jämn nivå bör man äta med jämna mellanrum. Det ska helst inte gå mer än fyra timmar mellan målen (Statens Livsmedelsverk [SLV], 2004).
- Drink gärna ett glas vatten innan måltiderna vilket gör att hungern dämpas lite.

Frukost

- Det är väldigt viktigt att äta frukost varje dag. Att äta på morgonen är klokt eftersom nattens fasta innebär att energilagren i levern tagit slut under natten. Därför tar kroppen med fördel emot mycket kolhydrater som behövs både till hjärnan och till musklerna. Kroppen bryter hellre ner kolhydrater på morgonen än på kvällen (Nordlund, Norberg, Lennernäs, Gillberg & Pernler, 2004).
- Utan frukost är det lätt att frestas till småätande under förmiddagen vilket kan försämra aptiten till lunch.

- Man presterar bättre i skolan och den kreativa förmågan samt den fysiska uthålligheten blir bättre om man äter frukost.
- En bra frukost består av tre huvudkomponenter, spannmål (grovt bröd, gröt, osötade flingor), magra mjölkprodukter (mjölk, fil, yoghurt, ost) samt frukt eller någon grönsak. Detta kan kompletteras med pålägg av kött, fisk eller ägg (SLL, 2004).
- Var sparsam med matfettet och använd gärna lättmargarin på smörgåsen. Vid bredbara pålägg som leverpastej, keso mm kan margarin uteslutas.

Lunch och middag

- Tallriksmodellen visar proportionerna för hur man lägger upp på tallriken. Tallriksmodellens basversion är en fjärdedel kött, fisk, skaldjur eller vegetariska alternativ. De övriga tre fjärdedelar fördelas jämt mellan delen potatis, pasta/ris och grönsaker/frukt. Hålla-vikt-modellen är till för den som vill stoppa viktökning. Då utökar man delen grönsaker/frukt och minskar delen potatis, pasta/ris (SLL, 2004).
- Välj helst vatten som måltidsdryck.
- Det bästa är att bara äta en portion av maten. Är man inte mätt efter första portionen är det bästa att äta grönsaker.
- Ät långsamt och tugga varje matbit ordentligt.
- Om man inte äter lunch kan det leda till huvudvärk, illamående, ont i magen samt upplevd stress (Jansson & Danielsson, 2003).

Frukt och Grönsaker

- Barn som äter mycket frukt och grönsaker äter ofta mindre söta och feta produkter. Barn mellan fyra och tio år rekommenderas att äta 400 g frukt och grönt per dag, lämpligen hälften frukt och hälften grönt. Hälften av grönsakerna bör dessutom vara grova till exempel rotfrukter, vitkål och broccoli. En dl per dag kan utgöras av fruktjuice. I mängden ingår inte potatis för den räknas i detta sammanhang inte som grönsak. För barn över tio år gäller samma rekommendationer som för vuxna, det vill säga 500 g (SNR, 2005).
- Frukt och grönsaker har en skyddande effekt i uppkomsten av kroniska sjukdomar och riskfaktorer som har samband med dessa. Det handlar om olika cancersjukdomar, blodtryck, höga LDL-nivåer (det onda kolesterolet i blodet), hjärt-kärlsjukdomar och typ 2-diabetes (SLV, 2007).
- Grunden för bra matvanor läggs i tidig ålder och barn som äter mycket frukt och grönsaker tenderar att ta med sig dessa goda vanor i vuxen ålder.

Mellanmål

För att minska suget efter sötsaker är det viktigt med mellanmål. Storleken på målet beror på hur långt det är mellan huvudmålen. Mjölk och smörgås och en frukt är exempel på bra mellanmål som lätt kan anpassas till hur hungrigt barnet är. För att få variation går det bra att ersätta mjölken med fil eller yoghurt och brödet med flingor, eller att servera gröt med mjölk, men egentligen räcker det med att servera olika sorters bröd och pålägg.

Drycker

- Alla sötade drycker som läsk, saft och O´boy ger många kalorier utan att ge mycket näringsämnen eller mättnad, så kallade tomma kalorier (SNR, 2003).
- Juice är oftast osötade men innehåller mycket sockerarter från frukterna som inte heller är nyttigt att få i sig i för stora mängder.
- Vatten är den bästa måltidsdrycken (SLV, 2007). Till frukost och vissa mellanmål rekommenderas dock lättmjölk för att få i sig de viktiga näringsämnena som mjölk innehåller.
- Lightläsk är ingen bra ersättning för mjölk och vatten. Den innehåller visserligen inga kalorier men den, liksom all läsk, innehåller en syra som fräter på tändernas emalj.

Godis, snacks

- Ät godis helst endast en gång i veckan (exempelvis lördag) och då i rimlig mängd, cirka 100 g (Jansson & Danielsson, 2003).
- För att förhindra suget efter godis och snacks, kan man se till att alltid ha frukt och grönsaker hemma.
- Sockerrik mat och överhoppade måltider kan leda till att blodsockret åker upp och ned samt att ämnesomsättningen kan rubbas och skadas.

Snabbmat

Köpta pizzor, hamburgare, pommes frites och så vidare är väldigt feta och innehåller inte många näringsämnen. En köpt pizza som väger 400 g ger ca 1500 kcal (Arnemo, 2002). Som exempel kan ges att en 14-17 årig flicka rekommenderas 2300 kcal per dag respektive 2900 kcal för en pojke i samma ålder.

Motion

Fysisk aktivitet

- Har man möjlighet bör man gå eller ta cykeln till skolan (SLL, 2004).
- Simning är en skonsam sport som tränar kroppens alla delar.
- Barn och ungdomar rekommenderas minst 60 min fysisk aktivitet per dag (SNR, 2005).
- Minska sittandet framför tv/dator. En bra mix kan vara att om man vill sitta 1 timme framför tv/dator ska man vara ute en timme, vill man sitta två timmar ska man vara ute och röra på sig två timmar och så vidare.
- Är man morgonpigga kan man motionera lätt (exempel 30 min promenad) före frukost. Ska man träna hårdare bör man äta något innan.

Sömn

- För lite sömn leder dels till trötthet och dåligt humör, dels störs både ämnesomsättningen och aptiten (Nordlund et al., 2004).
- Om vi sover för lite ökar suget efter kalorier (särskilt socker) eftersom det gör oss pigga, åtminstone en liten stund.
- Under sömnen repeteras och förstärks kunskaper som vi lärt oss under dagen. Tillräcklig och god sömn är därför viktig för vår inlärningsförmåga.
- För de mindre barnen är sovrutinen viktig, det vill säga att man gör samma saker i samma ordning vid samma tid före läggdags. Det kan vara att leka en lugn lek med barnet, sjunga, läsa eller berätta en saga.
- För äldre barn gäller det också att börja varva ned i tid. Man bör stänga av datorn eller tv-spelet en bra stund före sovtiden för att få ned nivåerna av stresshormoner i kroppen.
- Ett knep att bli sömnigare tidigare på kvällen är att vara ute på dagen. När ljus når syncellerna inuti våra ögon skickas signaler till tallkottkörteln som hämmar produktionen av hormonet melatonin – kroppens eget sömnmedel. Genom att dämpa ljuset på kvällstid blir vi snabbare trötta.

Arvsanlag

- Att vara överviktig är ingen sjukdom, men fetma är det. Fetma kan leda till en rad olika sjukdomstillstånd bland annat diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdomar (WHO, 2007).
- Finns det någon i släkten med dessa sjukdomar ökar risken ännu mer att man får det.

Del 3

Namn: _____

Klass: _____

E-mail: _____

Mobilnr: _____

Hemnr: _____

Frågor om din hälsa

I detta formulär finns frågor som förberedelse inför samtalet med skolsköterskan.

De flesta frågorna handlar om kost, motion och sovvanor. Kryssa i det alternativ som stämmer bäst för dig.

Om det är några frågor som ni inte förstår eller som är svåra att besvara kan ni vänta med dem tills ni träffar skolsköterskan. Det är bara skolhälsovården som kommer att ha tillgång till dina svar.

Kostvanor

1. Äter du frukost varje dag?

- Ja
- Nej

2. Vad äter du till frukost?

3. Hur ofta äter du lunch?

- Varje dag
- 5-6 dagar i veckan
- 3-4 dagar i veckan
- 1-2 dagar i veckan
- Ingen dag

4. Hur ofta äter du middag/kvällsmål?

- Varje dag
- 5-6 dagar i veckan
- 3-4 dagar i veckan
- 1-2 dagar i veckan
- Ingen dag

5. Hur ofta äter du grönsaker?

- Varje dag
- 5-6 dagar i veckan
- 3-4 dagar i veckan
- 1-2 dagar i veckan
- Ingen dag

6. Hur ofta äter du frukt?

- Minst 3 frukter per dag
- Ca 2 frukter per dag
- Ca en frukt per dag
- Ca 3-4 frukter på hela veckan
- Ca 1-2 frukter på hela veckan
- Ingen frukt

7. Hur ofta äter du ett eller två mellanmål?

- Varje dag
- 5-6 dagar i veckan
- 3-4 dagar i veckan
- 1-2 dagar i veckan
- Ingen dag

8. Vad äter du till mellanmål?

9. Vilket pålägg har du oftast på dina smörgåsar?

- Inget pålägg
- Skinka, kalkon, ägg, makrill, mager ost eller mjukost
- Marmelad, honung eller nutella
- Kaviar, korv eller fet ost (28% eller mer)

10. Vad dricker du till maten?

Till frukost

Till lunch

Till middag/kvällsmål

Mellan måltiderna

11. Hur många gånger i veckan dricker du läsk? _____

12. Hur mycket O'boy, läsk, saft eller juice har du druckit senaste veckan?

- Högst 2 glas under hela veckan
- 3-5 glas under hela veckan
- Ca 1 glas per dag
- Ca 1 flaska (33 cl) per dag
- Ca ½ liter per dag
- Ca 1 liter per dag
- minst 1 ½ liter per dag

13. Hur ofta äter du sötsaker (choklad, glass, smågodis, chips, kakor, bullar eller tårta) i veckan?

- Högst 1 gång i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 4-5 gånger i veckan
- Så gott som varje dag
- Flera gånger per dag

14. Hur ofta äter du pizza, hamburgare, kebab, pommes mm

- Varje dag
- 5-6 dagar i veckan
- 3-4 dagar i veckan
- 1-2 dagar i veckan
- Ingen dag

Motion

Fysisk aktivitet är all aktivitet som gör dig andfådd som till exempel jogging, cykling, simning, bollspel, dans, skolidrott eller utelek.

15. Hur mycket brukar du vara fysisk aktiv per vecka?

- Måndag _____ minuter
- Tisdag _____ minuter
- Onsdag _____ minuter
- torsdag _____ minuter
- Fredag _____ minuter
- Lördag _____ minuter
- Söndag _____ minuter

16. Hur kommer du oftast till skolan?

- Går
- Cyklar
- Med buss eller skolskjuts
- Jag blir skjutsad av förälder eller annan

17. Hur många timmar på din fritid har du suttit vid tv eller data senaste veckan?

- Måndag _____ timmar
- Tisdag _____ timmar
- Onsdag _____ timmar
- torsdag _____ timmar
- Fredag _____ timmar
- Lördag _____ timmar
- Söndag _____ timmar

18. Vad tycker du om att göra på fritiden?

Upplevd hälsa

19. Hur många timmar sover du per natt?

- 5 timmar per natt
- 6 timmar per natt
- 7 timmar per natt
- 8-10 timmar per natt

20. Om du tänker på dig, sådan du är....

- Jag är mycket nöjd med mig själv
- Jag är ganska nöjd med mig själv
- Jag är ganska missnöjd med mig själv
- Jag är mycket missnöjd med mig själv

21. Om du tänker på din kropp....

- Jag är mycket nöjd med min kropp
- Jag är ganska nöjd med min kropp
- Jag är ganska missnöjd med min kropp
- Jag är mycket missnöjd med min kropp

22. Om du tänker på din vikt....

- Jag tycker min vikt är lagom
- Jag skulle vilja väga något mindre
- Jag skulle vilja väga mycket mindre

23. Har du eller har du haft något eller några av följande besvär den senaste veckan?

- Huvudvärk
- Ont i magen
- Ont i ryggen
- Känt mig nere
- Varit irriterad eller på dåligt humör
- Känt mig nervös
- Haft svårt att somna
- Känt mig yr
- Ont i nacke eller axlar
- Känt mig rädd
- Känt mig trött och sliten

24. Har du gjort något för att försöka förändra din vikt?

- Nej
- Ja, jag har försökt att gå ner i vikt

Arvsanlag

25. Finns det någon i närmaste familjen (mor-/farföräldrar) som har diabetes?

- Ja
- Nej

26. Finns det någon i närmaste familjen som har högt blodtryck eller andra hjärt-kärlsjukdomar?

- Ja
- Nej

27. Om ja på någon av frågorna 25-26, vem och vilken sjukdom?

Del 4

Informationshäfte till föräldrarna

Här får du som förälder ett häfte som ger allmän information om vad man bör tänka på vid val av mat. Du får även förslag på några olika måltider samt förslag på olika sporter som ditt barn kan prova på. Kanske någon sport tilltalar honom/henne. Det finns även förslag på annat material och böcker som kan vara till god hjälp för att ni ska nå barnets mål.

UNDER TILLVÄXTÅREN är kosten en väldigt viktig faktor för barnets utveckling (Statens Livsmedelsverk [SLV], 2004). Både energi- och näringsbehovet är högt hos barn och med dagens tillgång till mat så är det väldigt lätt att täcka behovet.



En bra modell att utgå ifrån när man ska välja mat är tallriksmodellen (ibid.). Den innehåller väl valda delar av de näringsämnen som kroppen behöver. Äter man efter tallriksmodellen så får man i sig rätt proportioner av maten och man får en bra näringsbalans. När det gäller val av fett och mjölkprodukter rekommenderas lättmjölk och lättmargarin. Här nedan följer några enkla tips på vad man kan äta till frukost, mellanmål, lunch och middag. Om man vill äta ett extra mellanmål så rekommenderas frukt.

Frukost

Exempel 1

1 portion havregrynsgröt
med 1 rivet äpple/kanel och lättmjölk
1 skiva knäckebröd med skinka
1 kopp te

Exempel 2

1 kopp te
1 skiva rågbröd med smör och ost
1 skiva knäckebröd med mjukost
1 tallrik lättfil
1 kiwi

Exempel 3

1 kokt ägg
1 skiva fullkornsbröd med keso
1 kopp te
1 skiva knäckebröd med leverpastej
1 clementin

Exempel 4

1 glas lättmjölk
1 tallrik naturell yoghurt
med skivad banan
1 skiva grovt bröd med ost



Mellanmål

Exempel 1

1 glas lättmjölk
1 skiva kavring med leverpastej
1 skiva knäckebröd med margarin
1 clementin

Exempel 2

1 smoothie på naturell yoghurt,
lätmjölk och frusna bär/banan
1 skiva knäckebröd med ost
1 morot

Exempel 3

1 tallrik osötad lättfil
2 dl Branflakes
1 äpple
1 glas lättmjölk

Exempel 4

1 glas lättmjölk
1 liten tallrik keso
1 tärnad apelsin
1 kokt ägg

Lunch

Exempel 1

Fiskgryta med potatis
och morötter
Knäckebröd med margarin
1 glas vatten
ev en frukt



Exempel 2

Fläskkotlett och pressad potatis,
grönsaksfräs
1 morot
1 glas vatten
ev en frukt

Exempel 3

Spaghetti med köttfärsröra
och riven parmesanost samt tomat
1skiva knäckebröd med mjukost
1 glas vatten
ev en frukt

Exempel 4

Köttgryta med kokt potatis
och inlagda rödbetor
1 skiva fullkornsbröd med ost
1 glas vatten
ev en frukt

Middag

Exempel 1

Kokt torsk med ägg- och
persiljesås, kokt potatis samt
kokt blomkål
1 grovt bröd med margarin
1 apelsin
1 glas vatten

Exempel 3

Ugnsstekt kycklingfilé med
ris och currysås
Kokt broccoli
1 skiva knäckebröd med mjukost
1 äpple
1 glas vatten

Exempel 2

Ugnsstekt lax med klyftpotatis
och kall citronsås
Tomat och gurka
1 rågröd med skinka
1 päron
1 glas vatten

Exempel 4

Hemgjord biff på nötfärs
med fullkornscouscous och brunsås
Kokta grönsaker samt osötad lingon
1 kiwi
1 glas vatten



ATT VÄLJA BRA PRODUKTER är inte alltid så lätt. För att underlätta för dig som förälder när du ska handla har vi här gett några förslag på bra produkter. Tänk gärna på att välja ett relativt magert val när det gäller mejeriprodukter, charkuterivaror och matfett (SLV, 2007).

Mejeriprodukter

Naturell lättoghurt 0,5 % (4 dl/dag av yoghurt, mjölk eller fil)

Lättfil naturell 0,5 %

Lättmjölk

Ost, max 17 % fett

Grädde och crème fraiche, max 15 % fett

Charkuteriprodukter

Påläggsskinka, nyckelhålmärkt

Korv, nyckelhålmärkt, max 18 % fett

Leverpastej, mager

Matfett

Magert pålägg till smörgåsen, lättmargarin

Olja eller margarin till matlagning

LETA EFTER NYCKELHÅLET, då vet du att produkten innehåller begränsade mängder av fett, socker och salt (SLV, 2007). Det kan vara bra om man är uppmärksam på produkter som man kanske använder varje dag. Kaviar, ketchup, juice och smörgåsurka är exempel på matvaror som innehåller en hel del socker.



VAR SPARSAM MED; sött läsk, godis och choklad, kaffebröd, chips och ostbågar, samt snabbmat i form av hamburgare, pommis, kebab och pizza (Jansson & Danielsson, 2003). Det kan vara en idé att bara låta barnet äta godis en dag i veckan, till exempel lördagsgodis. I boken "Överviktiga barn" (2003) rekommenderar författarna att barnet inte bör äta mer än 100 gram godis eller 50 gram choklad en gång i veckan, om barnet är överviktigt. Några salta pinnar är då ett mycket bättre alternativ än chips. Om barnet vill ha läsk någon gång ibland så rekommenderas lightläsk framför läsk med socker. Det bästa man kan dricka är dock vatten. Det är lättare för barnet att inte äta onödiga bullar, kakor och snacks om man som förälder försöker att inte ha dessa varor hemma.

FÖRSLAG PÅ SNACKS I VARDAGEN kan vara morotsstavar eller frukt, några nötter (ex hasselnötter) eller knäckebröd i bitar. Frukt som banan och vindruvor innehåller en del socker så dessa kan man vara lite mer försiktig med.

400 GRAM FRUKT OCH GRÖNT rekommenderas av Livsmedelsverket (SLV) för barn/dag. Detta motsvarar ca ett äpple, en apelsin, 1 tomat, en portion vitkål (65 g) och en portion broccoli (65 g) och detta ger ca 165 kcal. Frukt och grönt innehåller många bra vitaminer samtidigt som det ger en bra mättnadskänsla.

60 MINUTERS MOTION per dag är jättebra för barn (SLV, 2007). Om man samtidigt försöker begränsa tv-tittande och datorspel så eliminerar man tillfällena med onödigt

ätande. Kanske kan ditt barn gå eller cykla till skolan eller spela fotboll eller simma på fritiden? Finns det något ni kan tänkas göra tillsammans? Stimulera gärna barnets vardagsaktiviteter och försök att ställa upp på att till exempel skjutsa till träningen om den ligger långt bort. Man kan rekommendera att barn inte ser på tv eller spelar datorspel i mer än två timmar per dag.

Förslag på aktiviteter;

Bowla	Dansa i grupp
Simma	Gymnastik
Cykla	Fotboll
Åka skidor	Innebandy
Åka skridskor	Bandy/Hockey
Rida	Orientera
Promenera	Jogga
Plocka svamp	Boxas

Att vara fysiskt aktiv kan hjälpa till att förebygga sjukdomar (SLV, 2007). Man kan bland annat minska risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes typ 2 och tjocktarmscancer. Om man aktivt rör på sig förebygger man även benskörhet och risken att utveckla fetma. På Folkhälsoinstitutets hemsida kan man även läsa att fysisk aktivitet lindrar ångest, oro, sömnsvårigheter och lättare depressioner (Statens folkhälsoinstitut [FHI], 2006). Fysisk aktivitet är idag en av de mest effektiva behandlingsformerna som även stärker immunförsvaret.



SÖMNINGEN ÄR JÄTTEVIKTIG för att barn ska orka med skolan. Barn bör sova minst nio timmar per natt (Nordlund et al., 2004). En dålig natts sömn kan leda till ett dåligt humör, att ämnesomsättningen blir störd och att suget efter kalorier (i form av socker) kan öka. Sockerrik mat gör oss dock bara pigga för stunden och det kan lätt leda till att man istället hoppar över de vanliga måltiderna. God sömn är bra för vår inlärningsförmåga och det är under sömnen som kunskaperna vi lärt oss under dagen förstärks och repeteras.

OM DU VILL LÄSA MER...

Aktivitet

www.fyss.se (kan laddas hem som pdf-fi 1; kapitel 9, s. 103 handlar om barn)

Kost

www.slv.se (Livsmedelsverkets webbplats)

www.livsmedelssverige.org (Livsmedelsverket, Sveriges Lantbruksuniversitet m fl)

Övrigt

www.apoteket.se

www.kbt.nu (om kognitiv beteendeterapi)

www.fhi.se (Statens Folkhälsoinstitut)

Böcker

Annica Jansson och Pernilla Danielsson: *Överviktiga barn, en handbok för föräldrar och proffs.*

Elisabeth Arborelius: *Varför gör dom inte som vi säger?*

Ingela Melin: *Obesitas – Handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt baserad på beteendemodifikation och konventionell behandling.*

Peter Wilhelmsson: *Friskare barn - konsten att lyckas som förälder.*