

Nytt samtalsunderlag för hälsosamtal på BVC

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:10

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Maria Thafvelin, Tuula Ainetdin, Birgitta Greitz, Elinor Sundblom, Liselotte Schäfer Elinder, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-09-8

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Solna

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Presentation av författaren och forskargruppen

Huvudförfattaren och projektledaren är leg sjuksköterska och har mångårig erfarenhet av arbete i barnhälsovården. Hon ingår i forskargruppen Samhällsnutrition och fysisk aktivitet inom Avdelningen för interventions- och implementeringsforskning, Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet. Forskargruppen, som tidigare tillhörde landstingets Centrum för folkhälsa, har lång erfarenhet av hälsoinformation och -kommunikation och av att stödja lokala projekt kring kost och fysisk aktivitet i länets kommuner och landstingsverksamheter.

Projektet har skett på uppdrag av Stockholms läns landsting och har även erhållit medel från Folkhälsoanslaget HSN 0802-0340.

Ett tack

Ett stort tack till alla BVC-sjuksköterskor och föräldrar som deltog i studien, till sjuksköterskorna som engagerade sig i att sätta sig in i metoden och höll ut studietiden igenom och tack till alla föräldrar som svarade på enkätfrågor och gick med svarskuverten till brevlådan. Utan er medverkan hade detta projekt inte kunnat genomföras.

Ett tack även till barnhälsovårdsöverläkare, PhD Gunnel Bågenholm och PhD före detta barnhälsovårdsöverläkare Eva Lannerö som kritiskt granskade rapporten och till kollegorna i forskargruppen som kom med berikande och kloka synpunkter.

Maria Thafvelin, projektledare

Innehållsförteckning

Presentation av författaren och forskargruppen	3
Ett tack	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
Förekomst av övervikt och fetma	9
Sociala skillnader i övervikt och fetma	9
Orsaker till och möjliga insatser mot övervikt och fetma	10
Samtalsunderlag om mat och rörelse	12
Den transteoretiska modellen	12
Motiverande samtal i primärvården	13
Syfte	14
Metod och genomförande	15
Urval och utbildning av BVC-sjuksköterskor	15
Studieområdet	15
Urval av förälder – barnpar	16
Genomförande	16
Samtalet	17
Enkäterna	17
Observation av samtal	19
MI-kompetens	19
Statistik	19
Resultat	20
Karakteristika av studiedeltagarna som ej besvarat enkät C (externt bortfall)	20
Karakteristika av studiedeltagarna	21
Baslinjedata	21
Förändringsberedskap	23
Faktisk förändring 1–2 månader efter samtalet relaterat till förändringsberedskap	24
Vilka förändringar gjordes?	25
Samtal relaterat till område och studiesjuksköterska	26
Diskussion	29
Referenser	37
Bilagor	41
Bilaga 1. Samtalsunderlag	41
Bilaga 2. Enkät A – Före samtalet	43
Bilaga 3. Enkät B – Efter samtalet	47
Bilaga 4. Enkät C – En månad efter samtalet	51
Bilaga 5. Kodschema	55

Sammanfattning

Utvecklingen av övervikt och fetma bland barn i Stockholms län visar på en stabilisering, men stora skillnader kvarstår mellan olika områden och andelen barn med övervikt och fetma är störst i resursfattiga områden. I barnhälsovården i Stockholms län erbjuds alla föräldrar till treåringar ett hälsosamtal om mat- och rörelsevanor. Inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 har behovet av stöd för arbetet i barnhälsovården med dessa frågor undersökts. Ett nytt Samtalsunderlag har tagits fram i samarbete med BVC-sjuksköterskor i resursfattiga områden.

I föreliggande studie utvärderades effekten av hälsokommunikation baserad på Samtalsunderlaget och med Motiverande samtal (MI). Effekten avsåg föräldrars beredskap för förändring av barnets mat- och rörelsevanor enligt den transteoretiska modellen samt den faktiska förändringen av barnets vanor en månad efter samtalet. Utvärderingen består av en före-efter mätning utan kontrollgrupp. Alla data är självrapporterade av föräldrarna. Interventionen genomfördes av fyra sjuksköterskor på sju BVC i resursfattiga områden i Stockholms län. Studiepopulationen bestod av ett konsekutivt urval av 119 föräldrar till treåriga barn som inom en femmånadersperiod bjöds in till utvalda BVC. Sjuksköterskorna erhöll en två dagars utbildning i MI och användning av Samtalsunderlaget innan samtalen med föräldrarna påbörjades.

Deltagandet var 78 procent och 104 föräldrar besvarade enkäter. Det höga deltagandet i studien visar att föräldrar till förskolebarn i områden med hög andel barn med viktproblem är motiverade att delta, vilket stärker BVC som arena för intervention. Utbildningsnivån bland deltagande föräldrar var något högre än genomsnittet i respektive geografiska område som BVC tillhör. Vid baslinjen hade enbart fyra av barnen bra matvanor och 30 hade bra rörelsevanor enligt studiens kriterier. Tjugofem procent av flickorna hade övervikt eller fetma och 11 procent hade undervikt. Bland pojkarna hade 16 procent övervikt eller fetma och 12 procent hade undervikt. Efter samtalet skedde en signifikant ökning av antalet föräldrar som var beredda att ändra barnets matvanor men ingen motsvarande ökning skedde för rörelsevanor. De föräldrar som var beredda att ändra vanor efter samtalet ändrade barnets vanor i signifikant högre utsträckning efter en månad än de som inte var beredda, vilket gällde både mat- och rörelsevanor. Beredskap till förändring är därför nödvändigt för att föräldrar ska gå till aktiv handling. Av föräldrarna hade 31 procent förbättrat barnets mat- och/eller rörelsevanor i något avseende en månad efter samtalet. Fler ändrade matvanor än rörelsevanor. När det gäller rörelsevanor har vi inte belägg för att det var samtalet som ledde till förändring. Föräldrar till barn med fetma och undervikt var mer förändringsbenägna jämfört med föräldrar till barn med normal- eller övervikt. Samtalet påverkade positivt föräldrars självtillit och medvetenhet om var de kan söka kunskap om sitt barns mat- och rörelsevanor. Samtalen nådde vid granskning inte helt nivån för godkända MI-samtal. Trots det var nästan alla föräldrar mycket nöjda med samtalet. Att studien ändå gav så positivt resultat i resursfattiga områden kan bero på att Samtalsunderlaget gav en struktur på hälsosamtalen och hjälpte föräldrar att sätta mål för beteendeförändring.

Även om studiens resultat inte är generaliserbara på grund av urval och studiedesign tror vi ändå att det finns goda chanser att metoden skulle fungera i andra resursfattiga områden. I nästa steg bör metoden utvärderas i jämförelse med befintligt vårdprogram för BVC. BVC-sjuksköterskorna behöver dock kompetent handledning i MI och samtalet kring fysisk aktivitet behöver förbättras. På så sätt kan effekten sannolikt förbättras ytterligare. Undervikt var vanligt förekommande och bör inkluderas i barnhälsovårdens årliga statistik.

Bakgrund

Förekomst av övervikt och fetma

Dagens globala våg av övervikt och fetma utgör ett stort hot mot folkhälsan såväl i Sverige som i övriga världen (World Health Organisation, [WHO] 2007). När det gäller barn i Sverige finns ännu inga rikstäckande studier om förekomsten. En studie med tioåringar i Göteborg visade en fyrfaldig ökning av andelen med fetma mellan 1984 och 2000 samt en fördubbling av antalet överviktiga (Mårild, Bondestam, Bergström, Ehnberg, Hollsing & Albertsson-Wikland, 2004). En studie i Stockholms län med barn som var tio år 1999 respektive 2003 visade att pojkarna ökade i vikt särskilt i resursfattiga områden (Sundblom, Petzold, Rasmussen, Callmer & Lissner, 2008) medan ökningen i både övervikt och fetma hade stannat av hos flickor. Andelen överviktiga och feta barn var 23 procent år 2003. Uppgifter om de något yngre barnen finns i en studie i Västerbotten 2002 där andelen av överviktiga och feta fyraåringar var 23 procent (Blomquist & Bergström, 2007). Av fyraåringarna i Stockholms län år 2006 hade 12,8 procent övervikt och fetma (Årsrapport 2006, Barnhälsovården (BHV) i Stockholms läns landsting (SLL), 2007). År 2007 hade andelen överviktiga och feta fyraåringar minskat till 11,4 procent för att 2008 kvarstå på samma nivå (Årsrapport 2008. BHV Folkhälsoarbete, 2009). Bland fyraåringarna var det vid båda mätningarna fler flickor som hade övervikt och fetma jämfört med pojkar. Undervikt hos svenska barn är mindre vanligt och få studier tar det i beaktande hos små barn. I Stockholmsstudien (Sundblom et al. 2008) med barn som var tio år 1999 hade 2,5 procent av pojkarna och 1,6 procent av flickorna undervikt. Av barnen som var tio år 2003 var 1,7 procent av pojkarna och 1,5 procent av flickorna underviktiga. En europeisk studie med elvaåringar födda 1992 (föräldrarapporterad data) visade att 2 procent av de svenska pojkarna hade undervikt. Bland flickorna var det mycket vanligare nämligen 7,6 procent (Yngve, De Bourdeaudhuij, Wolf, Grijibovski, Brug, Due, et al. 2007).

Sociala skillnader i övervikt och fetma

Många studier visar att förekomsten av övervikt och fetma är vanligare i socialt mindre gynnade grupper (WHO, 2007, Gray, Byrd, Crossman et al. 2007, Rasmussen, Eriksson, Bokedal & Schäfer Elinder, 2004, Sundblom et al. 2008, Blomquist & Bergström, 2007). I Rasmussens et al. (2004) studie genomförd i Stockholms län visades att fetma var mer än tre gånger så vanligt bland 15-åriga flickor med lågutbildade mödrar än bland flickor med högutbildade mödrar. För pojkar var fetma nästan dubbelt så vanligt bland dem med lågutbildade mödrar. I samma studie framkom att ungdomar med utländsk bakgrund i större utsträckning var överviktiga och feta jämfört med ungdomar med svensk bakgrund. I studien av tioåringar i Stockholm var i de mest resursfattiga områdena 29 procent av pojkarna överviktiga och 6 procent feta jämfört med 17 procent pojkar med övervikt och 2 procent med fetma i de resursstarka områdena (Sundblom et al. 2008). Även barnhälsovårdens data på fyraåringar i Stockholms län rapporterar sociala skillnader (Årsrapport 2006. BHV i SLL, 2007, Årsrapport 2008, BHV Folkhälsoarbete, 2009). Klara samband visades mellan föräldrarnas köpkraft i området och fyraåringarnas fetma. Ju lägre inkomst föräldrarna hade desto högre var andelen barn med fetma. Även i Västerbottenstudien visades att fetma var

vanligare bland fyraåriga flickor i områden med lägre socioekonomiskt index (Blomquist & Bergström, 2007).

Orsaker till och möjliga insatser mot övervikt och fetma

Övervikt orsakas av en obalans mellan intaget av energi via mat och dryck och förbrukningen av energi genom fysisk aktivitet. Fetma är en sjukdom som också har en stark genetisk komponent (SBU, 2002). Den kraftiga ökningen som setts i världen de senaste decennierna kan dock inte förklaras av förändringar i arvsmassan utan måste bero på faktorer i samhället som på kort tid har förändrats (Savage, Orlet Fischer & Birch, 2007). Idag är energirik mat och dryck med lite näringsinnehåll lätt tillgänglig jämfört med vad som fanns tillgängligt för tidigare generationer. Livsmedelsverkets kostundersökning 2003 (Enghardt Barbieri, 2003) visade att ungefär 25 procent av de svenska fyra till åtta- och elvaåringarnas dagliga energiintag kom från energirika livsmedel med lite näring som till exempel glass, chips, läsk och bakverk. Den rekommenderade andelen dagsintag av energi från dessa livsmedel är 10 procent. Samtidigt var konsumtionen av frukt och grönsaker bland barn omkring hälften av det rekommenderade dagsintaget.

Även barns fritidsaktiviteter har förändrats i takt med samhällsförändringen. Barns spontana och ofta mer fysiska lek utomhus har idag till stor del ersatts av organiserade aktiviteter som leds av vuxna. Den fria leken har fått konkurrens av stillasittande aktiviteter bland annat framför TV och dator. Trenden är att den fysiska aktiviteten minskar med ökad ålder (Belanger, Gray-Donald, O'Loughlin, Paradis & Hanley, 2009). En vanlig fritidsaktivitet bland barn och ungdomar är TV- och videotittande (Schäfer Elinder & Faskunger, 2006). Det finns idag starka belägg för att TV-tittande är kopplat till övervikt (Marshall et al. 2004). I en studie bland låginkomstfamiljer med barn mellan 1–5 år i New York State visades att risken för övervikt och fetma ökade med 6 procent för varje extra timme per dag som barnet såg på TV eller video (Dennison, Erb & Jenkins, 2002).

SBU:s systematiska genomgång av litteraturen om bevisat effektiva metoder för att förebygga fetma visar att det är svårare att uppnå effekt bland vuxna än bland barn (SBU, 2004). SBU framhåller program för skol- och förskolebarn, där man informerar och stimulerar till goda matvanor i förening med fysisk aktivitet. Sådana program har visat på följande möjliga framgångsfaktorer:

- Starta en god livsstil redan i låg ålder
- Inför regelbunden fysisk vardagsaktivitet
- Motverka långvarig inaktivitet såsom vid TV och dator
- Stimulera intag av frukt och grönsaker
- Poängtera betydelsen av att dricka vatten, istället för söta drycker vid törst

I en kunskapsöversikt rörande interventioner för att förebygga eller behandla fetma hos förskolebarn (Bluford, Sherry & Scanlon, 2007) fastslogs att det behövs fler utvärderade program. Det rekommenderades att:

- Programmen bör baseras på teorier för beteendeförändring

- Objektiva utfallsmått bör användas
- Föräldrar bör involveras
- Effekterna bland olika etniska grupper bör utvärderas

Summerbell (2007) påpekar i en kommentar till Bluford et al. (2007) att det som bäst kan förutsäga utvecklingen av barnfetma är fetma hos föräldrar tätt följt av låg socioekonomisk status. Summerbell menar vidare att bland de strategier som lyckas, framstår föräldraengagemang och ett stöd till föräldrar från professionella att vara goda förebilder för barnen som en viktig faktor. Savage, Fisher & Birch (2007) och Benton (2004) konstaterar att föräldrar har en central betydelse för utvecklingen av barns matvanor, för att ge dem en positiv inställning till mat och måltider och för att underlätta en hälsosam viktutveckling. Barnet föds med en naturlig tendens att föredra söt, salt och kaloririk mat framför relativt energifattiga och näringsrika livsmedel som frukt och grönsaker. Föräldrarna medverkar till att påverka barnets smakpreferenser i övergången till vuxenkost. De är barnets första förebilder vid matbordet och har kontroll över vilka livsmedel som inhandlas och serveras i hushållet. Om barnet ges god tillgång till en näringsrik kost, i en emotionellt positiv miljö, får barnet möjlighet att balansera sitt energiintag. Inslag av ett överdrivet kontrollerande kring mat som anses olämplig ökar snarare barnets preferenser för maten som förbjuds. Om barnet pressas eller påtvingas att äta ett livsmedel minskas barnets lust för det.

Det finns få studier som har undersökt föräldrars syn på sina barns matvanor och fysiska aktivitet bland familjer med låg utbildning och inkomst. I en spansk studie bland lågutbildade föräldrar ansåg föräldrarna att barnen vägde för lite, trots att de inte gjorde det, och att de åt för lite och rörde sig för mycket, trots att de betedde sig normalt för åldern (Lopez-Dicastillo, Grande & Callery, 2009). Deras förhållningssätt gentemot barnen var mer styrt av sociala normer för beteende (äta fint, äta upp, sitta stilla, vara tyst) snarare än av hälsa. Detta leder till beteenden som ofta står i motsättning till officiella hälsorekommendationer. Även om studien inte nödvändigtvis kan generaliseras till svenska förhållanden visar den vilka svårigheter man kan stå inför i ett hälsosamtal med familjer i resursfattiga områden.

Med den tidiga och regelbundna kontakt som BVC-sjuksköterskan har med barnfamiljerna är barnhälsovården en arena med unika möjligheter att främja barns hälsa. I barnhälsovården i Stockholms län erbjuds alla föräldrar till treåringar en språkbedömning av barnet och ett hälsosamtal om mat- och rörelsevanor. I områdena för denna studie genomfördes detta hälsosamtal med 87–94 procent av barnen (Årsrapport 2008. BHV Folkhälsoarbete 2009). I barnhälsovården finns i dag ett vårdprogram bestående av faktakunskaper, innehållsförslag på ett hälsosamtal och en checklista (Årsrapport 2006. BHV i SLL, 2007). Vårdprogrammet, som inte har utvärderats, implementerades 2006 som ett led i Stockholms läns landstings Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 i syfte att uppmärksamma föräldrar på betydelsen av goda mat- och rörelsevanor. Under tiden för föreliggande studie var vårdprogrammet under revision.

Samtalsunderlag om mat och rörelse

I handlingsprogrammet övervikt och fetma är förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar högt prioriterat och även arbete i områden med höga ohälsotal (Handlingsprogram övervikt och fetma, 2004–2013). Ett övergripande mål är att till 2013 halvera andelen personer med fetma. Inom ramen för programmet har ett Samtalsunderlag (bilaga 1) för arbetet med mat och rörelse i barnhälsovården tagits fram i samarbete med BVC-sjuksköterskor i resursfattiga områden. Bakgrunden till framtagandet av samtalsunderlaget var en kartläggning som visade att arbetet med mat- och rörelsevanor hade en inriktning på risktänkande och att hindren för att genomföra arbetet var större i socioekonomiskt fattiga områden samt att sjuksköterskorna efterfrågade en fortbildning i samtalsmetodik (Thafvelin, 2006). Samtalsunderlaget utvecklades och i en tredje studie utvärderades det formativt genom intervjuer med sjuksköterskor (Thafvelin, 2008a, b). Under utvecklingen av Samtalsunderlaget formulerades ett antal mål för goda mat- och rörelsevanor för barn som skulle uppnås med hjälp av underlaget. Målen bygger på kunskap om barns mat- och rörelsevanor i Sverige idag (Enghardt Barbieri, Pearson & Becker, 2006, Danielsson, 2003) samt på rekommendationer i SBU:s litteraturoversikt från 2004 (SBU, 2004).

Målen är:

Äta tillsammans med vuxna

Regelbundna måltider och minskat småätande

Ökad konsumtion av grönsaker och frukt

Minskat intag av glass, godis, chips, bakverk etc

Minskat intag av läsk, saft och andra energigivande drycker

Ökad vardagsrörlighet

Minskat stillasittande

Samtalsunderlaget syftar till att snabbt ge en helhetsbild av ett barns mat- och rörelsevanor och kan med fördel kombineras med en effektiv samtalsmetod för att uppnå en beteendeförändring.

Den transteoretiska modellen

Transteoretisk Modell (TTM) är en modell för beteendeförändring. Den använder begreppet ”förändringsstadier” som integrerar processer och principer tvärsöver flera teorier för beteendeförändring. Modellen ser förändring som en process snarare än som en enskild händelse (Prochaska och DiClemente 1982). Enligt denna modell går individen i förändringsprocessen igenom fem förändringsstadier (*stages of change*). Nivåerna i stadierna formar ett kontinuum och personen kan passera stadierna åt båda håll.

De fem stadierna är:

Inte beredd – Personen har inte avsikt att göra förändringar inom de närmaste sex månaderna.

Osäker/ambivalent – Personen har avsikt att göra förändringar inom de närmaste sex månaderna.

Beredd – Personen är beredd att göra förändringar inom de närmaste 30 dagarna och förbereder sig.

Handling – Personen har gjort en specifik förändring inom de senaste sex månaderna.

Vidmakthållande – Personen har ändrat och bibehållit det nya beteende under mer än sex månader.

I modellen antas att personer i olika stadier har olika behov av vägledning. För att hjälpa individen att avancera i förändringsprocessen, ska rådgivaren identifiera rådande stadium och individanpassa rådgivningen därefter. TTM har använts vid interventioner i förändring av kostvanor (Molaison, 2002) och fysisk aktivitet (Johnson, Birkett, Evens, & Pickering, 2005). Det första steget i användningen av TTM är att bestämma vilket beteende som skall förändras. Med denna information kan rådgivaren bestämma personens stadium av förändringsberedskap och anpassa interventionen därefter, vilket enligt teorin är mer effektivt än om samma intervention ges till alla oberoende av stadium.

Motiverande samtal i primärvården

Tanken i Motiverande samtal (MI) är att samtalet ska utgå från klientens önskemål om förändring det vill säga utifrån stadiet av förändringsberedskap. MI är en specifik samtalsmetod med ett klientcentrerat, jämlikt och empatiskt förhållningssätt som bygger på fyra principer: empati, underlätta klientens uttryck för ambivalens, stärka klientens egen förmåga att genomföra förändringar samt att reducera klientens motstånd till förändring (Resnicow, Davis & Rollnick, 2006). Ett av målen är att assistera individer att komma igenom upplevd ambivalens till förändring. Metoden är särskilt effektiv för personer som initialt är minst beredda för förändring. Tonen i ett lyckat MI samtal är icke dömande, empatisk och stödjande. I MI antas att beteendeförändring påverkas mer av motivation än av information. Vid en traditionell konsultation tillhandahåller ofta den praktiserande personalen information om risker vid olika beteenden eller information om fördelarna med en förändring. Detta görs i all välmening och i avsikt att övertala individen. I MI är ett av de viktigaste elementen att tillägna sig förmågan att undertrycka impulsen att ge råd eller att ställa frågor (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Metoden ersätter inte utan snarare kompletterar, det sätt att kommunicera som den professionelle redan har utvecklat. Den är komplex och bygger på att färdigheten utvecklas och förfinas under hela yrkespraktiken.

Hettema et al. (2005) har i en metaanalys undersökt effekten av 72 interventioner med MI. Interventionerna fördelade sig över ett brett spann av beteendeförändring av utövare av MI och av målgrupper i befolkningen. En stor skillnad mellan effekten av MI visades för olika levnadsvanor. Interventioner om kost och fysisk aktivitet var bland de mest effektiva. En gemensam nämnare var att effekten var större bland minoritetsgrupper och hos klienter med initialt mindre beredskap för förändring. Vidare framkom att effekten av MI syns efter en till tre månader, och avtar sedan med tiden. I en senare kunskapsöversikt sammanfattar Martins & McNeill (2009) att MI inom primärvården ger god effekt inom området mat och fysisk aktivitet. De effekter som uppnåddes var ökad fysisk aktivitet minskat energiintag och ökad frukt- och grönsakskonsumtion. Effekterna var kopplade till en ökad självtillit.

Tyler och Horner (2008) har beskrivit en föräldra- barn baserad MI-anpassad modell för arbetet med hälsorisker hos barn. Modellen bygger på att familjen är involverad för att förändringar som främjar barnets hälsa ska ske. Interventioner som engagerar föräldrar och stärker föräldra- barn relationen samt förhöjer motivationen och möjligheter till förändring rekommenderas. Författarna menar att primärvården är en lämplig arena för arbete med beteendeförändring av livsstilsfrågor. Ett samarbetande partnerskap mellan rådgivare och klient liknande MI, snarare än ett föreskrivande förhållningssätt rekommenderas.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka effekten av hälsokommunikation baserad på Samtalsunderlaget med ett Motiverande samtal (MI). Effekten avser föräldrars beredskap för förändring av barnets mat- och rörelsevanor samt den faktiska förändringen av barnets vanor.

Metod och genomförande

Under fem månader kring årsskiftet 2008/2009 genomfördes en intervention på BVC i Stockholms län av sjuksköterskor med föräldrar till treåriga barn som målgrupp. Interventionen bestod av hälsokommunikation om hälsofrämjande mat- och rörelsevanor med stöd av Samtalsunderlaget (bilaga 1) och MI. Då checklistan i barnhälsovårdens vårdprogram om mat- och rörelsevanor var under revision under studiens gång hade vi inte någon väldefinierad samtalssituation att jämföra vår metod med. Det ansågs därför inte lämpligt att inkludera en kontrollgrupp i studien. Interventionen är att betrakta som en pilotstudie och studiedesignen är en enkel före – efter mätning utan kontrollgrupp (pre-post single group intervention). Studien har godkänts av den Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr. 2008/1844–31/5).

Urval och utbildning av BVC-sjuksköterskor

BVC-sjuksköterskor valdes med ett bekvämlighetsurval. Verksamhetscheferna för BVC informerades och tillfrågades om sjuksköterskorna kunde delta i studien. Arton sjuksköterskor vid BVC i resursfattiga områden (tabell 1) som tidigare varit med i projekt kring utvecklingen av Samtalsunderlaget bjöds in att delta i studien. Tre sjuksköterskor anmälde sitt intresse, varav två arbetade vid privat mottagning och en vid offentlig. En mycket pressad arbetssituation som dessutom hade förvärrats det senaste året var det vanligaste skälet som gavs av dem som inte ville delta. För att öka underlaget av förälder- barnpar i studien deltog projektledaren som studiesjuksköterska vid fyra BVC tillhörande offentlig mottagning. Alla sjuksköterskor hade många års erfarenhet av arbete i barnhälsovården vid studiens start och samtliga var nybörjare i MI. Sjuksköterskorna utbildades i MI och i användning av Samtalsunderlaget tillsammans med en oberoende observatör under två dagar. Den sista fjärdedelen av MI-utbildningen avsattes åt en workshop där alla sjuksköterskor deltog för att diskutera praktisk tillämpbar kunskap om förskolebarns mat- och rörelsevanor samt hur Samtalsunderlaget skulle användas tillsammans med MI. Träning i MI skedde vid tre tillfällen då sjuksköterskor och observatör diskuterade uppkomna frågeställningar.

Studieområdet

En social atlas producerad vid Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, Social Rapport, 2006) där bostadsområden delas in efter ekonomisk och etnisk status, användes för att klassificera BVC:s upptagningsområde. I beräkningen delas bostadsområden in i åtta klasser, där klass 1 är den mest resursrika och klass 8 den mest resursfattiga. På motsvarande sätt baseras klassningen efter etnisk status på förekomsten av såväl svenskar som synliga minoriteter i området, där klass 1 har minst synliga minoriteter och klass 8 har mest synliga minoriteter. Fördelningen för varje område i föreliggande studie ses i tabell 1.

Tabell 1. Ekonomisk och etnisk status* i bostadsområdet där BVC är beläget.

Bostadsområde BVC	Ekonomisk status	Etnisk status
1	8	7-8
2	7-8	7
3	6-7	6-7
4	4-6	6

* Socialstyrelsen, Social Rapport, (2006).

Övervikt definieras med body mass index (BMI) beräknad enligt WHO:s rekommendation med Cole et al's metod (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Undervikt definieras från samma datamaterial (Cole, Flegal, Nicholls & Jackson, 2007). Demografiska data och viktstatus bland befolkningen i de fyra studieområden visas i tabell 2.

Tabell 2. Demografiska data och viktstatus bland befolkningen i de fyra studerade områdena.

Båda kön				
Utbildning*	Andel (%)			
25-44 år	varierar mellan			
< 9 år	21-30			
9-12 år	38-41			
> 12 år	22-33			
Födelseland*	Andel (%)			
16-64 år				
Sverige eller Norden	27-42			
Länder utanför Norden	58-73			
Vikt	Kvinnor**	Män**	Flickor***4 år	Pojkar***4 år
18-84 år	%	%	%	%
Övervikt och fetma	40-43	56-57	16-18	14-20

* Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting. Områdesdata 2007

[www.regionplanekontoret.sll.se/Statistik/Omradesdata].

** Folkhälsoenkäten 2002. Behov av hälso- och sjukvård utifrån ett befolkningsperspektiv – Avdelningen för befolkningsperspektiv Februari 2006, SLL). www.sll.se [Hämtad 20090615].

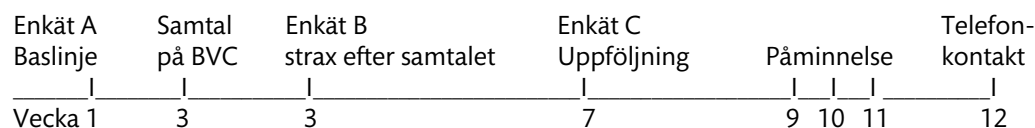
*** Årsrapport 2008, BHV Folkhälsoarbete, 2009.

Urval av förälder – barnpar

Urvalet bestod av föräldrar i BVC's upptagningsområde som hade barn i åldern 3 år $\pm$ 2 månader och därför rutinmässigt skulle kallas till besök på BVC under studieperioden (konsekutivt urval). Inklusionskriteriet var tillräckliga kunskaper i svenska språket för att kunna genomföra ett samtal utan tolk. Exklusionskriterier var att barnet hade en kronisk medicinsk diagnos med påverkan på vikt eller medicinska begränsningar i att äta och röra sig självständigt.

Genomförande

Enligt barnhälsovårdens rutiner erbjöds alla föräldrar med treåriga barn per post en språksscreening och ett samtal om barnets mat- och rörelsevanor. De som uppfyllde inklusionskriterierna inbjöds att delta i studien. De som tackade nej fick samma samtalsstöd som studiedeltagarna men besvarade inte några enkäter. Studiens upplägg beskrivs schematiskt i figur 1. Enkät A postades med inbjudan (bilaga 2). Föräldrarna som accepterat att delta uppmanades att besvara formuläret i hemmet och sedan ta det med till besöket på BVC. På mottagningen efter genomfört samtal besvarades enkät B med delvis samma men något färre frågor (bilaga 3). Sjuksköterskorna stod till tjänst med förklaring vid behov. Trettio dagar efter samtalet sändes med post till hemmet enkät C med 25 frågor (bilaga 4) för uppföljning. Upp till tre påminnelser postades till dem som inte besvarade uppföljningsenkäten. De som trots detta inte besvarat enkät C kontaktades en gång per telefon eller sms, vilket har visats ge bättre resultat än skriftliga påminnelser vid insamling av postenkäter (Salim Silva, Smith & Bammer, 2002) (figur 1).



Figur 1. Studiens upplägg.

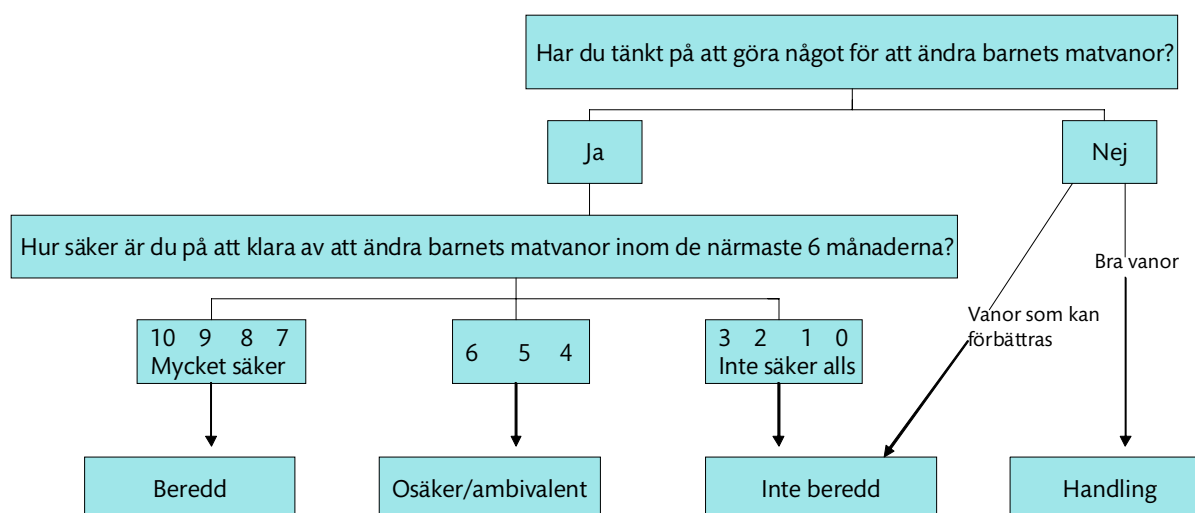
Samtalet

Samtalsunderlaget (bilaga 1) avser att ge sjuksköterskan en struktur för samtalet och att underlätta att på en mycket begränsad tid få fram en helhetsbild av barnets mat- och rörelsevanor. Ett antal frågor syftar till att sjuksköterskan i dialog med föräldrarna ska kunna avgöra lämpliga områden/mål för ett hälsosamtal. Samtalet är sedan menat att ske med metoden Motiverande samtal (MI). Alla frågor i Samtalsunderlaget utom de tre som berörde barnets vistelse i förskolan skulle användas. Frågorna om förskolan uteslöts för att föräldrar inte rår över förskolans inverkan på barnets vanor. Samtalet skulle inledas med att diskutera barnets rörelsevanor eftersom det tidigare visats ha fått låg prioritet i hälsosamtalen (Thafvelin, 2008). Efter samtalet fick föräldrarna med sig Samtalsunderlaget hem.

Enkäterna

Föräldrars stadium av förändringsberedskap

Frågorna angående förändringsbenägenhet baseras på den transteoretiska modellen (TTM), vilka i sin tur är baserad på en artikel publicerad av Rhee (Rhee, De Lago, Arscott-Mills, Mehta & Krysko Davis, 2005). Utfallsmåttet var föräldrars beredskap för förändring i fyra kategorier; *inte beredd*, *osäker/ambivalent*, *beredd* och *handling* (Prochaska & Velicer, 1997, Prochaska & DiClemente, 1982). Stadiet *vidmakthållande* uteslöts då studien avslutades innan vidmakthållande kunde testas. Frågorna involverade föräldrarnas rådande beteende och deras framtida intentioner enligt egen bedömning. Föräldrarnas uppfattningar skattades på en Visuell Analog Skala (VAS) (Huskisson, 1974, Stephenson & Herman, 2000). Utifrån svaren formulerades en algoritm för att bedöma förändringsbenägenhet baserad på Kristal och medarbetares metod (Kristal, Glanz, Curry & Patterson, 1999)(figur 2). Med algoritmen bestämdes föräldrarnas förändringsberedskap före samtalet (enkät A) och strax efter samtalet (enkät B).



Figur 2. Algoritm för bedömning av föräldrars stadium av förändringsberedskap av barnets matvanor före samtalet.

På frågan om föräldrarna ”tänkt göra något för att ändra på barnets vanor” (enkät A och B) kunde de som svarade ”nej” redan ha bra vanor. De kunde också svara ”nej” för att de var ointresserade eller okunniga om behovet av att ändra barnets vanor. För att skilja dessa ”nej-svarare” åt, bedömdes vanorna efter två kriterier; bra vanor och vanor som kan förbättras (tabell 3). ”Nej-svararna” med bra vanor bedömdes vara i handlingsstadiet och ”nej-svararna” med förbättringsbara vanor bedömdes inte vara beredda för förändring (figur 2).

Tabell 3. Valda kriterier för att skilja bra vanor från vanor som kan förbättras.

Matvanor	Bra vanor	Vanor som kan förbättras
Äter frukt	varje dag	<varje dag
Äter salladsgrönsaker	varje dag	<varje dag
Äter varma grönsaker	varje dag	<varje dag
Dricker mjölk	varje dag	<varje dag
Dricker saft, läsk	högst en gång i veckan	>en gång i veckan
Äter glass	högst en gång i veckan	>en gång i veckan
Äter godis	högst en gång i veckan	>en gång i veckan
Äter kakor, kex	högst en gång i veckan	>en gång i veckan
Äter chips	högst en gång i veckan	>en gång i veckan
Äter middag med vuxen	varje dag	<varje dag
Äter på natten	nästan aldrig	>nästan aldrig
Rörelsevanor	Bra vanor	Vanor som kan förbättras
Hur ofta barnet leker ute	1–2 gånger i veckan eller mer	<1–2 gånger i veckan
Hur länge barnet leker ute under en dag	> inte alls	inte alls
Hur länge barnet ser på TV under en dag	< en timme per dag	>en timma per dag

Uppföljningsformuläret (enkät C) innehåller en fråga huruvida föräldern ”har gjort något för att ändra på barnets matvanor”. Besvarades frågan med ja skattades föräldern att vara i stadiet handling. Besvarades frågan med nej bedömdes föräldern att inte vara i handling. Frågan om rörelsevanor hanterades på samma sätt.

Bemötande

Föräldrarna besvarade på en VAS-skala påståenden om sjuksköterskans bemötande i samtalet (Resnicow, Davis & Rollnick, 2006).

Frågor om barnet

Föräldrarna besvarade enkätfrågorna om barnet. Vid besöket mättes barnet och vägdes lätt klädd (liten tröja, blöja, underbyxor) utan skor av sjuksköterskan. Föräldern antecknade uppgifterna. BMI räknades ut genom $\text{vikt(kg)}/\text{längd(m)}^2$. Någon gång under besöket fick föräldrarna se barnets viktkurva. Strax efter samtalet besvarade de enkät B.

Frågor om föräldrarna

Föräldrars vikt- och längduppgifter är självrapporterade. När endast en av dem var på BVC angav denne uppgifter om partnern. Som socioekonomisk variabel efterfrågades utbildning och födelseland. Frågor om befintligt socialt stöd, uppfattning om självtillit, attityd, upplevd kontroll och identitet är baserade på social kognitiv teori och är formulerade utifrån en artikel publicerad av Lorentzen, Ommundsen & Holme, 2007.

Observation av samtal

Syftet med observationen var att undersöka hur samtalsunderlaget användes, hur tiden fördelades mellan mat- och rörelsesamtal samt föräldrarnas intresse. Observatören var en utomstående utvärderare. Minst en observation gjordes av alla sjuksköterskor i studien. Tre av de fyra gav samtycke till att samtalet spelades in på band. Mellan fem och sju samtal hade genomförts innan observationerna gjordes. Efteråt gavs en återkoppling till sjuksköterskorna. Ett förtestat kodschema användes som underlag (bilaga 5). Vid återkopplingen gavs synpunkter om hur observatören upplevt att sjuksköterskan använde sig av Samtalsunderlaget och i vilken utsträckning. Sjuksköterskans synpunkter och tankar av det genomförda samtalet redovisades.

MI-kompetens

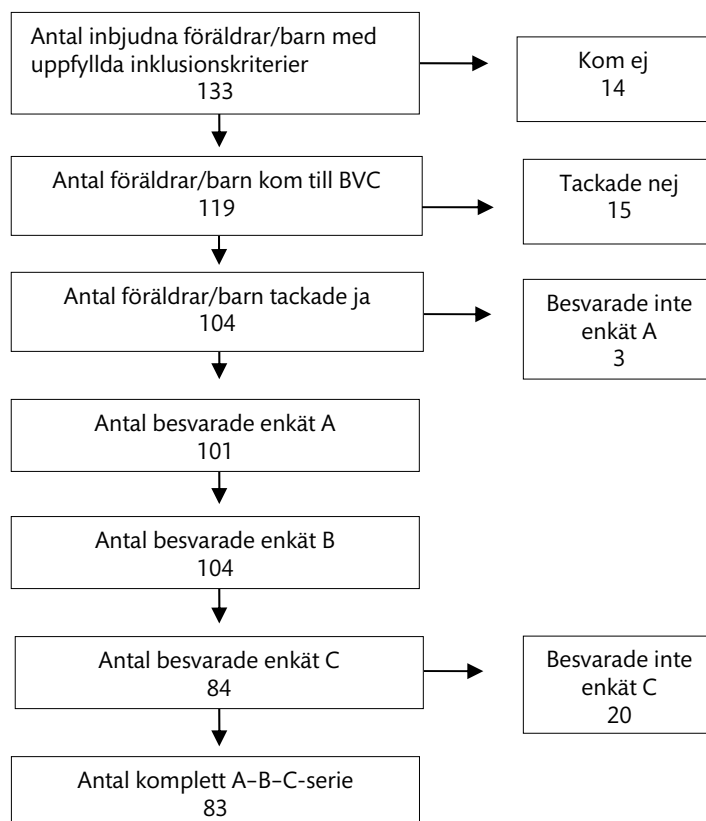
Nivån på kompetensen i MI bedömdes genom kodning av ett bandinspelat samtal med sjuksköterska och förälder. Den sjuksköterska som genomförde flest samtal kodades även efter 60 genomförda samtal. Kodningen utfördes av en tränad kodare på Motivational Interviewing Coding Laboratory, Karolinska Institutet efter validerad metod MITI 3.0 (Moyers, Martin, Manuel, Miller & Ernst, 2007). MITI svarar på frågan: Hur mycket liknar det här samtalet motiverande samtal? MITI har god tillförlitlighet (Forsberg, Berman, Källmén, Hermansson & Helgason, 2008). Två övergripande dimensioner bedöms; empati och motiverande samtalsanda. Frekvenser räknas på användning av kategorierna; given information, slutna och öppna frågor, enkla och komplexa reflektioner samt yttranden förenliga/oförenliga med MI.

Statistik

De inkomna tre enkätserierna A, B och C lästes in i Excel och bearbetades i SPSS Statistics 17.0. Flertalet beskrivningar och analyser baseras på deskriptiva statistiska metoder såsom prevalensberäkningar på gruppnivå. Skillnader mellan grupper testades med Chi²-test och McNemars test vid parvisa före – efter jämförelser. Signifikansnivån anges med ett p-värde.

Resultat

Totalt uppfyllde 133 förälder-barnpar inklusionskriterierna. Till BVC-mottagningen kom 119 (89 %) av dem för samtal varav 104 (78 %) accepterade ett deltagande i studien. Av dessa besvarade 101 föräldrar enkät A före samtalet, 104 enkät B strax efter samtalet och 84 enkät C 1–2 månader efter samtalet. Det resulterade i 83 kompletta A–B–C-serier med enkäter (figur 3). Enkäterna besvarades i 75 procent av fallen av mödrar, 16 procent av fäder och i 7 procent av båda föräldrarna.



Figur 3. Beskrivning av flödet av besvarade enkäter (antal).

Karakteristika av studiedeltagarna som ej besvarat enkät C (externt bortfall)

Enkät C besvarades inte av 20 föräldrar vilket innebar ett externt bortfall på 19 procent. Bland dessa familjer var drygt dubbelt så stor andel mödrar (75 %) och dubbelt så stor andel fäder (45 %) födda i Sverige/Norden jämfört med dem som besvarat hela enkätserien (mödrar 29 %, och fäder 23 %). En större andel fäder hade låg eller medellång utbildning och en mindre andel fäder hade övervikt och fetma bland dem som inte svarade på enkät C. Av barnen hade 80 procent normalvikt jämfört med 65 procent av dem med kompletta data. Inget barn hade fetma mot 11 procent av dem som svarat på hela enkätserien. Ett barn hade undervikt mot 12 bland dem med kompletta data. Alla fyra barn som bedömdes ha bra matvanor före samtalet fanns i gruppen där enkät C saknades och totalt hade 45 procent bra rörelsevanor i den gruppen jämfört med 25 procent bland dem med kompletta data.

Karaktistika av studiedeltagarna

Drygt hälften av föräldrarna hade mer än 12 års skolutbildning (tabell 4). En minoritet hade mindre än nio års skolutbildning. Majoriteten av föräldrarna var födda i länder utanför Europa, vilket innebar ett 25-tal olika hemspråk. Av mödrarna hade 41 procent övervikt eller fetma och fäderna 59 procent. I 11 procent av fallen saknades uppgifter om faderns vikt. Av barnen var 45 procent flickor och bland dem hade 25 procent övervikt eller fetma, och 11 procent var underviktiga. Av pojkarna hade 16 procent övervikt eller fetma och 12 procent undervikt (tabell 4). Alla barn gick i förskola. Om undervikt beräknas enligt Karlbergs (Karlberg, Luo & Albertsson-Wikland, 2001) ligger andelen med undervikt på 5 procent bland pojkar och flickor.

Tabell 4. Demografiska data och BMI över föräldrar och barn i studien (n=104).

Utbildning föräldrar	Moder n=101 %	Fader n=100 %	Flicka n=47 %	Pojke n=57 %
< 9 år	9	6		
9-12 år	27	36		
> 12 år och annan utbildning	64	58		
Födelseland föräldrar	n=102 %	n=102 %		
Sverige eller Norden	38	28		
Europa utanför Norden	6	4		
Länder utanför Europa	56	68		
Viktstatus	n=101 %	n=92 %	n=47 %	n=57 %
Undervikt	2	0	11	12
Normalvikt	57	41	64	72
Övervikt	32	48	15	9
Fetma	9	11	10	7

Baslinjedata

Matvanor

I tabell 5 beskrivs matvanorna före samtalet. Fyra barn hade bra matvanor enligt studiens alla kriterier (tabell 3). En tredjedel av barnen drack inte mjölk varje dag. Bara en liten andel åt varma tillagade grönsaker varje dag, tonvikten låg på salladsgrönsaker. Många barn åt på natten, ofta välling enligt öppet redovisade svar. Juice var den vanligaste söta drycken (tabell 5).

Tabell 5. Matvanor i hemmet före samtalet (n=101).

Matvanor före samtalet	Varje dag %	4-6 gånger i veckan %	2-3 gånger i veckan %	En gång i veckan %	Nästan aldrig %
Dricker mjölk	64	17	11	2	6
Äter frukt	52	33	15	1	0
Äter salladsgrönsaker	29	34	26	8	4
Äter varma grönsaker	14	16	33	23	15
Äter middag med vuxen	83	8	6	2	1
Äter frukost hemma	76	10	12	1	1
Äter på natten	10	4	10	10	66
Äter chips	1	0	11	51	37
Äter godis	1	2	17	61	19
Äter glass	1	3	19	42	36
Äter kakor, kex	1	7	42	29	22
Dricker soft, läsk	2	8	23	39	28
Dricker juice	18	14	32	17	20

Rörelsevanor

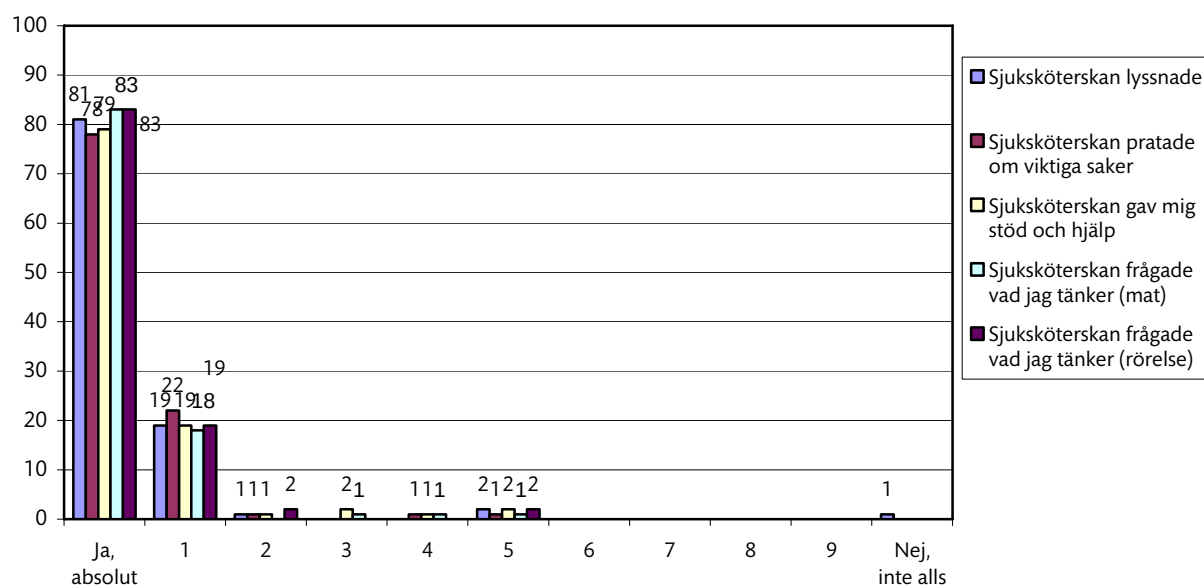
Före samtalet hade 30 barn bra rörelsevanor enligt studiens kriterier (tabell 3). Föräldrar till nio av dessa barn besvarade inte enkät C. Det stora flertalet barn gick själva utan barnvagn och 63 procent lekte ute på fritiden mer än en till två gånger i veckan. Vart femte barn såg på TV mer än två timmar per dag (tabell 6).

Tabell 6. Treåringars rörelsevanor i hemmet före samtalet, andel i procent (n=101).

Rörelsevanor före samtalet	Varje dag %	3-5 gånger i veckan %	1-2 gånger i veckan %	Nästan aldrig %
Går själv utan barnvagn	69	17	11	3
Sitter framför TV video dator	68	25	6	1
Leker ute	30	33	33	3
Åker barnvagn	9	11	29	51
	Inte alls	Mindre än 1 tim/dag	Mer än 1 tim/dag	Mer än 2 tim/dag
	%	%	%	%
Hur länge barnet ser på TV	2	30	48	20
Hur länge barnet leker ute	4	22	58	15

Föräldrars uppfattning relaterad till barnets mat- och rörelsevanor och bemötande

Andelen föräldrar som före samtalet tyckte att barnet åt bra var 74 procent och de som tyckte att barnet rörde sig lagom var 91 procent. På påståendet "Om jag vill göra mitt barns mat- eller rörelsevanor bättre får jag stöd av övriga familjen eller av vänner" svarade 75 procent ja. Andelen som före samtalet svarade ja på påståendet "Jag vet vem jag kan fråga om hjälp om jag har problem med hur mitt barn äter och rör sig" var 80 procent. Andelen som svarade ja på "Jag vet hur jag ska göra för att mitt barns mat- eller rörelsevanor ska bli bättre" var 73 procent. Att "det är mitt ansvar att barnet äter och rör på sig tillräckligt" ansåg 94 procent av föräldrarna. Andelen som svarade ja på "Om jag vill kan jag göra det som behövs för att ändra mitt barns mat- eller rörelsevanor" var 80 procent. Internt bortfall i påståendena om föräldrars uppfattning varierade mellan 0-8 procent. Föräldrarna visade en hög tillfredsställelse med sjuksköterskans bemötande under samtalet (figur 4).



Figur 4. Föräldrars svar på påståenden om sjuksköterskans bemötande under samtalet (andel i %).

Förändringsberedskap

Matvanor - förflyttning från före till efter samtalet

Före samtalet var 17 föräldrar beredda att ändra barnets matvanor, efter samtalet var 38 det. Före samtalet var 58 föräldrar inte beredda att ändra barnets matvanor, strax efter samtalet hade det minskat till 44 (tabell 7). Skillnaden mellan mätningarna före och efter samtalet är signifikant ($p < 0,01$).

Tabell 7. Matvanor. Antal individer i varje stadium före och strax efter samtalet (n=99). McNemars test för parade före – efter jämförelser.

MAT	Efter samtalet Handling	Efter samtalet Beredd	Efter samtalet Ambivalent	Efter samtalet Inte beredd	Totalt före samtalet
Före samtalet Handling	3	0	0	0	3
Före samtalet Beredd	0	10	3	4	17
Före samtalet Ambivalent	0	13	6	2	21
Före samtalet Inte beredd	0	15	5	38	58
Totalt efter samtalet	3	38	14	44	99

Rörelsevanor - förflyttning mellan före till efter

Före samtalet var 20 föräldrar beredda att ändra barnets rörelsevanor, efter samtalet var 21 det. Före samtalet var 47 föräldrar inte beredda att ändra barnets rörelsevanor, strax efter samtalet hade det ökat till 49 (tabell 8). Skillnaderna mellan mätningarna före och efter samtalet är inte signifikant ($p = 0,545$).

Tabell 8. Fysisk aktivitet. Antal individer i varje stadium före och efter samtalet (n=95).
McNemars test för parade före – efter jämförelser.

RÖRELSE	Efter samtalet Handling	Efter samtalet Beredd	Efter samtalet Ambivalent	Efter samtalet Inte beredd	Totalt före samtalet
Före samtalet Handling	22	0	0	0	22
Före samtalet Beredd	0	12	1	7	20
Före samtalet Ambivalent	0	4	0	2	6
Före samtalet Inte beredd	0	5	2	40	47
Totalt efter samtalet	22	21	3	49	95

Faktisk förändring 1–2 månader efter samtalet relaterat till förändringsberedskap

Matvanor

Av dem som var i stadiet beredda att ändra matvanor efter samtalet hade 21 (53 %) ändrat vanor efter 1–2 månader medan bara 7 (11 %) av dem som inte var beredda hade gjort det (tabell 9). Skillnaden är signifikant ($p < 0,001$).

Tabell 9. Ändrade matvanor 1–2 månader efter samtal relaterat till stadiet av förändringsberedskap strax efter samtal (n=103) Chi²-test.

MAT		Ändrat matvanor efter 1–2 månader, handling	Inte ändrat matvanor efter 1–2 månader	Summa
Stadium av beredskap för förändring efter samtalet	Beredd	21	19	40
	Ambivalent Inte beredd Inte tänkt	7	56	63
	Summa	28	75	103

Rörelsevanor

Av dem som var i stadiet beredda att ändra rörelsevanor efter samtalet hade 7 (23 %) ändrat rörelsevanor efter 1–2 månader (tabell 10) medan bara 2 (4 %) av dem som inte var beredda hade gjort det. Skillnaden är signifikant ($p < 0,001$).

Tabell 10. Ändrade rörelsevanor 1–2 månader efter samtal relaterat till stadiet av förändringsberedskap strax efter samtalet (n=102) Chi²-test.

RÖRELSE		Ändrat rörelsevanor efter 1–2 månader	Inte ändrat rörelsevanor efter 1–2 månader	Summa
Stadium av beredskap för förändring efter samtalet	Beredd	7	17	24
	Ambivalent	2	76	78
	Inte beredd Inte tänkt			
Summa		9	93	102

Vilka förändringar gjordes?

En till två månader efter samtalet hade 32 familjer (31 %) svarat ja på frågan om de gjort något för att ändra barnets vanor samt redovisat vad. Sju av familjerna rapporterade förändringar av karaktär som inte fanns som val i enkäten. Övriga familjers förändringar kunde även ses i kost- och/eller rörelseenkäten.

Av de 32 familjerna hade 23 ändrat endast matvanor, fyra endast rörelsevanor och fem familjer både mat- och rörelsevanor. Till dem som bedömdes ha ”bra matvanor” tillkom två barn 1–2 månader efter samtalet. Till dem med ”bra rörelsevanor” tillkom sex barn. Förändringen som gjordes av matvanor gällde ökad frukt- och grönsakskonsumtion, minskat intag av energigivande och näringsfattiga livsmedel och avsluta vällingdrickande. De sju familjerna som hade gjort förändringar som inte fanns som val att kryssa för i enkäten hade förändrat vanor till följande; ”varierar maten”, ”tvingar inte min son att äta”, ”slutat äta macka innan han somnar”, ”mer gemensamma måltider”, ”somnar tidigare” samt ”har rutiner inför måltider. Förändringen av rörelsevanor gällde ökad utevistelse, minskad tid vid TV:n eller minskat åkande i barnvagn.

Vilka föräldrar ändrade barnets vanor?

Vad gällde föräldrars utbildning, födelseland och föräldrars BMI var skillnaden mellan de som ändrade vanor och de som inte ändrade vanor minimal. I familjer som hade barn med normalvikt och övervikt hade var fjärde ändrat vanor. I familjer med barn med undervikt hade knappt hälften ändrat vanor och i familjer med feta barn hade drygt hälften gjort förändringar (tabell 11).

Tabell 11. Fördelning avseende vikt hos de som ändrat respektive inte ändrat barnets vanor (antal i parentes).

	Ändrat vanor		Inte ändrat vanor		Totalt i studiegruppen	
	%	(32)	%	(72)	%	(104)
Undervikt	42	(5)	58	(7)	100	(12)
Normalvikt	27	(19)	73	(52)	100	(71)
Övervikt	25	(3)	75	(9)	100	(12)
Fetma	56	(5)	44	(4)	100	(9)

I gruppen som ändrade barnets vanor förändrades föräldrarnas uppfattning om barnets vikt efter samtalet på så sätt att oron för undervikt minskade och medvetenheten om övervikt ökade. Bland de som inte ändrade barnets vanor sågs en motsatt bild (tabell 12). Andelen som svarade ja på påståendet ”Jag vet vem jag kan fråga om hjälp om jag har problem med hur mitt barn äter och rör sig” ökade från 75 procent före samtalet till 100 procent efter samtalet, bland dem som ändrade vanor, vilket även höll i sig efter en månad. Självförmitt ökade i samma grupp efter samtalet då andelen som svarade ja på påståendet ”Jag vet hur jag ska göra för att mitt barns mat- eller rörelsevanor ska bli bättre” ökade från 77 procent före till 94 procent strax efter och till 97 procent efter 1–2 månader. I gruppen som inte ändrade vanor ökade andelen med självförmitt efter samtalet för att minska efter 1–2 månader (tabell 12).

Tabell 12. Uppfattningar och attityder bland föräldrar som ändrat och som inte ändrat vanor.

	Ändrat vanor n=32			Inte ändrat vanor n=51		
	Före samtalet	Efter samtalet	1–2mån efter samtalet	Före samtalet	Efter samtalet	1–2mån efter samtalet
	A %	B %	C %	A %	B %	C %
Uppfattning om barnet						
Mitt barn äter bra	72	81	87	73	80	80
Mitt barn sover lagom	88		87	90		86
Mitt barn rör sig lagom	91	87	84	90	90	96
Mitt barn väger lagom	88	87		84	86	
Mitt barn väger för lite	13	7		8	10	
Mitt barn väger för mycket	0	7		8	4	
Socialt stöd						
Jag får stöd av andra i familjen	78		75	75		78
Jag vet vem jag kan fråga	74	100	100	84	90	88
Självförmitt						
Jag vet hur jag ska göra	77	94	97	69	96	82
Attityd						
Det är mitt ansvar	88	100	91	96	98	98
Upplevd kontroll						
Lätt att säga nej till mitt barn	34		38	28		36
Svårt att säga nej ibland	50		50	65		50
Om jag vill kan jag	80	87	91	77	94	86
Identitet						
Mat/rörelse är viktigt för mig	97		97	94		96

Samtal relaterat till område och studiesjuksköterska

I område 4 genomförde en sjuksköterska samtal med föräldrar från fyra barnavårdscentraler vilket resulterade i många fler samtal jämfört med övriga sjuksköterskors insats (tabell 13).

Tabell 13. Flödet av besvarade enkäter per sjuksköterska, antal.

Sjuksköterska	1	2	3	4	Totalt
Antal föräldrar/barn med uppfyllda inklusionskriterier	17	16	12	88	133
Antal föräldrar/barn kom till BVC	17	13	10	79	119
Antal föräldrar/barn tackade ja	15	11	9	69	104
Antal kompletta A–B–C-serier	11	8	7	57	83

Andelen föräldrar per sjuksköterska som förändrade vanor varierade mellan sjuksköterskorna. Inget mönster kunde ses (tabell 14).

Tabell 14. Andel föräldrar per sjuksköterska som ändrat vanor, andel i procent.

Område/sjuksköterska	1	2	3	4
Antal samtal per sjuksköterska	n=15	n=11	n=9	n=69
Andel som förändrat vanor	40 %	18 %	11%	33%

Kodning av samtal

Vid observationerna bandades samtalen med tre av de fyra sjuksköterskorna. Alla inspelade samtal hade för låga poäng för att bedömas vara ett samtal med god MI kompetens (tabell 15). Det inspelade 60:e samtalet hade högre poäng i MI-anda jämfört med samtalen inspelade efter 6–7 övningstillfällen men hade ändå inte tillräckliga poäng för att vara fullt godkänt.

Tabell 15. Empati och motiverande samtalsanda av inspelade samtal med tre olika sjuksköterskor, skala 1–5.

	Område 2/ sjuksköterska 2	Område 3/ sjuksköterska 3	Område 4/ sjuksköterska 4	Område 4/ sjuksköterska 4	Poäng för god MI-kompetens
Samtal i ordningen	7:e samtalet	7:e samtalet	6:e samtalet	60:e samtalet	
Empati	2	2	3	3	≥3,5
MI-anda	2,3	1	2	3,3	≥3,5

Observationer

Resultatet baseras på fyra observationer, en med varje sjuksköterska och på de samtal som observatören hade med sjuksköterskorna. Observationen tydde inte på att samtalet utfört av sköterska 1 (som inte spelades in och inte kodades) skilde sig väsentligt från övriga sköterskors. Följande observationer gjordes:

Struktur under besöket – Sjuksköterskorna kände allmänt en tidspress att hinna med alla delar som ingår i treårsbesöket. Det märktes dock inte vid observationerna, kanske beroende på att extra tid hade avsatts för studien. En tid av totalt 45–60 minuter hade reserverats, varav samtalet om mat i medeltal tog 11 minuter och om rörelse 8 minuter.

Föräldrarnas intresse – Utmärkande var ett tydligt intresse från föräldrarna att tala om sina barns mat- och rörelsevanor. I flera samtal upplevdes förväntningar från föräldrarna att få prata om allt som bekymrar dem om barnet. Samtalet kunde ta olika riktningar, men med koppling till mat- rörelsevanor.

Samspelet mellan sjuksköterska och föräldrar – I samtliga observationer märktes ett mycket gott samspel mellan föräldrar och sjuksköterska. Ett samtal försvårades på grund av språksvårigheter. Barnen kunde tröttna på att sitta stilla och sjuksköterskan måste då stävja det och samtidigt hålla igång samtalet. Ofta avbröts samtalet av att något hände mellan förälder och barn, vilket gjorde att fokus tappades och fick tas upp igen. Det som allmänt sett syntes vara en fälla för sjuksköterskorna var att börja ge goda råd utan att först fråga om information önskades.

Användningen av Samtalsunderlaget – Samtliga observationer inleddes med rörelsefrågorna. Sjuksköterskorna ställde i stort sett alla överenskomna frågor. Sammanfattningar där det

tydliggörs vad föräldern tagit upp gjordes övervägande för matvanorna. Det var tydligt att samtalet om rörelse lättare kunde föras med öppna frågor jämfört med samtalet om matvanor, då matsamtalet krävde fler slutna frågor för att ge en bild av status. Vid två observationer användes figuren i Samtalsunderlaget med tomma byggstenar och under en observation användes den tomma tallriksmodellen.

Måluppfyllelse i förhållande till förändringsberedskap – Sjuksköterskorna hade inga problem med att få föräldrarna att prata om mat- eller rörelsevanor. Det var dock otydligt om föräldern fick för avsikt att ändra något i barnets vanor. Det verkade svårt att leda samtalet mot förändring. Det som skedde var att föräldern kunde bekräftas i att man redan gjorde något som var bra för barnet.

Vad tyckte sjuksköterskorna? – Det fungerade bra att inleda samtalet med rörelsevanor. Sjuksköterskorna tyckte att de uppsatta målen för bra mat- och rörelsevanor kunde vara svåruppnåeliga för många av familjerna. Vidare att familjerna också ofta hade problem av mer social art vilket kunde kännas mer angeläget att fokusera på. Dessutom tillkom språksvårigheter. Frågorna i Samtalsunderlaget upplevdes vara ett stort stöd för strukturen i samtalet och för att komma ihåg vad som skulle tas upp. Frågorna behövde prövas i några samtal för att kunna göras till "sina egna".

Diskussion

Den här studien är oss veterligen den första i sitt slag i Sverige som visar effekter på både föräldrar och barn av ett hälsofrämjande samtal om mat och rörelse på BVC. Den tar utgångspunkt i den praktiska verkligheten och i de resursmässiga ramar som BVC-sjuksköterskorna arbetar inom. Metoden är nyskapande i sitt slag genom att kombinera ett samtalsunderlag med MI. Den är prövad i resursfattiga områden där problemet med övervikt och fetma är stort och där det har uttryckts ett specifikt önskemål om en hjälp med att strukturera samtalet utan att styra det (Thafvelin, 2008a).

Deltagande och bortfall

Vi uppnådde högre deltagande bland föräldrar (78 %) än i andra studier med jämförbar målgrupp, där deltagandet låg mellan 65–71 procent (Fitzgibbon, Stolley, Schiffer, Van Horn, Kaufer-Christoffel, & Dyer, 2005, Horodyski & Stommel, 2005, McGarvey, Keller, Forrester, Williams, Seward, & Suttle, 2004, Worobey, Pisuk, & Decker, 2004). Det höga deltagandet i studien visar att föräldrar till förskolebarn i områden med hög andel barn med viktproblem är motiverade att delta och intresserade i att förbättra barnens mat- och/eller rörelsevanor. Detta stärker antagandet att det är rätt att intervensera i befintliga strukturer för den här målgruppen. I gruppen med inkomplett enkätserie fanns fler familjer med bra matvanor och rörelsevanor, fler barn med normalvikt och inget barn med fetma. Bland dem med kompletta data fanns alla barn med fetma, alla utom ett med undervikt samt en större andel barn med övervikt, vilket tyder på att föräldrar som har barn med behov av bättre mat- och rörelsevanor också verkar ha ett intresse att delta i projektet.

Vi var dock tvungna att ha med färre sjuksköterskor än planerat på grund av bristande möjligheter att avsätta tid för ett studiedeltagande. Sköterskornas upplevelse av att arbetsbelastningen ökat under 2008 bekräftas i Barnhälsovårdens årsrapport (Årsrapport 2008. BHV Folkhälsoarbete, 2009).

Hur upplevdes samtalet?

Nästan alla föräldrar var nöjda eller mycket nöjda med samtalet. Innan denna studie sattes igång har Samtalsunderlaget utvärderats formativt av sjuksköterskor, vilket sannolikt har bidragit till det goda resultatet (Thafvelin, 2008b). Observatören upplevde i flera samtal att föräldern hade förväntningar att få prata om allting som rörde barnet. Sjuksköterskan hade förväntningar på sig att genomföra språkbedömningen och samtalet. Till det tillkom att sjuksköterskan uppfattade att de uppsatta målen för bra mat- och rörelsevanor var ouppnåbara för många familjer. Samtidigt hade hon kännedom om många familjer med problem av social karaktär. Detta upplevdes frustrerande för sjuksköterskan. För att hinna med ett hälsosamtal krävdes det att sjuksköterskan gjorde avgränsningar och fokuserade på avsikten med besöket. En bidragande orsak till frustrationen och den uttalade upplevelsen av tidsbrist skulle delvis kunna vara ett uttryck för en högre ambitionsnivå bland sköterskorna än vad som tiden tillåter. Resultatet visar vad som är rimligt att uppnå under ett 20 minuters hälsofrämjande samtal om mat och rörelse på BVC, det vill säga bättring i en aspekt av barnets levnadsvanor. Vi kan därför konstatera att om målet är att alla barn ska uppnå bra mat- och rörelsevanor behövs många fler samtal.

Vanor och BMI vid studiestart

Vad gäller barnens matvanor i hemmet är det svårt att göra jämförelser med andra svenska studier där man har använt andra mätmetoder. Denna studie stämmer ändå i stort med resultatet i den nationella kostundersökningen Riksmaten (Enghardt Barbieri, 2003), som också är baserad på självrapporterade data från föräldrar. Dock är våra data om barnens konsumtion av kex, glass, godis, läsk och saft lägre. Det bör noteras att vår studie gäller treåringar och riksundersökningen gäller fyraåringar. Våra resultat om TV-vanor var bättre jämfört med amerikanska treåringar i motsvarande socioekonomisk grupp, där 48 procent tittade på TV mer än två timmar per dag (Dennison et al. 2002) mot 20 procent i vår undersökning. Andelen flickor med övervikt/fetma var något högre i studien jämfört med genomsnittet bland fyraåringar i respektive område (Barnhälsovård Folkhälsoarbete, 2009), medan pojkarna i studien låg inom samma intervall som fyraåringarna. Vi överraskades något över den höga prevalensen av undervikt bland barn i studien som var 11 procent bland flickor och 12 procent bland pojkar enligt Cole's referensvärden (Cole, et al. 2007). Används i stället Karlbergs svenska referensvärden (Karlberg et al. 2001) låg andelen med underviktiga treåringar på 5 procent. Men även denna siffra är relativt hög och förslagsvis bör det övervägas att undervikt inkluderas i barnhälsovårdens årliga statistik för att följa utvecklingen.

Skillnad i förändringsbenägenhet av mat- respektive rörelsevanor

Före samtalet var 17 föräldrar beredda att ändra barnets matvanor, strax efter var 38 beredda att göra det. Ingen motsvarande förflyttning av förändringsberedskap skedde för rörelsevanor. Fler var ambivalenta i sin uppfattning efter matsamtalet. Efter rörelsesamtalet var föräldrarna mer bestämda, det vill säga antingen beredda eller inte beredda. Den uppfattning som föräldern hade om barnets rörelsevanor förändrades inte under rörelsesamtalet som under matsamtalet. Andra forskare har rapporterat att det som starkast kan kopplas till en senare beteendeförändring efter ett MI-samtal är styrkan i klientens åtagande under de sista minuterna av samtalet (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer & Fulcher, 2003). Det överensstämmer med våra resultat som visade att beredskapen direkt efter samtalet var signifikant relaterat till den faktiska förändringen av både matvanor och rörelsevanor.

Orsaker till skillnaden i förändringsberedskapen mellan mat- och rörelsevanor kan sökas både hos förälder och hos sjuksköterska. Initialt tyckte fler föräldrar att deras barn hade bra rörelsevanor (91 %) jämfört med bra matvanor (74 %). Många föräldrar kanske också tar det för givet att barnets naturliga rörelseglädje medför att deras behov av fysisk aktivitet tillfredsställs i förskolan, medan de i högre grad är medvetna om sitt föräldraansvar för matvanorna. Föräldrarna behöver därför blir mer medvetna om varför barn behöver röra på sig under hela dagen och vilka åtgärder de som föräldrar kan vidta. Även många sjuksköterskors ovana att prata om friska barns rörelsevanor och andra sjuksköterskors ovilja att prata om normalviktiga barns rörelsevanor kan ha bidragit (Thafvelin, 2008b). Det är relativt nytt, även för sjuksköterskor i barnhälsovården, att diskutera förskolebarns fysiska aktivitet. En större satsning på fortbildningen för sjuksköterskor om barnfamiljers rörelsevanor bör göras. Hart et al. (2003) menar att föräldrar har ett kortsiktigt perspektiv på hälsa, vilket medför att informationen bör ha fokus på kortsiktiga hälsovinster till exempel frukostätande relaterat till skolprestation, sötade livsmedel till karies och fysisk aktivitet till av

koncentrationsförmåga. Fortbildningen för sjuksköterskorna om kortsiktiga effekter särskilt av fysisk aktivitet snarare än långsiktiga hälsoeffekter bör därför förbättras i framtiden.

Förändring av barnets vanor

I stort sett alla föräldrar i studien erkänner att de har ansvaret för barnets mat- och rörelsevanor och att mat och rörelse är viktiga frågor för dem. Detta innebär att alla sannolikt skulle vara beredda till förändringar om de bara insåg behovet. Enligt våra kriterier hade bara fyra barn bra matvanor och 30 bra rörelsevanor från början av studien, vilket innebär att utrymmet för förbättringar är långt större än vad som uppnåddes. Nästan en tredjedel av familjerna gjorde en handling, varav majoriteten ändrade någon komponent i barnets matvanor. Andra interventioner bland förskolebarn i socioekonomiskt svaga grupper har också visat effekter på matvanor. Det har bestått av minskat energiintag (Worobey et al. 2004), minskat intag av mättade fetter, (Fitzgibbon et al. 2005) och ökad vattenkonsumtion istället för söta drycker (McGarvey et al. 2004). Effekter på rörelsevanor efter interventioner i jämförbara målgrupper har varit en ökad föräldramedverkan i barnens lekar och en ökade besök på aktivitetscenter (McGarvey et al. 2004) samt ett minskat TV-tittande (Johnson et al. 2005).

Orsaken till att färre familjer faktiskt ändrade rörelsevanor jämfört med matvanor kan bero på flera saker. För det första gjordes studien under vintermånaderna då hinder för fysisk aktivitet är mest uppenbara. För det andra fanns fler familjer med barn som initialt hade bra rörelsevanor jämfört med bra matvanor enligt våra kriterier. Dessa familjer hade därför mindre anledning att ändra den fysiska aktiviteten. Alla barn i studien var inskrivna i förskolan och föräldrar kan tänkas anse att barnet får tillräcklig med fysisk aktivitet där. Det låga kravet på lektid ute, som sattes i studien, gjordes under förutsättningen att förskolan följer läroplanen om daglig utelek. För det tredje är det sannolikt så att en förändring av barns rörelsevanor jämfört med barns matvanor skulle fordra ett mer genomgripande engagemang av föräldern och som därför tar mer av dennes tid i anspråk. Alternativet till att köra barnen i bil, eller i barnvagn efter en lång dag på arbetet och att låta dem sitta framför TV och dator, när föräldrar sköter andra hemsysslor, kräver onekligen en större insats. Eftersom en förändring av barnets rörelsevanor skulle påverka föräldrarnas vardagsliv i hög utsträckning kan det leda till ett dilemma hos sjuksköterskan om att fördjupa diskussionen av rädsla att ställa krav på föräldrarnas vardagsliv. Bristen på medvetenhet om hur lätt det är i vardagen att faktiskt hindra barns spontana rörelsemönster är nog också stor hos många föräldrar. I en engelsk studie fann Hart, Herriot, Bishop, & Truby, (2003) att ökad fysisk aktivitet inte bara har lägre prioritet i familjelivet utan också har fler yttre hindrande faktorer jämfört med förändringar av måltidsvanor. I en spansk studie ansåg lågutbildade föräldrar att deras fem- till sjuåriga barn var för aktiva och därför främjade de inte barnens rörelsevanor (Lopez-Dicastillo, et al. 2009).

En intervention i resursfattiga familjer med praktiska övningar i förskolan samt hemläxa till föräldrar visade, liksom, vår studie en effekt på barnens matvanor men inte på rörelsevanor (Fitzgibbon et al. 2005). Harvey-Berino & Rourke (2003) som intervenerat med att stödja medelklassfamiljer i hemmiljö fick liknande resultat. Å andra sidan finns studier i resursfattiga målgrupper med goda resultat på rörelsevanor där lektiden mellan föräldrar och barn ökat

och TV-tiden minskat (McGarvey et al. 2004, Johnson et al. 2005). Här bestod interventionen av ett hälsoprogram grundad på social kognitiv teori som föräldrar fick del av på ett hälsocenter åtta gånger under ett år, alltså en insats som var betydligt mer intensiv jämfört med den i vår studie.

Förändringar av vanor i relation till barnets kroppsvikt

Omkring hälften av familjerna som hade barn med fetma och undervikt och omkring en fjärdedel av dem som hade barn med övervikt och normalvikt ändrade vanor i vår studie. Faktorer som visat sig ha samband med föräldrars beredskap för förändring av sina överviktiga/feta barns vanor är förekomst av övervikt i familjen, en medvetenhet om att barnets vikt och/eller föräldrarnas egen vikt var över genomsnittet samt en insikt om att barnets vikt innebar ett hälsoproblem (Rhee et al. 2005). Föräldrars medvetenhet om barnets viktproblem var således avgörande för deras beredskap att förändra barnets vanor (Rhee et al. 2005). Detta stämmer också med vår studie, där fler av dem som ändrade vanor korrigerade sin uppfattning av barnets viktproblem jämfört med dem som inte kom till handling. Enligt SBU (2002) är risken att förbli överviktig som vuxen liten för dem som är överviktiga före tre års ålder, men efter tre års ålder ökar risken. Det kan vara ett motiverande argument för att göra förändringar i barnets levnadsvanor och föräldrarna bör därför se barnets BMI-kurva någon gång under besöket.

Validitet och generaliserbarhet av metoden

Det faktum att självtilliten och det upplevda sociala stödet ökade strax efter samtalet och höll i sig en till två månader efter bland dem som ändrade barnets vanor, samt att föräldrarna var mycket nöjda med samtalet stärker hypotesen om att beteendeförändringen när det gäller matvanor berodde på samtalet. Av flera skäl utfördes denna studie utan kontrollgrupp vilket gör att vi inte kan uttala oss om hur effekten av metoden står sig i förhållande till det arbete som idag görs rutinmässigt på BVC enligt vårdprogrammet. Vår metod genomfördes inom de ekonomiska ramar som idag finns i barnhälsovården. För att kunna ge ett slutgiltigt bevis på metodens effektivitet måste samtalsunderlaget prövas i en kontrollerad studie med längre uppföljningstid och jämföras med vårdprogrammet i sin nuvarande form.

Även om urvalet av BVC inte var slumpvist anser vi att studiepopulationen sannolikt är ganska representativ för föräldrar till treåringar i resursfattiga områden där projektet är utfört. Den något högre utbildningsnivån bland studieföräldrar jämfört med befolkningen som helhet i området beror sannolikt på att det i studien är en större andel av föräldrar från de mer välbeställda delarna av de resursfattiga områdena och att det kan finnas en viss selektion av högre utbildade som går till BVC när barnet lämnat spädbarnsåldern. Vi anser ändå att resultatet går att överföra till andra resurssvaga områden i länet.

I Barnhälsovårdens Årsrapport (2009) för verksamhetsåret 2008 går att läsa att barnhälsovården i Stockholms län har utbildat ett hundratal sjuksköterskor i MI med målet att få föräldrar att tänka igenom sina alkoholvanor. Utbildningssatsningen har fortsatt under 2009. Samtidigt pekas det på att även hälsosamtalen om mat och rörelse ska bygga på motiverande samtalsteknik. Det betyder att i skrivande stund har merparten av BVC-

sjuksköterskorna i Stockholms län baskunskaper i MI och skulle kunna använda samtalsunderlaget i sina hälsosamtal.

Styrkor med studien

Samtalsunderlaget som har använts i studien har utvecklats tillsammans med BVC-sjuksköterskor före studiens start och utvärderats formativt i resursfattiga områden i länet, vilket säkrar att det är behovsanpassat. Dessutom har vi undersökt implementeringsgraden genom observation och kodning av samtal. På så sätt kunde vi visa att inget inspelat samtal hade tillräckliga poäng för att vara ett godkänt MI-samtal efter en tvådagars utbildningsinsats. Att effekten ändå blev så positiv tror vi beror på att Samtalsunderlaget gav struktur åt diskussionen om så komplexa levnadsvanor som mat och fysisk aktivitet och hjälp till sjuksköterskan av inriktningsmål för samtalet. Frågorna i Samtalsunderlaget ger vägledning till både personal och förälder utan att föreskriva. Sjuksköterskorna ansåg att det gick bra att inleda samtalet med rörelse. Föräldrarna med några få undantag var mycket nöjda med bemötandet under samtalet.

Svagheter

Den ansträngda arbetssituationen för BVC-sjuksköterskorna medförde att projektledaren, som är utbildad barnsjuksköterska, nödgades delta aktivt i studien. Risken för att projektledaren skulle få ett annat samtalsresultat än övriga sjuksköterskor kontrollerades genom inspelning och kodning av samtal samt att observation gjordes av alla sjuksköterskor. Inget av dessa visade någon större skillnad i samtalskvalitet. Utöver det är samtalsunderlaget ett resultat av ett grupparbete och alla medverkande sjuksköterskor har deltagit i utvecklingen (Thafvelin, 2006, 2008a, 2008b). Att alla sjuksköterskor var nybörjare i MI vid studiens start och att kodningen efter fem till sju träningssamtal visade att nivån i MI-kunskap i projektledarens samtal låg mittemellan kollegernas visar att projektledaren inte hade någon fördel av sin roll. Att projektledarens MI-nivå ökade vid andra mätningen bedömer vi vara ett resultat av träning. Pågående förändringar i vårdprogrammet under studiens gång medförde att vi inte kunde inkludera en kontrollgrupp som det var tänkt från början.

I MI är ett av de viktigaste elementen att tillägna sig förmågan att undertrycka impulsen att ge råd och att ställa frågor (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Att sjuksköterskorna inte nådde tillräcklig nivå för ett godkänt MI-samtal kan bero på två saker, dels otillräcklig återkoppling/handledning, dels svårigheten för sjuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet att undertrycka sin vana att ge råd och att ställa frågor. Det kan också vara extra svårt för sjuksköterskan att behärska sin vilja att rätta till missuppfattningar hos föräldrar när samtalet angår så små barn. MI-nivån på samtalen kan sannolikt förbättras avsevärt. En två till tre dagars utbildning i MI räcker alltså inte för att bli fullt kompetent i metoden (Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). Praktisk träning och en handledning grundad på systematisk återkoppling av rådgivarens inspelade klientsamtal underlättar att nå god standard och behövs för att kunskaperna inte ska försvinna (Miller & Mount, 2001). Eftersom inga extra resurser avsatts för vår studie, utöver tre till fyra timmars tid för diskussion om uppkomna problem så visar studieresultatet på vad som är möjligt att åstadkomma med befintliga ekonomiska resurser. Om samtalen uppnår godkänd MI-nivå kan effekterna sannolikt förbättras.

Resultatet bygger på självrapporterade data vilket medför risk för att svaren uttrycker ett önskvärt beteende snarare än det sanna. Det förekom också att föräldrar hade svårt att förstå innebörden i en del av frågorna på grund bristande kunskaper i svenska. Sjuksköterskan bistod då med förklaringar. Detta kan ha påverkat resultatet i enkät B. En översättning hade varit opraktiskt att göra eftersom det fanns ett 25-tal olika hemspråk.

För MI finns god evidens för att den har effekt inom primärvården inom området matvanor och fysisk aktivitet (Martin, 2009). Kritik har dock riktats mot TTM, gällande till exempel svårigheten att applicera modellen på beteenden som är så komplexa som mat- och rörelsevanor (Povey, Conner Sparks, James & Shepherd, 1999, Adams & White, 2005). Vidare är det bara få studier som beskriver en validering av instrumentet för att bedöma individens stadium av beredskap för förändring (Povey et al. 1999, Riemsma, Pattenden, Bridle, Sowden, Mather, Watt et al. 2002) och innehållet i de stadiespecifika interventionerna har inte varit väl beskrivna (Riemsma et al. 2002). I denna studie har vi använt TTM som utvärderingsinstrument, medan själva interventionen är MI. Vi kan hålla med om att det är komplicerat att använda TTM även som utvärderingsmetod då varje komponent av en levnadsvana i teorin kan vara föremål för stadieindelning, till exempel sluta äta glass, dricka vatten i stället för sötade drycker, äta mer frukt med mera. Vi valde här att fråga om matvanor i stort oavsett vad det gällde. I framtida studier av förändringsbenägenhet kan det vara bra att fråga mer specifikt samt att använda en enklare metod för att mäta förändringsbenägenhet eller att utgå direkt ifrån vilka mål föräldrar sätter upp efter samtalet.

Slutsatser

Ett hälsosamtal med Samtalsunderlaget och MI ledde till en signifikant ökning av andelen föräldrar med beredskap att ändra barnets matvanor men inte rörelsevanor. Sannolikt har Samtalsunderlaget bidragit till resultatet genom att ge struktur åt hälsosamtalet och hjälpa föräldrar att sätta mål för beteendeförändring.

Nästan en tredjedel av familjerna förbättrade en komponent i barnets mat- eller rörelsevanor under uppföljningstiden. Viljan efter ett samtal att ändra vanor var kopplat till att faktiskt ändra vanor.

Självförlitligheten att kunna förändra och det upplevda kunskapsstödet ökade direkt efter samtalet i högre grad bland föräldrar som ändrade barnets vanor, vilket stärker hypotesen om att beteendeförändringen berodde på samtalet. För att bevisa detta behövs en kontrollerad och randomiserad studie med längre uppföljningstid.

De granskade samtalen hade otillräckliga poäng för att vara helt godkända MI-samtal. Med mer träning och systematisk återkoppling av inspelade samtal, kan resultatet sannolikt förbättras ytterligare.

I kommande fortbildningar bör det läggas mer fokus på små barns behov av fysisk aktivitet och särskilt på kortsiktiga effekter som intresserar föräldrar.

Effekten på föräldrars förändringsbenägenhet och förändring av en komponent i barnets vanor har åstadkommits inom befintliga ekonomiska ramar, i ett samtal som varade i 20 minuter under besöket på BVC. Om målet är att alla barn ska uppnå bra mat- och rörelsevanor behövs många fler samtal.

På grund av att urvalet inte var slumpmässigt är det inte möjligt att generalisera resultatet men sannolikt kan metoden med fördel användas i andra resursfattiga områden i länet.

Samtalsunderlaget upplevs av sjuksköterskan som ett gott stöd i hälsosamtalet i resursfattiga områden och är ett av få existerande material som underlättar hälsosamtalet om rörelsevanor på BVC även om det behöver förbättras.

Undervikt är vanligt förekommande i resursfattiga områden och dessa data bör inkluderas i barnhälsovårdens årliga statistik.

Referenser

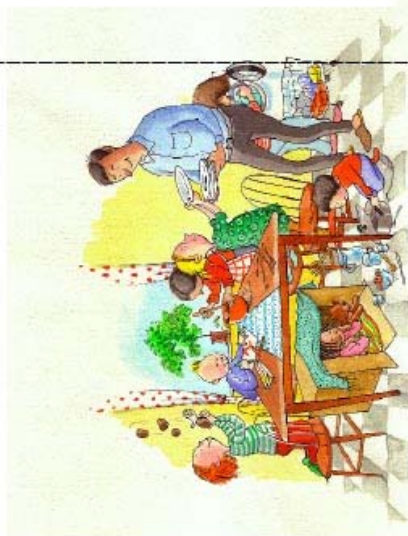
- Adams, J. & White, M., (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research* 20(2):237-243.
- Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C.E., Palmer, M. & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 71(5):862-78.
- Bélanger M., Gray-Donald K., O'Loughlin J., Paradis G & Hanley J. (2009). When Adolescents Drop the Ball. Sustainability of Physical Activity in Youth. *Am J Prev Med* 37(1), 41-49.
- Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 2004;28:858-869.
- Blomquist HK, Bergström E. Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socioeconomic level. *Acta Paediatr.* 2007;96(1):113-6.
- Bluford DAA, Sherry B, Scanlon KS. Interventions to prevent or treat obesity in preschool children: a review of evaluated programs. *Obesity* 2007;15:1356-1372.
- Cole T., Bellizzi M., Flegal K., Dietz W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*; 320:1240-3.
- Cole T., Flegal, K., Nicholls, D., & Jackson, A. (2007) Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. E-publicerad 25 juni, 2007. DOI:10.1136/bmj.39238.399444.55.
- Danielsson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2001/02. Rapport 2003:50. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
- Dennison, B.A., Erb, T.A. & Jenkins, P.L.(2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics.* 109,1028-1035.
- Enghardt Barbieri H., Pearson M., Becker W. Riksmaten – barn 2003 Livsmedel och näringsintag bland barn i Sverige. Livsmedelsverket. Elanders Tofters AB, Östervåla, 2006.
- Fitzgibbon, M.I., Stolley, M.R., Schiffer, L., Van Horn, L., Kaufer-Christoffel, K. & Dyer, A. (2005) Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr a randomized controlled trial for overweight prevention in preschool minority children. *The Journal of Pediatrics*, 146:618-625.
- Folkhälsoenkäten 2002 Behov av hälso- och sjukvård utifrån ett befolkningsperspektiv – Avdelningen för befolkningsperspektiv Februari 2006, SLL). www.sll.se [Hämtad 20090615]
- Forsberg, L., Berman, A.H., Källmen, H., Hermansson, U. & Helgason, A.R. (2008). A Test of The Validity of the Motivational Interviewing Integrity Code. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 1-9.
- Gray VB, Byrd SH, Cossman JS, Chromiak J, Cheek WK, Jackson GB. Family Characteristics Have Limited Ability to Predict Weight Status of Young Children. *Journal of the American Dietetic Association*, 2007;107:1204-1209.
- Handlingsprogram övervikt och fetma 2004. Stockholms läns landsting, 2004.

- Handlingsprogram övervikt och fetma 2009–2013. Stockholms läns landsting, 2009. [under tryckning].
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*, 1:91–111.
- Horodyski, M.A. & Stommel, M. (2005) Nutrition education aimed at toddlers: an intervention study. *J Pediatr Nurs*, 31(364).
- Huskisson EC. (1974). Measurement of pain. *Lancet*;9:1127–1131.
- Johnson, D.B., Birkett, D., Evens, C. & Pickering, S. (2005) Statewide intervention to reduce television viewing in WIC clients and staff. *Am J Health Promotion* (19)418–421.
- Karlberg, J., Luo, Z.C. & Albertsson-Wikland, K. (2001). Body mass index reference values (mean and SD) for Swedish children. *Acta Paediatr*, 90:1427–1434.
- Kristal AR, Glanz K, Curry SJ, Patterson RE. How can stages of change be best used in dietary interventions? *Journal of the American Dietetic Association*. 1999;99:679–684.
- Lorentzen C, Ommundsen Y, Holme I. Psychosocial correlates of stages of change in physical activity in an adult community sample. *European Journal of Sport Science*. 2007;2:93–106.
- Lopez-Dicastillo, O., Grande, G. & Callery, P. (2009) Parents contrasting views on diet versus activity of children: Implications for health promotion and obesity prevention. *Patient Educ Couns*. June 25 (Epub ahead of print) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.
- Marshall S.J., Biddle S.J.H., Gorely T., Cameron N. & Murdey I. Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 2004; 28:1238–1246.
- Martins, R.K. & McNeil, D.W. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviours. *Clinical Psychology Review*, 29 (283–293).
- McGarvey, E., Keller, A., Forrester, M., Williams, E., Seward, D. & Suttle, DE. (2004) Feasibility and benefits of a parent-focused pre-school child obesity intervention. *Am J Public Health*, 94,1490–1495.
- Medicinska Forskningsrådet (MFR), (1999). A State of Art Document. Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa.
- Miller, W.R. & Mount, K.A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behaviour? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457–471.
- Miller WR, Rollnick S. (2003) *Motiverande Samtal*, andra utgåvan. Norrköping: Kriminalvårdens förlag. (Originalarbete publicerat 2002).
- Miller, W.R., Yahne, C., Moyers, T., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050–1062.
- Molaison E.F. (2002). Stages of Change in clinical nutrition practice. *Nutr Clin Care*, 5(5):251–7.
- Moyers, T., Martin, T., Manuel, J., Miller, W. & Ernst, D. (2007). Revised global scales: The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code Albuquerque: University of New Mexico.

- Mårild, S. Bondestam M., Bergström, R., Ehnberg, S., Hollsing A. & Albertsson-Wikland, K. (2004). Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatr*, 2004;93 (12):1588–1595.
- Povey R., Conner M., Sparks P., James R. & Shepherd R. (1999), A critical examination of the application of the Transtheoretical Model's stages of change dietary behaviours. *Health Education Research*, 14(5)641–651.
- Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot*, 1997;12(1):38–48.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change 1. *American Psychological Association*, 19(3) 276–288.
- Prochaska J.O., Redding C.A., Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In Glanz K, Rimer B.K & Lewis FM, editors. *Health Behaviour and Health Education: Theory Research and Practice* (3rd edition). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 2002:99–120.
- Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer Elinder L. *COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm*. Stockholm: Samhällsmedicin & Statens folkhälsoinstitut;2004.
- Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting. Områdesdata 2007 [www.regionplanekontoret.sll.se/Statistik/Omradesdata]
- Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting. Hämtat 8 juni 2009: <http://www.rtk.sll.se/Statistik/Omradesdata/>.
- Reilly, J.J. (2008). Physical activity, sedentary behaviour and energy balance in the preschool child: opportunities for early obesity prevention. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67,317–325.
- Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick S. (2006). Motivational Interviewing for Pediatric Obesity: Conceptual Issues and Evidence Review. *Journal of the American Dietetic Association*, 106:12:2024–2033.
- Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Krysko Davis R. Factors Associated With Parental Readiness to Make Changes for Overweight Children. *Pediatrics*, 2005;116:94–101.
- Riemsma, R. P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden A. J., Mather, L., Watt i. S. et al. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 6(24),1–231.
- Rollnick, S., Miller, W.R. Butler C.C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care*. The Guilford press.
- Salim Silva, M., Smith, W.T., & Bammer, G. (2002). Telephone reminders are cost effective way to improve responses in postal health surveys. *J Epidemiol Community Health*, 56, 115–118.
- Savage J.S, Orlet Fischer J, Birch LL. (2007). Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22–34.
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2002). *Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt*. Rapport: 160. Elanders Graphic Systems, Göteborg 2002.
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturöversikt*. Rapport:173. Mölnlycke 2005.

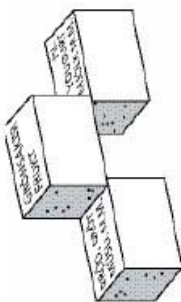
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Patientutbildning vid diabetes- en systematisk litteraturöversikt*. Hämtat 11 juni, 2009, från SBU:
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf.
- Schäfer Elinder L, Faskunger J. *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Statens folkhälsoinstitut. Huskvarna: 2006.
- SLL. Behov av hälso- och sjukvård utifrån ett befolkningsperspektiv – Avdelningen för befolkningsperspektiv Februari 2006, SLL). www.sll.se/Handlingar/HSU [Hämtad 20090615].
- SLL, Rtk, Stockholms läns landsting, Regionplane- och trafikkontoret (2000), Rapport 4, *Social atlas över Stockholmsregionen*. Stockholm.
- Socialstyrelsen, (2006). *Social Rapport 2006*. Edita Nordstedts Tryckeri.
- Sundblom, E., Petzold, M., Rasmussen, F., Callmer, E. & Lissner, L. (2008). Childhood overweight and obesity prevalence levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *Int J Obes*, 32:1525–1530.
- Summerbell C.D. (2007). The Identification of Effective Programs to Prevent and Treat Overweight Preshool Children. *Obesity*, 15(6),1341–42.
- Thafvelin, M. (2006). *Mat och rörelse på BVC i Stockholms läns landsting*, Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Tillämpad näringslära, (Rapport 36).
- Thafvelin, M. (2008a). *Samtalet om mat och rörelse på BVC i resursfattiga områden*. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Tillämpad näringslära, (Rapport 41).
- Thafvelin, M. (2008b). *Formativ utvärdering av ett samtalsunderlag om mat och rörelse på BVC i resursfattiga områden*. Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Tillämpad näringslära, (Rapport 42).
- Tyler DO, Horner SD. (2008). Family-centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavior change in primary care. *J Am Acad Nurse Pract*, 20,194–203.
- Worobey, J., Pisuk, J. & Decker, K. (2004). Diet and behaviour in at-risk children: evaluation of an early intervention program. *Public Health Nurse*, 21:122–127.
- World Health Organisation (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Edited by Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. Denmark: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Yngve, A., De Bourdeaudhuij, I., Wolf, a., Grijbovski, A., Brug, J., Due, P., et al. (2007). Differences in prevalence of overweight and stunting in 11-year olds across Europe: The Pro Children Study. *European Journal of Public Health*, 18(2),126-30.
- Årsrapport 2006. Barnhälsovården i Stockholms läns landsting. [BHV i SLL] (2007). Stockholms läns landsting.
- Årsrapport 2008. Barnhälsovård [BHV] Folkhälsoarbete. (2009). Stockholms läns landsting.

Barn tycker att det är roligt
att röra på sig tillsammans med vuxna.
Både ute och inne.



Bra mat och rörelsevanor

Byggstenar
frukost / mellanmål



Annat (egg, pålägg, etc)

Tallriksmodellen
lunch / middag



Vatten är bästa drycken.



Landsbyggs



Bra rörelsevanor

Det är roligt

Bilaga 2. Enkät A – Före samtalet



Frågor till föräldrar

Löpnummer:

Välj och kryssa i en ruta så här:

1. Mitt barn är ☐ Pojke ☐ Flicka
2. Mitt barn går på förskola eller hos dagbarnvårdare ☐ Ja ☐ Nej

Frågor om matvanor, om vad barnet brukar äta och dricka.

Frågorna gäller **inte** den tid när barnet är på förskolan eller hos dagbarnvårdare.
Frågorna gäller den tid då barnet är hemma.

Välj och kryssa i en ruta på varje rad. Det finns inga svar som är rätt eller fel.

3. När ditt barn är hemma, hur ofta äter eller dricker han/hon ...

	Nästan aldrig	1 gång i veckan	2–3 gånger i veckan	4–6 gånger i veckan	Varje dag
frukt	☐	☐	☐	☐	☐
saft, läsk (exempel; coca cola, fanta)	☐	☐	☐	☐	☐
juice	☐	☐	☐	☐	☐
salladsgrönsaker (exempel; tomat, gurka, sallad)	☐	☐	☐	☐	☐
varma lagade grönsaker (exempel; broccoli, ärtor, aubergine)	☐	☐	☐	☐	☐
glass	☐	☐	☐	☐	☐
godis	☐	☐	☐	☐	☐
kakor, kex	☐	☐	☐	☐	☐
chips	☐	☐	☐	☐	☐
mjölk	☐	☐	☐	☐	☐

4. Mitt barn dricker ☐ Röd mjölk (3% fett) ☐ Grön mjölk (1,5% fett) ☐ Blå mjölk (0,5% fett)

5. När ditt barn är hemma, hur ofta äter han/hon ...

	Nästan aldrig	1 gång i veckan	2–3 gånger i veckan	4–6 gånger i veckan	Varje dag
frukost	☐	☐	☐	☐	☐
middag tillsammans med vuxen	☐	☐	☐	☐	☐
om han/hon vaknar på natten	☐	☐	☐	☐	☐

6. Har du tänkt på att göra något för att ändra barnets matvanor?

- ☐ Ja Vad? _____
- ☐ Nej

Om du svarat nej, hoppa över fråga 7 och 8. Gå direkt till fråga 9.

7. Hur viktigt är det för dig att ändra något i barnets matvanor?

Sätt ett kryss på en siffra.

Inte viktigt alls												Mycket viktigt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Hur säker är du på att klara av att ändra barnets matvanor inom de närmaste 6 månaderna?

Inte säker alls												Mycket säker
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Frågor om rörelsevanor, om hur barnet brukar röra sig.

Välj och kryssa i en ruta på varje rad. Frågorna gäller den tid då barnet är hemma.

9. När ditt barn är hemma, hur ofta gör han/hon något av följande?

	Nästan aldrig	1–2 gånger i veckan	3–5 gånger i veckan	Varje dag
Leker ute	☐	☐	☐	☐
Sitter framför TV, video, dator	☐	☐	☐	☐
Åker barnvagn	☐	☐	☐	☐
Går själv, utan barnvagn	☐	☐	☐	☐



Välj och kryssa i en ruta på varje rad. Frågorna gäller den tid då barnet är hemma.

10. Hur länge, under en dag, gör barnet något av följande?

	Inte alls	Mindre än 1 timme	Mer än 1 timme	Mer än 2 timmar
Leker ute	☐	☐	☐	☐
Sitter framför TV, video, dator	☐	☐	☐	☐

11. Har du tänkt på att göra något för att ändra barnets rörelsevanor?

- ☐ Ja Vad? _____
- ☐ Nej

Om du svarat nej, hoppa över fråga 12 och 13. Gå direkt till fråga 14.

12. Hur viktigt är det för dig att ändra något i barnets rörelsevanor?
Sätt ett kryss på en siffra.

Inte viktigt alls Mycket viktigt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Hur säker är du på att klara av att ändra barnets rörelsevanor inom de närmaste 6 månaderna?

Inte säker alls Mycket säker

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Allmänna frågor

Kryssa i en ruta vid varje påstående

14. Jag tycker att mitt barn äter bra.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

15. Jag tycker att mitt barn sover lagom mycket.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

16. Jag tycker att mitt barn rör sig lagom mycket.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte



17. Jag tycker att mitt barn

- ☐ Väger lagom
- ☐ Väger för lite
- ☐ Väger för mycket

Mitt barn väger kg. Mitt barn är cm lång.

18. Om jag vill göra mitt barns matvanor eller rörelsevanor bättre får jag stöd och hjälp av övriga familjen eller av vänner.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

19. Jag vet vem jag kan fråga om hjälp om jag har problem med hur mitt barn äter och rör sig.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker

20. Jag vet hur jag ska göra för att mitt barns matvanor eller rörelsevanor ska bli bättre.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker

21. Det är mitt ansvar som förälder att mitt barn äter bra och rör på sig tillräckligt.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

22. Jag tycker att det är svårt att säga "nej" till mitt barn.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ibland

23. Om jag vill så kan jag göra det som behövs för att ändra mitt barns matvanor och rörelsevanor.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

24. För mig är mat och rörelse viktiga frågor för att jag själv ska må bra.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ibland

Jag som har svarat på frågorna är barnets.

- ☐ Mamma
- ☐ Pappa
- ☐ Annat

Tack för att Du svarat på frågorna!

Bilaga 3. Enkät B – Efter samtalet



Frågor till föräldrar

Löpnummer:

Sätt ett kryss på en siffra.

1. Sjuksköterskan lyssnade på mig.

Ja, absolut

Nej, inte alls

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Vi pratade om saker som var viktiga för mig.

Ja, absolut

Nej, inte alls

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Sjuksköterskan gav mig stöd och hjälp.

Ja, absolut

Nej, inte alls

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Sjuksköterskan frågade vad *jag* tänker kring mitt barns matvanor.

Ja, absolut

Nej, inte alls

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Sjuksköterskan frågade vad *jag* tänker kring mitt barns rörelsevanor.

Ja, absolut

Nej, inte alls

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Frågor om matvanor, om vad barnet brukar äta och dricka.

Kryssa i en ruta vid varje fråga. Det finns inga svar som är rätt eller fel.

6. Har du tänkt på att göra något för att ändra barnets matvanor?

☐ Ja

Vad? _____

☐ Nej

Om du svarat nej, hoppa över fråga 7 och 8. Gå direkt till fråga 9.

7. Hur viktigt är det för dig att ändra något i barnets matvanor?
(sätt ett kryss på en siffra)

Inte
viktigt alls

Mycket
viktigt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Hur säker är du på att klara av att ändra barnets matvanor inom de närmaste 6 månaderna?

Inte
säker alls

Mycket
säker

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Frågor om rörelsevanor, om hur barnet brukar röra sig.

9. Har du tänkt på att göra något för att ändra barnets rörelsevanor?

- ☐ Ja
☐ Nej

Vad? _____

Om du svarat nej, hoppa över fråga 10 och 11. Gå direkt till fråga 12.

10. Hur viktigt är det för dig att ändra något i barnets rörelsevanor?
(sätt ett kryss på en siffra)

Inte
viktigt alls

Mycket
viktigt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Hur säker är du på att klara av att ändra barnets rörelsevanor inom de närmaste 6 månaderna?

Inte
säker alls

Mycket
säker

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Allmänna frågor

Välj och kryssa i en ruta vid varje påstående.

12. Jag tycker att mitt barn äter bra.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker

13. Jag tycker att mitt barn rör sig lagom mycket.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

14. Jag tycker att mitt barn väger.

- ☐ Normalt
- ☐ För lite
- ☐ För mycket

Mitt barn vägerkg Mitt barn ärcm lång

15. Jag vet vem jag kan fråga om hjälp om jag har problem med hur mitt barn äter och rör sig.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

16. Jag vet hur jag ska göra för att mitt barns matvanor eller rörelsevanor ska bli bättre.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

17. Det är mitt ansvar som förälder att mitt barn äter bra och rör på sig tillräckligt.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte



18. Om jag vill så kan jag göra det som behövs för att ändra mitt barns matvanor och rörelsevanor.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

Mammas utbildning.

- ☐ Mindre än 9 år i skola
- ☐ 9-12 år i skola
- ☐ 12 år i skolan och annan utbildning

Mammas födelseland.

- ☐ Sverige eller Norden
- ☐ Europa utanför Norden
- ☐ Annat land, vilket? _____

Mammas längdcm

Mammas viktkg

Pappas utbildning.

- ☐ Mindre än 9 år i skola
- ☐ 9-12 år i skola
- ☐ 12 år i skolan och annan utbildning

Pappas födelseland.

- ☐ Sverige eller Norden
- ☐ Europa utanför Norden
- ☐ Annat land, vilket? _____

Pappas längdcm

Pappas viktkg

Jag som har svarat på frågorna är barnets

- ☐ Mamma
- ☐ Pappa
- ☐ Annat

Tack för du svarade på frågorna!



Bilaga 4. Enkät C – En månad efter samtalet



Frågor till föräldrar

Löpnummer:

Välj och kryssa i en ruta så här 

1. Mitt barn är ☐ Pojke ☐ Flicka
2. Mitt barn går på förskola eller hos dagbarnvårdare ☐ Ja ☐ Nej

Frågor om matvanor, om vad barnet brukar äta och dricka.

Frågorna gäller **inte** den tid när barnet är på förskolan eller hos dagbarnvårdare.
Frågorna gäller den tid då barnet är hemma.

Välj och kryssa i en ruta för varje rad. Det finns inga svar som är rätt eller fel.

3. När ditt barn är hemma, hur ofta äter han/hon ...

	Nästan aldrig	1 gång i veckan	2–3 gånger i veckan	4–6 gånger i veckan	Varje dag
frukt	☐	☐	☐	☐	☐
saft, läsk (exempel; coca cola, fanta)	☐	☐	☐	☐	☐
juice	☐	☐	☐	☐	☐
salladsgrönsaker (exempel; tomat, gurka, sallad)	☐	☐	☐	☐	☐
varma lagade grönsaker (exempel; broccoli, ärtor, aubergine)	☐	☐	☐	☐	☐
glass	☐	☐	☐	☐	☐
godis	☐	☐	☐	☐	☐
kakor, kex	☐	☐	☐	☐	☐
chips	☐	☐	☐	☐	☐
mjölk	☐	☐	☐	☐	☐

4. Mitt barn dricker ☐ Röd mjölk (3% fett) ☐ Grön mjölk (1,5% fett) ☐ Blå mjölk (0,5% fett)

5. När ditt barn är hemma, hur ofta äter han/hon ...

	Nästan aldrig	1 gång i veckan	2–3 gånger i veckan	4–6 gånger i veckan	Varje dag
frukost	☐	☐	☐	☐	☐
middag tillsammans med vuxen	☐	☐	☐	☐	☐
om han/hon vaknar på natten	☐	☐	☐	☐	☐

6. Har du gjort något för att ändra ditt barns matvanor efter treårsbesöket på BVC?

- ☐ Ja Vad? _____
- ☐ Nej

7. Har du *tänkt* på att göra något för att ändra barnets matvanor?

- ☐ Ja Vad? _____
- ☐ Nej

Om du svarat nej, hoppa över fråga 8 och 9. Gå direkt till fråga 10.

8. Hur viktigt är det för dig att ändra något i barnets matvanor?

Sätt ett kryss på en siffra .

Inte viktigt alls Mycket viktigt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Hur säker är du på att klara av att ändra barnets matvanor inom de närmaste 6 månaderna?

Inte säker alls Mycket säker

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Frågor om rörelsevanor, om hur barnet brukar röra sig.

Kryssa i en ruta för varje rad. Frågorna gäller den tid då barnet är hemma.

10. När ditt barn är hemma, hur ofta gör han/hon något av följande?

	Nästan aldrig	1–2 gånger i veckan	3–5 gånger i veckan	Varje dag
Leker ute	☐	☐	☐	☐
Sitter framför TV, video, dator	☐	☐	☐	☐
Åker barnvagn	☐	☐	☐	☐
Går själv utan barnvagn	☐	☐	☐	☐

Kryssa i en ruta för varje rad. Frågorna gäller den tid då barnet är hemma.

11. Hur länge under en dag, gör barnet något av följande?

	Inte alls	Mindre än 1 timme	Mer än 1 timme	Mer än 2 timmar
Leker ute	☐	☐	☐	☐
Sitter framför TV, video, dator	☐	☐	☐	☐

12. Har du gjort något för att ändra ditt barns rörelsevanor efter treårsbesöket på BVC?

- ☐ Ja Vad? _____
☐ Nej

13. Har du *tänkt* på att göra något för att ändra barnets rörelsevanor?

- ☐ Ja Vad? _____
☐ Nej

Om du svarat nej, hoppa över fråga 14 och 15. Gå direkt till fråga 16.

Sätt ett kryss på en siffra.

14. Hur viktigt är det för dig att ändra något i barnets rörelsevanor?

Inte viktigt alls Mycket viktigt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Hur säker är du på att klara av att ändra barnets rörelsevanor inom de närmaste 6 månaderna?

Inte säker alls Mycket säker

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Allmänna frågor

Välj och kryssa i en ruta vid varje påstående.

16. Jag tycker att mitt barn äter bra.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Osäker, vet inte

17. Jag tycker att mitt barn sover lagom mycket.

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Osäker, vet inte



18. Jag tycker att mitt barn rör sig lagom mycket.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

19. Om jag vill göra mitt barns matvanor eller rörelsevanor bättre får jag stöd och hjälp av övriga familjen eller av vänner.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

20. Jag vet vem jag kan fråga om hjälp om jag har problem med hur mitt barn äter och rör sig.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker

21. Jag vet hur jag ska göra för att mitt barns matvanor eller rörelsevanor ska bli bättre.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker

22. Det är mitt ansvar som förälder att mitt barn äter bra och rör på sig tillräckligt.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

23. Jag tycker att det är svårt att säga "nej" till mitt barn.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ibland

24. Om jag vill så kan jag göra det som behövs för att ändra mitt barns matvanor och rörelsevanor.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

25. För mig är mat och rörelse viktiga frågor för att jag själv ska må bra.

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Osäker, vet inte

Jag som har svarat på frågorna är barnets

- ☐ mamma
- ☐ pappa
- ☐ annat

**Tack för att du ville vara med
och svara på frågorna!**



Bilaga 5. Kodschema

Rörelsevanor

Tid/början.....slut..... datum.....

MI andan		0	1	2
Empati	Att anstränga sig att förstå			
	Locka fram			
	Samarbete			
Styrning	Fokus			
Klientens personliga deltagande				

Variabelnamn		Frekvens	S:a
Information	Återkoppling, förklaring, lära ut något,		
Sammanfattningar			
Yttrande förenliga med MI	Fråga om tillstånd		
Yttranden oförenliga med MI	Råd utan tillstånd, konfrontation, styrande, varnande		
	Totalt antal förenliga/oförenl		
Frågor : Hur länge TV/video	Slutna		
Göra tillsammans utomhus en söndag	Öppna		
Hur komma till förskolan			

Förändringsberedskap Rörelsevanor

Före begrundan	Begrundan	Beslut/ förberedelse	Handling	Stabilisering	Målen
					Ökad vardagsrörlighet
					Minskat stillasittande

Personliga reflektioner:

Referens: L. Forsberg & T. van Loo; Karolinska Institutet

MATVANOR

Tid/början.....slut..... Datum.....

<i>Variabelnamn</i>		<i>Frekvens</i>	<i>S:a</i>
Information	Återkoppling, förklaring, lära ut något, _____ Byggstenar _____ Tallriksmodellen _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
Sammanfattningar			
Yttrande förenliga med MI	Fråga om tillstånd _____ Yttranden oförenliga med MI	_____ _____ _____	_____ _____ _____
	Råd utan tillstånd, konfrontation, styrande, varnande _____ Totalt antal förenliga/oförenl	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Frågor mat äta på morgonen äta till middag igår vad äta på kvällen var lunch/mell, dryck äta mellan äta tillsammans	Slutna		
	Öppna		

Förändringsberedskap matvanor

Före begrundan	Begrundan	Beslut/ förberedelse	Handling	Stabilisering	Målen
					Äta tillsammans med vuxna
					Regelbundna måltider, minskat småätande
					Ökad konsumtion av grönsaker frukt
					Minskat intag glass, godis, chips, bakverk
					Minskat intag läsk, energigivande drycker

Referens: L. Forsberg & T. van Loo; Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-09-8

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**