



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

Kan någon stoppa oss om vi börjar rulla fram?

Föreläsningar som vårdpersonal har om orsaken till övervikt och fetma bland barn och ungdomar upp till 18 år.

Examensarbete

Sofia Broberg

2016

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Folkhälsovetenskap
Hälsopedagogiska programmet
Folkhälsovetenskap teori, metod och examensarbete

Handledare: Hans Richter
Examinator: Ola Westin

Abstract

Broberg, S (2015). Can anyone stop us if we start rolling? Conceptions about the causes to overweight and obesity among children and adolescents up to 18 years of age. The academy of health and working life. University of Gävle, Sweden.

Objective: The purpose of this study was to identify the contributing factors for overweight and obesity among children and adolescents based on a treating person perspective. A secondary purpose of this work was to describe the course of events if or when children and adolescents suffer from overweight and obesity are emitted to treatment, and what type of efforts that are deployed

Method: The study utilized a qualitative method. Six interviews were conducted with clinicians who had expertise in treating child and adolescent obesity. The data collection method consisted of semi-structured interviews.

Result: All respondents agreed that treatment of child and adolescent obesity needed to be individualized and adjusted to the child or young person's needs and abilities. The most influencing factors to the obesity problem were deemed to be the heritage and the environment. Half of the respondents feel that it was appropriate for some improvements in treatment, but these may not be implemented in the absence of resources. In order to solve the obesity problem, several efforts must be deployed at different levels in society.

Conclusion: Overweight and obesity among children and adolescents represents a complex public health problem. It is important to prevent and treat obesity among children before its transition to adult obesity when it is more difficult to treat.

Keywords: Childhood obesity, Overweight, Treatment measures, Risk factor

Sammanfattning

Syfte: Att undersöka vilka olika bidragande faktorer till övervikt och fetma som finns bland barn och ungdomar upp till 18 år utifrån vårdpersonalens perspektiv. Arbetet beskriver även vad som händer när barnen eller ungdomarna har blivit överviktiga och feta samt vem som gör insatserna och hur de behandlande insatserna ser ut.

Metod: En empirisk studie som är kvalitativ och där datainsamlingsmetoden bestod av semistrukturerade intervjuer. Valet av den empiriska designen baserades på att studien grundar sig i verkliga erfarenheter och undersökningar kring det valda ämnet.

Resultat: Samtliga respondenter var eniga om att en anpassning av behandlingen bör göras där man utgår ifrån barnet eller ungdomens behov och förmåga. De mest påverkande faktorerna till fetmaproblematiken ansågs vara arvet och miljön. Hälften av respondenterna ansåg att behandlingen kunde förbättras. Men inte utan att ökat tillskott av resurser. För att kunna lösa fetmaproblematiken måste flera insatser sättas in på olika plan i samhället

Slutsats: Övervikt och fetma bland barn och ungdomar utgör ett komplext folkhälsoproblem. Det är viktigt att förebygga och behandla barnfetman innan den övergår till vuxenfetma då den blir svårare att behandla.

Keywords: Barnfetma, Övervikt, Behandlande åtgärder, Riskfaktor

Sökord:

Obesity, Children, Sleep, Risk factor, Adolescents, Previous Treatment, Obesity Children, Action program, Social skills. Obesity Children, Treatment, Sweden Treatment measures, Overweight children, Sweden

Förord

Detta examensarbete är ett resultat utav åtta veckors arbete (15 hp) som utförts på helfart under höstterminen 2015 samt vårterminen 2016 på Hälso pedagogiska programmet. Examensarbetet har ingått som ett avslutande moment i min kandidatexamen vid Högskolan i Gävle. Jag vill tacka samtliga deltagande läkare, sjuksköterska och dietister som tagit sig tid till att hjälpa mig att kartlägga de olika processerna som finns i behandlingsprocessen. Tack vare deras kunskap och engagemang har jag fått en ökad kunskap om hur deras arbete ser ut och vad som det behövs jobbas mer med i framtiden. Jag har även fått en ökad förståelse kring ämnet samtidigt som jag fått en förståelse för vad som kan vara de främsta orsakerna till fetmaproblematiken samt hur man på ett bästa sätt kan behandla övervikt och fetma.

Sofia Broberg

2016-01-05, Högskolan i Gävle

Contents

Inledning.....	7
Bakgrund	8
Fetma ett ökat folkhälsoproblem både nationellt och internationellt.....	8
Följsjukdomar i samband med övervikt och fetma	9
Icke sjukdomsrelaterad problematik	11
Allmän definition av fetma	11
Förklaring av mätmetoden BMI (Body Mass Index).....	12
Åtgärder mot barn och ungdoms fetma.....	12
Problemformulering	15
Syfte & Frågeställningar	15
Metod	16
Design.....	16
Induktivt perspektiv & konventionell innehållsanalys.....	16
Intervju	17
Urval & Datainsamling	17
Dataanalys	19
Etiska överväganden	20
Resultat.....	21
Behandling	22
Process.....	22
Stöd.....	23
Bidragande faktorer.....	25
Arv.....	25
Miljö.....	25
Lösningar.....	27
Diskussion	27
Resultatdiskussion.....	28
Behandlande process	28
<i>Process</i>	28
<i>Stöd</i>	28
Bidragande faktorer.....	29
<i>Arv</i>	29
<i>Miljö</i>	29
Lösningar.....	30
Metoddiskussion.....	30
Slutsats	31
Källförteckning.....	32
Bilaga 1- Begreppsförklaring	37
Bilaga 2- Missivbrev	39
Bilaga 3- Intervjufrågor.....	40

Inledning

Fetma och övervikt är idag ett av de största folkhälsoproblemen. Grunden till denna problematik är att människan på kort tid har fått en stor förändring i sitt beteende, livsstil samt miljö/omgivning. Människans livsstil har förändrats och fått en annan karaktär vilket har lett till att hon rör sig allt mindre samtidigt som hon intar en ökad mängd kalorier. Människans gener är inte byggda för att klara den belastning som den utsätts för vilket leder till att många idag har drabbats av övervikt eller fetma. Under de senaste decennierna har övervikt och fetma bland barn och ungdomar ökat kraftigt. År 2013 rapporterades det om att cirka 110 miljoner barn runt om i världen idag har en form av övervikt eller fetma (Kelley, G, & Kelley, K 2013). Data som samlats in i Sverige i mitten av 2000-talet från regionerna i Dalarnas län, Gävleborg län, Sörmland län, Uppsala län, Värmlands län, Västmanlands län samt Örebro län visade på att 20 procent av alla fyraåringar i varje län hade övervikt eller fetma (Vårdprogram för Uppsala och Örebroregionen 2015).

Statens Folkhälsoinstitutet (2002) beskriver dagens fetmaproblematik som multifaktoriell vilket innebär att det kan vara många olika faktorer som påverkar. Exempel på påverkande faktorer är det genetiska arvet, omgivningen samt socioekonomisk status. Det kan därför krävas många insatser på flera olika plan i samhället för att komma till rätta med problemet. Med hjälp av forskning har det framkommit att det finns starka kopplingar mellan övervikt och fetma, fysisk inaktivitet och försämrad sömn. Forskningen har även kunnat visa att problematiken kan kopplas till individens socioekonomiska status. Förutom den uteblivna fysiska aktiviteten handlar övervikten även i många fall om vad individen har för matvanor (Statens Folkhälsoinstitutet 2002).

Barn och ungdomsfetma är en sjukdom som inte allt för sällan även är sammankopplad med både fysisk och psykiskt lidande. Det fysiska lidandet kan exempelvis vara att barnet eller ungdomen är så pass överviktig eller fet att de förhindrar rörelse hos individen. Det psykiskt lidande kan exempelvis vara att barnet eller ungdomen mobbas på grund av sitt utseende och därför mår dåligt. Forskningen har kunnat visa att fetman i barn och ungdomsåren är en ökad riskfaktor för att drabbas av sjuklighet i vuxen ålder samt att den ger en förkortad livslängd men även andra former av följsjukdomar. Därför är det viktigt att förebygga fetman och om sjukdomen väl redan uppstått erbjuda en lämplig behandling som anpassas efter individens behov (Vårdprogram för Uppsala och Örebroregionen 2015).

Bakgrund

Fetma ett ökat folkhälsoproblem både nationellt och internationellt

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar ökar världen över och däribland Sverige. Övervikt och fetma är förknippat med en ökad sjukdomsfrekvens och ökad risk för dödlighet (Mårild et.al 2004). År 2010 var det cirka 43 miljoner barn och ungdomar som hade övervikt och fetma, 35 miljoner av dessa barn och ungdomar fanns i utvecklingsländer (de Onis et.al 2010). Globalt sett har det blivit en ökning. År 1990 var det 4,2 procent av alla världens barn och ungdomar som var överviktiga eller feta medan det 2010 var 6,7 procent. Man räknar med om kurvan inte förändras kommer prevalensen år 2020 att stiga till 9,1 procent (ibid). Bara sedan 1980-talet har övervikt och fetma tredubblats och nästan var tredje amerikanskt barn i åldrarna två till nitton år är överviktigt eller fet. Barnfetma är i många fall även kopplat till ökad förekomst av vuxensjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes (Anderson et.al 2015). Det finns även en ökad risk för förtidig dödlighet. För att kunna ta itu med övervikt och fetma bland barn och ungdomar måste en grundläggande behandlingsplan tas fram. En sådan behandlingsplan bör anpassas och samordnas med primärvården. Primärvården har nämligen en viktig roll i arbetet mot att identifiera och behandla fetma bland barn och ungdomar. Utan den anpassade behandlingsplanen står primärvården inför en utmaning som kan begränsa deras förmåga att hjälpa barnen och ungdomarna i sin livsstilsförändring på sjukhuset eller kliniken (Anderson et.al 2015).

År 2007 noterades barnfetma som ett allt vanligare folkhälsoproblem. De bidragande faktorerna antydde då vara utebliven *fysisk aktivitet* (se samtliga kursiva ord i begreppsförklaringen i Bilaga 1) samtidigt som barnen hade någon form av *ohälsosamt ätbeteende*. För att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar gjordes en studie på fyra olika grundskolor i Kentuckys glesbygd. Ett omfattande skolbaserat hälsoprojekt startades, med syftet att förbättra skolans idrott, skapa engagemang hos familj och samhälle, utbilda befolkningen om hur en förbättrad hälsa kan uppnås samt förbättra skolans hälsopolicy (Ling et.al. 2014). I en annan studie från Kalifornien som utfördes på barn i åldrarna nio och ett halvt år framgick det att risken för att drabbas av kraftig övervikt eller fetma var mycket större om även föräldrarna var *överviktiga* eller *kraftigt överviktiga*. Studien visade även på att den uteblivna fysiska aktiviteten, dålig kosthållning och den socioekonomiska statusen påverkade barnets livssituation. Något som även var en påverkande faktor var vad barnet hade för födelsevikt vid födseln. Ytterligare påverkande faktorer var barnets temperament samt barnets sömn. Föräldrarnas/ familjens påverkan på barnet kan vara genetiskt och även vara den familjemiljö/kulturen som finns i hemmet (Agras et.al 2004). Hemmets påverkan kan handla om vad familjen väljer att äta och inte äta vilket kan leda till att barnet/barnen skapar ett ohälsosamt beteende (ibid).

Det kan exempelvis handla om att familjen väljer att äta mycket *energitätmat* eller så kallad färdigmat och samtidigt väljer bort frukt och grönsaker, och dessa prioriteringar påverkar dels kaloriintaget men även att barnet eller ungdomens lär sig att gilla det onyttiga och rata de nyttiga (Agras et.al.2004). Vid för tidiga presentationer av energitätmat, drycker med höga sockerhalter, höga fetthalter i maten samtidigt som det innehåller låga halter fibrer samt utebliven frukost och i kombination av låg fysisk aktivitet och förkortad sömn finns det risk för att övervikt och eller fetma utvecklas (Smetanina et.al.2015). Natale et.al (2014) konstaterades liknande fakta, men tillskillnad från den tidigare forskningen låg fokuset på att förhindra att barnet/barnen ska drabbas av övervikt eller *fetma*. Forskarna menar på att huvud fokuset för att förhindra ökningen av fetma bör läggas på familjen, skolan, barnomsorgen samt de samhällsmiljöer som kan påverka födointaget samt den fysiska aktiviteten (ibid).

De menar även att det finns en stor vikt i att öka involverandet av föräldrarna när det kommer till barnens näringsintag i hemmet (Natale et al 2014). I en ytterligare studie har det framgått att föräldrar och syskons syn på fysisk aktivitet kan påverka barnet eller ungdomens egen inställning till att själva vilja vara aktiv eller ej (Agras et.al. 2004). Förutom de påverkande faktorer som tidigare nämnts har en australiensisk studie kunnat se samband mellan försämrad sömn och övervikt eller fetma hos barn och ungdomar. Fetmans påverkan på sömnen sker genom att kroppstyngden tvingar fram olika *sömnstörningar* som exempelvis *sömnapnéer* eller sömnlöshet. Sömnen kan även vara en påverkande faktor till övervikt eller fetma på så sätt att den normala *hormonella regleringen* av energibalansen i kroppen förändras eller rubbades. Fetman kan även kopplas samman med den korta sömnen och lägre nivå av fysisk aktivitet samtidigt som *skärmtiden* ökar. Den förkortade sömnen påverkar genom att barnet eller ungdomen får mindre kraft till att engagera sig i lek och rörelse. Den minskade orken kan i sin tur öka sannolikheten för ett stillasittande beteende så som ökat TV-tittande eller ökad datoranvändning. Detta kan sedan på sikt leda till en ökad risk för övervikt och fetma genom den reducerade energiförbrukningen i kombination med potentiellt mindre sunda matvanor (Magee et.al.2014).

Följdsjukdomar i samband med övervikt och fetma

Världshälsoorganisationen (WHO) har som rekommendation att alla barn mellan fem och sju år ska vara fysiskt aktiva minst 60 minuter om dagen på antingen måttlig eller hög intensitet. Att ha en välplanerad lekplats när skolan eller hemmet kan på flera sätt bidra till barns utveckling. Utvecklingen kan ske både fysisk, mentalt och social. Idrott och lek utvecklar nämligen den fysiska rörelsen hos barnen. Idrotten och leken utvecklar även motoriken, koordinationen samt inläringen och koncentrationen hos barnen vilket är viktigt för att lyckas i skolan (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). I takt med att den naturliga leken försvinner har man sett att det allt mer stillasittande aktiviteterna tar över och ökar risken för att drabbas utav svårare följsjukdomar och ökad dödlighet senare i livet. Detta problem har tidigare studerats av bland annat Healy (2008), som menar på att det stillasittande beteendet är en oberoende riskfaktor som bör uppmärksammas vid rekommendation av fysisk aktivitet.

Den fetma som utvecklas i barndomen har visat sig vara ihängande och påverkande även upp i vuxen ålder. Effekterna av tidig övervikt eller fetma blir att *metabolismen* i kroppen påverkas, hjärtat får arbeta hårdare för att pumpa ut blodet och transportera syret uti kroppen, muskler och leder påverkas genom kroppstyngden samt att *neurologiska* och *psykosociala störningar* kan uppstå (Peirson, L et al. 2015). I samband eller som påföljd av övervikt och fetma ökar risken för att drabbas av en rad olika sjukdomar, vissa av dessa sjukdomar kan ha en direkt påverkan genom ökad risk för dödlighet eller förkortad livslängd. I en rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2013) framkommer det att ett antal metaanalyser har ifrågasatts då sambandet mellan dödlighet och fetma definierats med hjälp av BMI och där dödligheten främst uppstod vid fetma grad två och tre (BMI ≥ 35 kg/m²) (ibid).

Rapporten belyser att den dödliga sjukligheten har ett samband mellan metabolismen och de *hormonella förändringarna* som sker vid utvecklingen av övervikt eller fetma. Rapporten lyfter även fram att det finns en ökad risk för att drabbas utav *belastningsskador* samt att den sociala förmågan försämras för den eller de individer som utvecklar övervikt eller fetma (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). Andra följdskador som uppstår vid övervikt och fetma är bl.a. *insulinresistens* samt en ökad risk för drabbas utav hjärtkärlsjukdomar. Dock går det inte att säga att alla som har övervikt eller fetma kommer att drabbas utav hjärtkärlsjukdomar då det även kan hänga ihop med det *genetiska arvet* (ibid). Insjuknande och död i hjärtkärlsjukdomar så som exempelvis stroke, hjärtsvikt och hjärtinfarkt har ett starkt samband mellan högt blodtryck och blodfettrubbningar och är den främsta orsaken till dödlighet hos personer som drabbats utav övervikt eller fetma. Detta gäller främst den typ av fetma som kännetecknar fettansamlingar kring bukens och bukens organ. Fetma utan parallella riskfaktorer verkar dock ha en svagare koppling mellan risken för att drabbas utav hjärtkärlsjukdomar och övervikt eller fetma (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). Förutom risken för att drabbas utav hjärtkärlsjukdomar i samband med övervikt och fetma så finns det ett flertal cancersjukdomar som är mer förekommande hos personer som har övervikt eller fetma samt diabetes typ 2 (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). Ett möjligt samband mellan fetma och cancer skulle kunna vara en stimulering av celltillväxten som stimuleras utav de höga insulinnivåerna vid insulinresistensen (ibid). De olika cancerformerna som vanligtvis kopplas samman med fetma och insulinresistens är bröstcancer, prostatacancer, kolorektal cancer (en form av tjocktarms cancer), endometriecancer (livmoderhalscancer), levercancer samt cancer i bukspottkörteln (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). Förutsättningen för att överleva dessa former av cancer försämras om personen lider av övervikt eller fetma (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). Förutom den ökade mängden fettvävnad som påverkar kroppen påverkar även personens levnadsvanor, detta gäller främst vid uppkomsten av övervikt eller fetma.

Levnadsvanorna kan påverka genom exempelvis en *hög energikonsumtion* i form av snabbmat, godis, läsk etc, en *snedfördelning av näringsämnen* så som för mycket fett och kolhydrater i jämförelse med frukt och grön samt en för låg fysisk aktivitet. Levnadsvanorna behöver dock inte alltid ha en negativ inverkan utan de kan även minska risken för att drabbas av sjuklighet, har personen en rimlig nivå av fysisk aktivitet i vardagen ökar chanserna för att nå ett bättre *välstånd* (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). Förutom en ökad risk för cancer och hjärt- och kärlsjukdomar finns det en ökad risk för artros i vikt bärande leder som exempelvis knäna, höfter samt i ryggen vilket försämrar livskvalitet för personen då denne blir hämmad av sin fetma. Ytterligare effekter av fettansamlingar kring bärande leder hos personer med fetma kan vara *sömnbrist*. Sömnbristerna ökar även risken för att drabbas utav hjärtsjukdomar på sikt, förutom hämmad rörelseförmåga ökar även risken för att få en försämrad livskvalitet då sömnen påverkas (ibid).

Icke sjukdomsrelaterad problematik

Förutom sjukdomsproblematiken i samband med fetma kan även andra faktorer påverka. Ett sådant exempel kan vara den sociala förmågan. Den sociala kompetensen är särskilt viktig mellan sex och elva års ålder, under denna period skapas och utvecklas den sociala förståelsen hos barnen. I och med denna utveckling får barnet och barnen en bättre självkänsla, skapar sig en identitet samt en social förståelse (Jackson, S, & Cunningham, S 2015).

Den sociala förmågan kan då även påverka barnet eller ungdomens utveckling i exempelvis skolan, studier har visat att överviktiga eller feta barn och ungdomar tenderar till att ha sämre betyg och eller betygsmedelvärde i framför allt matematik och läsning än de barn eller ungdomarna i samma ålder som har en normal kroppsvikt (Castelli et.al. 2007)

Allmän definition av fetma

Fetma har idag blivit en av världens största och vanligaste folkhälsosjukdom, men vad är egentligen fetma? Fetma är en vanligt förekommande sjukdom som kan vara kronisk. Den kan uppstå om man äter mer än vad kroppen förbränner (Jansson, A 2012). Definitionen av fetma baseras på mätinstrumentet Body Mass Index (BMI). För ett barn varierar BMI naturligt under hela uppväxten. Därför kan inte samma gränsvärde användas utan måste istället anpassas efter barnets ålder. På grund av de varierade BMI värdena har det tagits fram internationella gränser som kallas för iso-BMI-värden som ska göra det enklare att räkna ut ett mer noggrant värde. Iso-BMI är även det bästa måttet för att i praktisk vardag kunna diagnostisera övervikt respektive fetma. Iso-BMI värdet 25 definieras exempelvis som övervikt medan iso-BMI 30 definieras som fetma (Vårdprogram för Uppsala och Örebroregionen 2015). För barn används även BMI-SDS (Standard Deviation Score) för att kunna revidera data för olika åldrar då spridningsmättet är åldersberoende (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013). Därför kan en justering göras för puberteten, denna form av mått gör det även möjligt att kunna jämföra vid olika åldrar under exempelvis en behandling (ibid).

Förklaring av mätmetoden BMI (Body Mass Index)

Body Mass Index är ett mått som mäter vikten i jämförelse med längden. Med hjälp av denna jämförelse mellan de två olika parametrarna kan klassificeringar för undervikt, normalvikt, övervikt och fetma av olika klasser göras. Body Mass Index beräknas enligt formeln vikt i kg/(längd i m²) gränsen för övervikt och fetma ser olika ut beroende på om man är vuxen eller barn samt vilket kön individen har (Vårdprogram för Uppsala och Örebroregionen 2015). Fördelen med ett BMI-test är att det är ett enkelt mått att läsa av samt att det går att användas på många håll. Dock kan BMI uppstå som felkälla om för tidiga slutsatser om övervikt dras. Detta beror på att BMI endast indikerar övervikt utan att säga något om individens kroppssammansättning vilket är den huvudsakliga påverkande faktorn på individens hälsa. Då muskler väger mycket mer än fettvävnad kan en vältränad och muskulös person få ett högt BMI även om andelen fett är lågt i kroppen (Statens Folkhälsoinstitutet 2002). Som tidigare nämnt beräknas BMI enligt formeln vikt i kg/(längd i m²) beroende på hur lång individen är regleras vikten på BMI jämförelseskala. Viktklasserna som finns i en BMI-skala är:

- Undervikt (mindre än 18) kan definieras olika beroende på orsaken till undervikten
- Normalvikt (18 till 25) menas med att man har en normal risk till fetma
- Överviktig (25 till 30) definieras som att man har en lätt ökad vikt
- Fetma, grad 1 (30 till 35) definieras som att ha måttlig ökad till ökad risk för fetma
- Fetma, grad 2 (35 till 40) definieras som att ha hög eller kraftigt ökad risk för fetma
- Fetma, grad 3 (Mer än 40) definieras som att ha mycket hög eller extremt stor risk för att drabbas utav fetma (Statens Folkhälsoinstitutet 2002).

BMI-testet mäter endast övervikten hos en individ men tar ingen hänsyn till vare sig kroppssammansättningen eller individens livsstil (A, Lager et.al. 2005). Dock kan inte samma mått användas på barn då måttet för normalvärdet i BMI skalan ständigt regleras efter barnets ålder (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2013).

Åtgärder mot barn och ungdoms fetma

I rapporten ”*Främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdomar*” från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) tar de upp att många barn och ungdomar är alldeles för inaktiva och tillbringar mycket tid framför skärmar av olika slag. Ett sätt för att kunna ändra på dessa dåliga vanor är genom interventioner som har till avsikt att främja den fysiska aktiviteten. Genom att upplysa om vad den fysiska aktiviteten har för fördelar i kombination med goda kostvanor, fler idrottstimmar med hög aktivitet kan man få ut kunskapen till fler och på sikt även få bukt med problemet (Rosén, M 2014). Att utföra hälsofrämjande åtgärder mot fetma innebär att man har ett sammanfattat begrepp på olika aktiviteter som har till syfte att förstärka hälsan hos en individ.

Dock kan hälsofrämjande åtgärder se ut på en rad olika sätt så som exempelvis åtgärder som görs utanför sjukhuset så som stödande miljöer, ett annat exempel kan vara att man ska förbättra hälsan hos en person där hälsan ses som personliga upplevelser och något annat än sjukdom (Statens Folkhälsoinstitut 2002). Hälsofrämjande åtgärder används vanligtvis i samma sammanhang som sjukdomsförebyggande då de står i kontrast till varandra. I de främjande åtgärderna inräknas stödande miljöer, som då innefattar att bygga säkra cykelbanor, stimulerande skolgårdar med mera, men även empowerment kan räknas in. I empowerment tänker man att den enskilda individen har möjligheter att fatta egna beslut samt ta kontroll över sig själv. Sjukdomsförebyggande åtgärder där emot innebär exempelvis olika former av läkemedelsbehandling mot de följsjukdomarna som kan uppstå i samband med fetman (Statens Folkhälsoinstitut 2002). Fysisk aktivitet används idag mer och mer i hälsofrämjande och sjukdomsbehandlande syften för att förbättra hälsan hos befolkningen. Fysisk aktivitet har visat sig ha goda effekter vid förebyggande syfte och behandling av en rad olika sjukdomar så som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, fetma, depression samt demens. Fysisk aktivitet i form av lek och idrott kan även hjälpa till i utvecklingen av ett barns motorik och koordination. Den kan även påverka inläring och koncentrationsförmågan som är av vikt för goda resultat i skolan (Statens Folkhälsoinstitut 2013).

Ett annat exempel på åtgärd för övervikt och fetma kan vara FaR (Fysisk aktivitet på recept). I Sverige finns det rekommendationer om hur mycket en person bör vara aktiv per dag. Enligt Statens Folkhälsoinstitut bör en person vara aktiv minst 30 minuter med en intensitet på måttlig nivå, detta bör helst även ske varje dag (Statens Folkhälsoinstitut 2011). Fördelen med FaR är att det kan användas både på barn, ungdomar och vuxna då det är individanpassat. Den viktigaste utgångspunkten i FaR är att arbetet alltid utgår från personen, arbetet bygger alltså på individens förmåga. Under samtal mellan läkare och patient kommer man fram till ett individanpassat koncept för patienten och det som styr är hur individens hälsotillstånd ser ut, besvär, diagnoser, eventuella riskfaktorer samt vad som känns roligt och möjligt att utföra för patienten. Detta samtal leder sedan fram till det skriftliga receptet FaR (ibid).

Ytterligare åtgärder mot fetma är sundare matvanor. Sundare matvanor samt tillgången till bra livsmedel är en förutsättning för en bättre hälsa. Definitionen sunda matvanor kan vara valet av mat och mattider, det vill säga att den mat och dryck som intas innehåller näringsrika ämnen. Sunda matvanor kan även vara att måltiderna är regelbundna samt att maten innehåller energi som motsvarar kroppens förbränning av energi. Varierad kost med höga halter av frukt, grönsaker och fiberrika livsmedel (fullkornsprodukter) i samband med låg konsumtion av mättat fett, salt och tillsatt socker som exempelvis energität mat kan förebygga övervikt och fetma samt minska risken för följsjukdomar längre upp i vuxen ålder (Statens Folkhälsoinstitut 2013). I Umeå har det genomförts en interventionsstudie på överviktiga barn med ett BMI på över 25, Bäcklund et. al 2011 utvärderade effekten av ett familjebaserat multifaktoriellt interventionsprogram som berörde fysisk aktivitet bland feta barn. Barnen randomiserades in i interventions och kontrollgrupper. Barnen som deltog i interventionsgruppen deltog i ett ettårigt program med syfte till att göra livsstilsförändringar inom mat och fysisk aktivitet (Bäcklund et. al 2011).

Samtliga av de deltagande barnens fysiska aktivitet mättes med hjälp av rörelseaktiverade armband. Den familjebaserade livsstilsinterventionen bygger på olika grunder för ett beteende, gruppbehandlingar samt föräldrarnas delaktighet (Bäcklund et. al 2011). Det interventionsprogrammet ville uppnå var livsstilsförändringar inom kost och fysisk aktivitet. Under gruppbehandlingarna fanns det fyra teman som berörde fysisk aktivitet på olika sätt. De fyra temana var: 1. "Varför och hur ska jag vara fysiskt aktiv?" 2. " Varje steg räknas", 3. "Fysisk aktivitet tillsammans är roligare!" och 4. "Mer fysisk aktivitet –motion". Gruppmötena som berörde fysisk aktivitet leddes av en sjukgymnast som även var en av de delaktiga författarna till studien. De andra gruppmötena leddes av en dietist, en barnpsykolog samt en läkare (Bäcklund et. al 2011). Målet med temat fysisk aktivitet var att öka de deltagande barnens fysiska aktivitet och energiförbrukning. Tyngdpunkten i den intervention som berörde fysisk aktivitet var att barnen sedan skulle börja sätta individuella mål för att kunna öka den vardagliga aktivitetsnivån. Samtliga av dessa gruppmöten anpassades även efter barnens behov. En stor del av gruppbehandlingarna gick åt till praktiska övningar som både barnet och föräldern gjorde tillsammans (Bäcklund et.al. 2011). Varje gruppmöte varade mellan en och en halv till två timmar och hölls en eller två gånger i månaden. Mellan varje mötestillfälle fick även deltagarna hemuppgifter som avsåg att mäta de två temana som studien hade. Syftet med varje hemuppgift var att stödja familjerna i livsstilsförändringen i sin hemmiljö (Bäcklund et. al 2011).

Totalt var det 90 barn som avslutade studien, 46 av dessa fanns i interventionsgruppen och 44 fanns kvar i kontrollgruppen. När studien sedan sammanställdes visade det sig att det inte fanns någon skillnad vars sig i förhållande till kön eller interventions- och kontrollgrupp. Det fanns heller inte någon statistisk signifikans mellan den första mätningen och de olika deltagarna i interventions- och kontrollgruppen. Det var heller inte någon skillnad mellan den första mätningen eller ettårsmätningen. Det var heller ingen signifikant skillnad i den fysiska aktiviteten mellan interventions- och kontrollgrupp. Det var inte heller några statistiska skillnader i interventions- och kontrollgruppens energiuppgifter, steg eller mätt tid av stillasittande aktiviteter. Både i interventions- och kontrollgruppen minskade den fysiska aktivitetsnivån samtidigt som det fortfarande var en hög skärmtid efter ett års medverkan. Slutsatsen för studien var att trots omfattande arbete visade det sig att det inte fanns några positiva effekter eller signifikanser mellan övervikt och fetma och fysisk aktivitetsnivå hos barn. Den viktigaste slutsatsen för studien var att den visade på att det finns ett behov av fortsatta studier för framtiden för att utforma nya interventionsprogram som kan bibehålla eller öka den fysiska aktivitetsnivån bland överviktiga eller feta barn och ungdomar (Bäcklund et. al 2011).

I en liknande Amerikansk studie undersökte Anderson et.al 2015 hur en familj och samhällsbaserad intervention kunde förbättra barn och ungdomars hälsa. Taking Steps Together (TST) riktar sig mot barn i åldrarna sju till sjutton år och i behandlingsprocessen bjöds hela familjen in för att kunna delta i processen. Taking Steps Together syfte var att främja evidensbaserade hälsobeteenden(Anderson et.al 2015).

Man ville bland annat minska på skärmtiden, öka den fysiska aktiviteten, minska konsumtionen av sockrade drycker, öka intaget av frukt och grönt samt få barnen och ungdomarna till att äta frukost varje dag (Anderson et.al 2015). I programmet ingår även att kombinera dieter med fysisk aktivitet och beteendekomponenter samt att engagera familjen i barnet eller ungdomens behandling. Läroplanen lyfter fram vikten av de unika strategierna samt en modell för olika beteendeförändringar allt för att kunna främja hållbara och hälsosamma beteenden. Enligt TST är den mest kraftfulla drivkraften för en hållbar och sund förändring att få identifieras med hälsosamma beteenden som även är roliga, givande samt trevliga. Därför har ett pedagogiskt innehåll vävts in i verksamheten för att uppmuntra barnen, ungdomarna samt familjerna till att utöva hälsosamma aktiviteter (Anderson et.al 2015). Förutom att lyfta fram vikten av de unika strategierna samt en modell för olika beteendeförändringar använder sig TST av self-efficacy genom strukturerade aktiviteter och dialoger mellan barnet eller ungdomen och föräldern. Under aktiviteten eller dialogen ska barnet eller ungdomen tillsammans med föräldern identifiera hinder och möjligheter till en sundare livsstil. Detta gör att familjen tillsammans skapar egna lösningar som är anpassade efter dem. Syftet med denna strategi är att familjen ska lämna programmet med en större självkänsla samt kunna hantera framtida utmaningar på ett bättre eller lämpligt sätt (Anderson et.al 2015).

Problemformulering

År 2013 fanns det cirka 110 miljoner barn och ungdomar runt om i världen som har någon form av övervikt eller fetma (Kelley, G, & Kelley, K 2013). Övervikt och fetma är även en kronisk sjukdom som kan gå i arv, därför krävs det behandlande insatser både för att kunna förebygga men även för att kunna behandla. Trots att övervikt och fetma är ett av de vanligaste folkhälsoproblem så finns det väldigt lite kunskap om vilka faktorer som påverkar mest och varför just dessa påverkar. Därför krävs fler och djupare studier för att kunna öka förståelsen. Enligt Flodmark et.al. (2006) har forskningen kunnat visa på att det finns mer möjligheter att kunna påverka barns kost och fysiska aktivitet. Dock finns inga färdiga insatser som kan spridas till kommunerna eller andra aktörer (ibid).

Syfte & Frågeställningar

Denna uppsats ska undersöka vad det finns för olika bidragande faktorer till övervikt och fetma bland barn och ungdomar utifrån den behandlande vårdpersonalens perspektiv. Arbetet ska även beskriva händelseförloppet om eller när barn och ungdomar drabbas av övervikt och fetma, de insatser som sätts in, samt ur den behandlande vårdpersonalens perspektiv på behandling.

Frågeställningarna som kommer att besvaras i denna uppsats är:

- Vilken är den eller de största bidragande faktorn eller faktorerna till fetma bland barn utifrån de intervjuades perspektiv?
- Hur arbetar vårdpersonalen för att behandla fetma på ett hälsofrämjande sätt?

Metod

I metoddelen kommer det på ett detaljerat sätt presenteras hur studien har gått tillväga, vad den har använt för metoder, val av design, det kommer även finnas en beskrivning av urvalsgrupp, datainsamling, dataanalys samt att de etiska övervägandena tas upp.

Design

Valet av metod för denna studie var att vara en empirisk studie som är kvalitativ och där datainsamlingsmetoden bestod av semistrukturerade intervjuer. Studien är utformad som en kvalitativ empirisk studie som grundar sig i semistrukturerade intervjuer vid datainsamlingen. Arbetet är utformat efter en deskriptiv design. Olsson & Sörensen (2011) nämner även intervju och observation som alternativ till insamling av data för en kvalitativ studie.

Induktivt perspektiv & konventionell innehållsanalys

I denna studie har det använts ett induktivt perspektiv, då arbetet inte har använt sig av någon teori utan man utgår istället ifrån sina iakttagelser och den insamlade datan och på så vis kan man komma fram till en förklaring (Graneheimet. Al 2003). I kombination med det induktiva perspektivet innehåller studien även en konventionell innehållsanalys. I den konventionella innehållsanalysen beskrivs det fenomen som ska studeras. Analysen undviker att använda redan förutfattade kategorier utan begagnar sig av namn som kommer utifrån den sammanställda datan som samlats in (Hsieh & Shannon, 2005). Den konventionella innehållsanalysen påminner även om Grounded Theory. Grounded Theory innebär att forskaren testat det teoretiska i praktiken (Foley et.al 2015). Vid insamling av det nya materialet identifieras nyckelbegrepp för att sedan kunna delas in i olika huvudkategorier. Samtliga huvudkategorier framställdes efter att intervjuerna genomförts. Studie har använt tre stycken huvudkategorier och dessa är:

- Behandlingar
- Bidragande faktorer
- Lösningar

De två förstnämnda kategorierna togs fram via studiens syfte och frågeställningar medan den tredje och sista kategorin uppkom efter att analyser och sorteringar av det transkriberade materialet hade gjorts. Då den sista kategorin inte ansågs passa under någon av de andra huvudkategorierna gjordes valet att skapa ytterligare en huvudkategori.

Intervju

Valet att använda intervjuer i denna studie grundar på att skapa en bättre förståelse för problematiken kring övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Intervjuer ger även chansen att få förtydliganden samt att man kan använda sig av följdfrågor. Studie har använt sig av ett eget framtaget frågeformulär (se bilaga 4) som innehåller 18 frågor.

Frågorna baserades dels på de två frågeställningarna:

- Vilken är den eller de största bidragande faktorn/ faktorerna till fetma bland barn utifrån de intervjuades perspektiv?
- Hur arbetar vårdpersonalen för att behandla fetma på ett hälsofrämjande sätt?

Frågorna togs fram utifrån de frågeställningar som använts i studien samt några bakgrundsfrågor till vårdpersonalen, detta för att få en bild av behandlingssätt, arbetserfarenhet och varför de valde de yrke de har. Den första intervjun som gjordes var en pilotstudie för att testa om det framtagna materialet skulle vara hållbart i de senare intervjuerna. Efter att ha genomfört pilotstudien ansågs det framtagna materialet vara godkänt för att kunna användas vid de andra intervjutillfällena och där med gjordes inga förändringar i intervjumaterialet.

Urval & Datainsamling

I denna studie var urvalsgruppen vårdpersonal med olika yrkestitlar som behandlar övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Antalet kontaktade deltagare i undersökningen var 10 stycken. Inklussionskraven för denna studie var att de deltagande på något sätt ska behandla de överviktiga/ feta barnen, de ska vara aktiva i sin yrkesroll deltagarna fick alltså inte vara pensionerade eller avslutat sin yrkesroll inom ämnet. De ska även ha kunskap inom ämnet, arbeta på något av sjukhusen som tas upp i vårdprogrammet för Uppsala och Örebroregionen (då det var från detta vårdprogram som arbetet hittade personernas mailadresser) samt arbeta på behandlande avdelning. Genom att ta in flera deltagare inom andra yrkeskategorier än bara läkare skapades även möjligheten för få en tillräcklig mängd intervjupersoner till studien. Bortfallet i studien blev totalt fyra stycken, det interna bortfallet var totalt en person och det externa var tre personer som valde att inte svara på det utskickade mailet. Bortfallet i studien hanterades genom att inriktningen på studien förändrades från att endast rikta sig till barnläkare, till att istället rikta sig till vårdpersonal som arbetar med barnfetma, detta för att få ett representativt urval i denna studie. Antalet deltagare för studien var sex kliniker (N= 6) som på något sätt arbetar med att behandla övervikt och fetma bland barn och ungdomar upp till 18 år. För att finna de tänkta deltagarna användes ett vårdprogram (Vårdprogram för Uppsala och Örebroregionen 2015) som deltagarna själva varit med och tagit fram. I detta vårdprogram fanns sju mailadresser till var och en av de ansvariga i Dalarnas län, Gävleborg län, Sörmland län, Uppsala län, Värmlands län, Västmanlands län samt Örebros län. Kontaktningen av klinikerna skedde via mail där det skickade ut ett informationsmail om studien, i mailet fanns även ett missivbrev (Bilaga 3) med ytterligare information som beskriver syftet med studien på ett djupare sätt, val av metod samt kontaktinformation.

Den första tanken vid utskicket av mailen var att kunna få kontakt med så många av de sju behandlande barnläkare som möjligt.

Samma dag som mailet skickades ut kom svar från två av barnläkarna att de var villiga att delta i en intervju. Och sex dagar senare svarade ytterligare en att denne var villig att delta. Tre av de andra barnläkarna svarade inte alls och en fjärde kontaktade mig och sa att tiden inte riktigt fanns till men att informationen skickades vidare till annan vårdpersonal på samma sjukhus för att se om intresset fanns hos dem.

Efter att ha kontaktat handledare och tillsammans kommit fram till att det inte finns någon nackdel med att ha både behandlande barnläkare och annan form av behandlande vårdpersonal så vidgades synen samtidigt som förutsättningarna för att få fler deltagare ökade. När studien vidgades från att enbart rikta sig till behandlande barnläkare blev undersökningen bredare eftersom att det istället öppnade upp möjligheten för annan behandlande vårdpersonal att delta. Dessa skulle arbeta med barnfetma. Det vill säga att bortfallet i studien som låg till grund till förändringen upplevdes som en positiv förändring för att få ett mer applicerbart resultat och en bredare förståelse kring vilka faktorer det är som orsakar övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Intervjuerna i studien genomfördes antingen över telefon eller på plats på sjukhusen.

Olsson & Sörensen (2011) nämner även intervju och observation som alternativ till insamling av data för en kvalitativ studie. De deltagarna personerna arbetar på sjukhus någonstans i Mellansverige. De två första intervjuerna som genomfördes var på två av tre deltagande barnläkare på plats på respektive sjukhus och barnmottagning. Den tredje intervjun som gjordes på en av de deltagande barnläkarna var via telefon då det inte fanns möjlighet till att åka till sjukhuset för en intervju. Den första intervjun som gjordes på plats på sjukhuset genomfördes på cirka 36 minuter, under denna intervju fick jag att ta del av material som används vid behandlingen av en patient. Materialet som användes var bland annat en karta över hur en behandlingsprocess ser ut från början till slut, en karta över livssituationen där en människoliknande figur stod i mitten och olika symboler ringade denne.

Symbolerna i cirkeln representerade olika faktorer som påverkar livscykeln så som exempelvis kost, fysisk aktivitet, sömn, socialt nätverk, jaget samt motivation och mål. Motivationen och målet kunde då både handla om livet och om själva behandlingen av fetma. Vid det andra intervjutillfället som även den gjordes på plats med en av de tre barnläkarna var intervjun mer kortfattad och konkret. Då läkaren endast hade en begränsad tid att tillfoga genomfördes intervjun på cirka 20 minuter. Trots intervjuns längd var den ändå mycket innehållsrik. I den tredje och sista intervjun av de deltagande barnläkarna gjordes en telefonintervju. Vid detta tillfälle blev även den intervjun cirka 20 minuter, under detta samtal ställdes endast intervjufrågorna, småprat uppstod endast någon minut efter att intervjun genomförts. Den fjärde intervjun gjordes över telefon men på en av de två deltagande dietisterna. Vid detta tillfälle blev intervjun ca 30 minuter lång, och under samtalet ställdes endast frågorna med vissa förtydliganden. Småprat och svar på frågor om examensarbetet uppstod efter att intervjun var avslutad.

Den femte intervjun gjordes med den andra av de två deltagande dietisterna. Vid detta tillfälle gjordes intervjun på plats på sjukhuset. Intervju genomfördes på ungefär 20 minuter, men trots sin längd var intervjun mycket informativ och öppen för ytterligare förtydliganden av vissa frågor och svar. Efter att intervjun hade avslutats fortsatte samtalen samt att lite småprat om examensarbetet uppstod. Den sjätte och sista intervjun gjordes med den deltagande sjuksköterskan som valde att delta i studien. Vid detta tillfälle gjordes även denna intervju på plats på sjukhuset, intervjun genomfördes på cirka 15 minuter men trots sin längd var intervjun mycket informativ och öppen för ytterligare förtydliganden av vissa frågor och svar. Efter att intervjun hade avslutats fortsatte diskussionen kring ämnet samt att lite småprat om examensarbetet uppstod. Vid de sex intervjutillfällena spelades varje intervju in med hjälp av en iPad och inspelningsprogrammet MP3 recorder som är tillämpat för inspelning av ljud i mp3 format. Detta för att man vid behov skulle kunna skicka filen vidare och lyssna på intervjun även på annan enhet så som exempelvis dator, eller mobiltelefon.

Efter varje intervjutillfälle transkriberades intervjun i enskildhet. På detta sätt har ingen förutom ledaren kunnat ta del av materialet. Vid varje transkriberingstillfälle spelades intervjun upp samtidigt som data fördes in i ett word-dokument ordagrant. Efter att transkriberingen var klar färgkodades frågorna efter bakgrundsfrågorna, frågeställning nummer 1 och frågeställning nummer 2 för att sedan kunna sammanställas i resultatet. Fördelen med platsintervjuerna var att man kunde se och tyda den intervjuades kroppsspråk och att förtydliganden kunde göras med hjälp av material som användes under behandlingen. Nackdelen kan dock bli att den intervjuade känner sig mer trängd till att svara eller förtydliga sig mer än om man sitter via telefon. Ytterligare en nackdel kan vara att intervjuaren kan känna sig mer stressad att formulera sig rätt när frågorna ska ställas än när man sitter via telefon. Det mesta beror nog på hur bekväm intervjuaren känner sig i situationen. Fördelen med telefonintervjun var att det blev en mer avslappnad känsla vid formuleringen av frågorna. Nackdelen med telefonintervjun var att det inte blev lika bra kvalitet som med de andra intervjuerna som gjordes på plats. Det var vid vissa tillfällen svårare att få ett förtydligande om vad den intervjuade personen ansåg om behandlingen av fetma samt de påverkande faktorerna.

Dataanalys

Det första steget som gjordes i analysprocessen var att skapa en förståelse och en helhet av det insamlade materialet. Samtliga inspelade intervjuer lyssnades igenom både direkt efter intervjutillfället men även ett flertal gånger under transkriberingstillfällena. Efter att intervjuerna transkriberats jobbades huvudkategorierna fram utifrån de två frågeställningarna:

- Vilken är den eller de största bidragande faktorn/ faktorerna till fetma bland barn utifrån de intervjuades perspektiv?
- Hur arbetar vårdpersonalen för att behandla fetma på ett hälsofrämjande sätt?

Förutom dessa två huvudkategorier skapades ytterligare en huvudkategori då den inte passade in under någon av de andra två huvudkategorierna. Efter att huvudkategorierna hade framarbetats arbetades även underkategorier fram under de två första huvudkategorierna.

Nästa steg i bearbetningen var att klippa ut det relevanta i den sammanställda texten och ta bort det som inte besvarade huvudkategorins syfte samt det som inte var relevant för studien. Exempelvis utfyllande meningar, småprat. Den kvarvarande texten blev sedan den text som sedan användes i resultatet. Där efter sorterades meningarna in under huvudkategorierna samt underkategorierna.

Då vissa svar endast bestod av en kort mening förvarades materialet i påsar som märktes med en siffra för att de enkelt skulle kunna sorteras in under rätt huvudkategori samt tillhörande underrubrik. När analysen sedan skulle sammanställas togs även citat ut för att förtydliga det resultat som framkommit under studien. Den analysmetod som har använts för denna studie är manifest innehållsanalys där den transkriberade texten analyseras och beskriver de synliga och uppenbara grundläggande delarna i det framställda resultatet. Vid användning av innehållsanalysen vill forskaren helheten av materialet och med hjälp av huvudkategorier och underkategorier kan forskaren få fram studiens analys (Olsson & Sörensen 2011).

Etiska överväganden

De etiska aspekterna som detta examensarbete har behövt anpassa sig efter är informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet samt nyttjandekravet. Informationskravet uppfylldes då information om mig som gör undersökningen samt att ett missivbrev med information om undersökningen skickades ut. Frågorna är även formulerade på ett klart och tydligt sätt för att underlätta datainsamlingen samt vara lättförståeliga för deltagarna. Konfidentialitetskravet fylldes genom att samtliga intervjuer genomfördes med endast deltagare och forskare detta för att svaren ska kunna anses vara anonyma, även transkriberingen gjordes enbart närvarande av ledaren. Genom att transkriberingen enbart gjordes av en person så är allt material konfidentiellt. Samtyckeskravet uppfylldes då samtliga deltagare själva valde att delta i studien då de svarat på det mail som har gått ut, samt att de valt att ställa upp vid ett intervju tillfälle. De har själva valt att delta, samt blivit informerade om att de vid vilket tillfälle som helst kan kontakta ledaren och hoppa av undersökningen. Nyttjandekravet uppfylldes genom att materialet i denna undersökning används enbart för denna studie. All data förstörs efter undersökningens slut (Vetenskapsrådet u.å).

Resultat

Nedan presenteras resultatet i form av de bestämda kategorierna; behandling, bidragande faktorer och lösningar. Dessa har sammanfattats utifrån de sammanställda intervjuerna och styrks upp med enskilda citat från respondenterna under varje enskild kategori. Samtliga respondenter har fått en kodsiffra för att man ska kunna se likheter och skillnader mellan dem på ett tydligt sätt. Resultatdelen inleds med en kort beskrivning av deltagarna.

Läkare 1:

Manlig läkare med sju års arbetslivserfarenhet inom övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Efter sina studier på läkarprogrammet forskade han lite om nutrition och fysisk aktivitet, under sin ST- utbildning (specialiseringstjänstgöringen) valde han att delta i skrivandet av två program, först ett för Uppsala och sedan ett regionalt vårdprogram

Läkare 2:

Kvinnlig läkare med många års arbetslivserfarenhet av att jobba med barn, dock utan att jobba med det obesitasteam som hon idag tillhör.

Läkare 3:

Kvinnlig läkare med fem års arbetslivserfarenhet av att arbet som barnläkare mot övervikt och fetma. Hon har tidigare arbetat på barnklinik men började nyscha in sin barnläkarkarriär 1999.

Sjuksköterska:

Kvinnlig sjuksköterska som har jobbat som sjuksköterska sedan 1999.

Dietist 1:

Kvinnlig dietist som har tio års arbetslivserfarenhet inom sitt yrke.

Dietist 2:

Kvinnlig dietist med ett och ett halvt års arbetslivserfarenhet. Jobbade de första tre månaderna på vuxenavdelningen och fick sedan ett vikariat på barnkliniken som hon nu mera arbetar på sedan drygt ett år tillbaka.

Behandling

Under denna huvudrubrik har det tagits fram två stycken underkategorier, process och stöd.

Process

För att anpassa en behandling menade samtliga respondenter att man bör anpassa den utifrån individens behov. Man undersöker även vad det är som barnet/ungdomen/familjen behöver få hjälp med.

”Man försöker hitta ett mål för att inte ha tusen saker samtidigt och på så sätt hjälpa dom med målsättningen” (Läkare 1)

För att anpassa en behandlingsplan menar samtliga respondenter på att det bör göras en anpassning utefter individen samt familjens situation/möjligheter.

*”Sen blir ju allt individuellt utifrån familjen och familjens situation, vilka förutsättningar som finns, vad man har för möjligheter att arbeta med familjen och med barnet/ungdomen”
(Sjuksköterska)*

Samtliga av de deltagande läkarna samt den deltagande sjuksköterskan ansåg att grunden för behandlingskonceptet fungerade bra medan den två dietisterna ansågs att det kan göras förbättringar. Dock var samtliga respondenter eniga om att det behövs mer tid för att kunna träffa patienterna, mer resurser samt ökad kompetens till teamen.

”I grunden så tycker jag att det fungerar bra, men jag tror säkert att man kan jobba mer och att vi säkerligen i nästan alla län i Sverige skulle behöva mer resurser för det här och kunna bygga upp en större verksamhet där man kan se barnen oftare” (Läkare 3)

För att få en hållbar behandling bör man även fokusera på efterarbetet så som uppföljningar, detta var samtliga deltagare eniga om. Uppföljningstiden såg lite olika ut beroende på om det var i början eller slutet av behandlingen samt hur beroende barnet/ungdomen/familjen var av stöd och hjälp. Det framkom dock att det inte alltid fanns möjlighet till uppföljning på grund av det antingen inte fanns tillräcklig med resurser eller kompetens i primärvården.

*”Men vi har inte tänkt skriva ut barnen innan de blir 18 år om de inte själva väljer att avsluta..... ” Där emot kan vi tänka oss att glesa ut besöken och precis som med en astma eller allergi eller diabetes att man ser som att det är något som vi ska följa upp”
(Dietist 1)*

”Nej vi har ingen uppföljning, antingen om de har valt eller om de har fyllt 18 då tar det automatiskt slut och då finns det heller ingen just nu i Dalarna som vi kan lämna över till.....” Anledningen till att vi inte har någon uppföljning är för att det inte finns resurser, väntelistorna är redan långa” (Dietist 2)

Tänkarna inför framtiden och vad man bör fokusera på var lite blandade hos deltagarna. En av deltagande läkarna menade på att:

”Det vi försöker göra är att få till gruppverksamhet, vi skulle behöva mer resurser samtidigt som vi försöker bedriva forskning för att kunna se vad som hjälper lite gran. Det är allt från att ha ett EU-projekt om hur insulinet roll och om ett läkemedel kan ge ett stöd, sen försöker vi åka till utbildningskongresser, träffa de andra teamen” (Läkare 1)

I processen av att behandla ett barn eller ungdom var samtliga deltagare eniga om att ju yngre barnet är desto bättre blir behandlingsresultaten. Samtliga deltagare menade även på att föräldrarna/ familjen kan påverka barnet mycket mer eller på ett annat sätt än en ungdom. En av de deltagande dietisterna förklarade skillnaden mellan barn och ungdomar som så att:

”Det lättaste är ju självklart att behandla dom barn som är yngre, för när vi får träffa barn som är mellan 4, 7 och 8 år då har vi störst möjlighet att påverka. För då har dels lite större mandat att sätta gränserDet blir svårare när man har en ungdom för dom har redan lärt sig en livsstil och är dom inte motiverade till att förändra då är det väldigt väldigt svårt att se några bra resultat” (Dietist 2)

Stöd

På frågan om var en behandling kan äga rum svarade fem av sex deltagare att behandlingen skedde i hemmet men med stöd från teamen. De flesta av deltagarna menade på att fokuset ska vara på förändringar i hemmet. I vissa fall kunde den även ske i skolan. På ett av de deltagande sjukhusen gjordes behandlingen endast på sjukhuset/kliniken.

”Själva arbetet sker sen i hemmet att man äter en portion eller går o tränar. Så vi kan säga att själva fokuset är hur man ska förändra hemma” (Läkare 1)

”Det sker ju mest här på sjukhuset eller kliniken det är väl endast om det skulle behövas om vi kommer till någon typ av möte eller någonting sånt där man behöver vara flera yrkes kategorier samlade men annars så är det liksom allt här” (Dietist 2)

Under studiens gång framkom det att beroende på var i landet en familj söker hjälp så kan behandlingen se lite olika ut och detta berodde i de flesta fall på vilka resurser som fanns att tillgå för den specifika regionen. Dock hade man ett och samma grundtänk i och med att samtliga regioner följer det vårdprogram som de själva har varit med och tagit fram. I vissa fall kunde det bero på om man arbetade som behandlande vårdpersonal med just övervikt och fetma bland barn och ungdomar. En av de deltagande läkarna framhöll:

”Tanken hos dom som jobbar med fetma tror jag att det är stor skillnad beroende på om man jobbar med det eller inte. För jobbar man inte med det inom ”vanlig” sjukvård så kan det finnas mycket fördomar, att man halkar på enkelt ge råd, mer grönsaker en portion, att man snabbt ger konkreta råd och sen så fixa det. Har man jobbat med det ett tag så vet man hur svårt det är, det är ibland inte frågan om brist på kunskap utan det är så mycket annat som påverkar så som olika känslighet, miljön förändras, sen vet man hur svårt det är att vi är olika” (Läkare 1)

Som följdfråga på den tidigare frågan om behandlingarna såg olika ut kom frågan om vad det kan finnas för skillnader mellan behandlingsfaserna och varför dessa i så fall finns. De flesta av deltagarna menade på att resurser s som pengar och personal är det som gör den största skillnaden, en ytterligare skillnad var att det fanns olika många kompetenser inom teamen. Det kunde även bero på hur länge teamen har arbetat inom detta område, hur länge de arbetat tillsammans samt att det kunde bero på hur mycket varje region har satsat. Ytterligare skillnader i behandlingsfaserna kunde vara hur mycket stöd man får från ledningen samt hur drivande personerna som jobbar i teamet är.

”Det handlar mycket om lokala resurser och hur långt man har kommit i sitt team och hur mycket stöd man får från ledningen, hur pass drivande dom personerna är som jobbar i teamet och tycker man då på barnkliniken att det är viktigt att jobba med barnfetma. Så det är sådana saker som spelar in vad man får för resurser till teamet och det kan variera mellan olika län” (Läkare 3)

Under behandlingens gång kan det vara svårt att inte påverkas som förälder och därför ställdes frågan om vad det finns för stöd för föräldrarna i denna situation. Det som framkom då var att det inte finns något specifikt stöd just för bara föräldrarna utan de är delaktiga under hela behandlingens gång och ses därför som medspelare. Dock kan det även i vissa fall vara så att vissa föräldrar inte ser att deras barn eller ungdom har ett problem. I andra fall kan det vara så att den ena föräldern ser det men inte den andra.

”Vi har inget särskilt stöd till föräldrarna..... Men vi ser dom som medspelare absolut, det är inte vi som är behandlare utan det är hemma som det måste göras och då måste föräldrarna vara med på det” (Dietist 1)

Bidragande faktorer

Under denna huvudrubrik har det tagits fram två stycken underkategorier; arv och miljö. Dessa underkategorier kommer nu att presentera sina resultat från de sex intervjuerna som genomfördes.

Arv

En av de största bidragande faktorerna till övervikt och fetma är arvet eller genetiken. Samtliga informanter menar på att det är en kombination av många olika faktorer som gör att vissa blir överviktiga eller feta. Dock finns det faktorer som påverkar mer än andra och arvet är en av dessa faktorer. En av de tre läkarna förklarar arvet som en bidragande faktor som så att:

”Jag tror att det är arvet, miljön har förändrats och gjort att fler har fått fetma så är det, men alla får inte fetma. Är det bara miljön som påverkar fetma skulle alla få fetma, för miljön har förändrats dramatiskt den senaste tiden. Men den största orsaken till att vissa får fetma är arvet, genetiken” (Läkare 1)

Miljö

Ett annat exempel på en av de stora bidragande faktorerna till övervikt och fetma är miljön. Dagens samhälle menar deltagarna är utformat på ett helt annat sätt än vad det var för 10-20 år sedan. Idag finns det mer tillgång till snabba kolhydrater så som godis, chips, läsk etc samt att matbutikerna är öppna längre. Även tillgången till ohälsosam mat har ökat. Förutom lättillgängligheten på de snabba kolhydraterna så finns det idag även i större förpackningar. Och som en ytterligare påverkande faktor har utrymmet till inaktivitet ökat.

”Sen är det miljön som bidrar till att dom får det, bara tillgängligheten för inaktivitet har förändrats dramatiskt under de senaste 20 åren, där man har playstation, iPad, Facebook, Instagram, Snapchat via mobilen eller skärmar över huvudtaget. Man kan sitta hemma och spela FIFA och så Skype med sina kompisar så slipper man cykla till sina kompisar och träffa dom, utan man kan träffa sina kompisar via nätet. Inaktiviteten har ökat dramatiskt för barn framför allt då det är dom som påverkas mer och sen tillgängligheten på chips, godis, läsk dom här snabba kolhydraterna.” (Läkare 1)

Övervikt och fetma är idag en av de vanligaste folkhälsosjukdomarna och enligt informanterna kan de bero på flera olika faktorer:

”Jag tror att tillgängligheten på mat, att maten har inte blivit så särskilt mycket dyrare men vi har större inkomster. Det är mera skjutsande, det är mera skärmtid, det är inte naturlig lek på samma sätt. Tillgängligheten på mat har ökat i och med att mackar har öppet hela tiden, mataffärer har öppet senare så man har alltid tillgång till mat och det tänker jag både är för barn och vuxna. Vi är aldrig utan, det finns aldrig en dag som affärer är stängda så är man sugen kan man alltid ta sig någonstans och äta” (Dietist 1)

Övervikt och fetma är ett problem som även har kommit under de senaste 10-20 åren vad det kan bero på finns det olika teorier om

”Jag tror ju att det är mycket det här att samhället har ändrats helt och hållet, stillasittande, mycket skärmtid, det har ju kommit jätte mycket de senaste åren. Sen också tillgängligheten på skräpmat, godis, chips, läsk allt i stora förpackningar och allt är väldigt lättillgängligt och att det är billigt. Sen andra värderingar hos föräldrar och familj också att man kanske inte är lika tydlig med gränssättning och att man har regler och rutiner, och inte är lika hård i sin uppfostran som man var för 20 år sedan” (Läkare 3)

Fetma bland barn har inte alltid varit ett problem utan det har framför allt kommit under de senaste 10-20 åren. Det var framför allt under 90-talet som man kunde se att problemet drabbade barn.

”Att det började drabba barn kom väl på 90-talet, men det har väl alltid varit några som haft det. Det har ju ökat successivt på 80-90-talet kanske, och sen sist på 2000- talet. Sen pratar man ibland om uppgångar/ ökningarna har minskat att det inte ökar i samma takt, men det har fortfarande inte gått ner. Sen är det där väldigt regionalt om det är Sverige, Europa eller ja” (Läkare 1)

Lösningar

De två förstnämnda kategorierna behandling och bidragande faktorer togs fram via studiens syfte och frågeställningar medan den tredje och sista kategorin uppkom efter att det transkriberade materialet hade analyserats. Då den sista kategorin lösningar inte ansågs passa under någon av de andra huvudkategorierna skapades ytterligare en huvudkategori. För att komma åt fetmaproblematiken menade deltagarna att det bör sättas in olika insatser på flera olika plan i samhället

”På samhällsnivå så tror jag allt som gör att det underlättar aktivitet, cykla till skolan vara ute på rasterna, allt som stimulerar exempelvis gatubelysningar allt som kan stimulerar en vardagsaktivitet i transporten tror jag kan vara bra. Sen tror jag på att en gradient skatt/moms, det ska inte vara samma skatt på mjölk kontra läsk eller godis kontra grönsaker. Man kan inte säga att socker är bara fet tror jag, för att socker det finns i vanlig mat och fet behöver vi och det finns bra fett, vilket fett ska man beskatta är det fleromättade eller mättade. Någon form av anpassad moms eller skatt, mer moms på läsk, godis chips, och mindre moms på grönsaker” (Läkare 1)

”Det är jätte svårt att angripa, du har ju också marknadskrafter som propagerar för att vi ska äta och dricka. Upplysning ja, men jag tror att det är viktigt som jag sa alldeles nyss att redan när barnen föds att man på BV C eller redan på MVC att föräldrarna får en bra information. För om man någon gång ska ändra livsstil så är det när man får sitt första barn” (Läkare 2)

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vad det finns för olika bidragande faktorer till övervikt och fetma bland barn och ungdomar utifrån en behandlande vårdpersonals perspektiv. Arbetet beskriver även händelseförloppet när barn och ungdomar drabbas av övervikt och fetma samt de insatser som sätts in. Intervjuresultatet tyder på att den eller de största bidragande faktorerna till fetma bland barn och ungdomar anses vara arv och miljö. Intervjuresultatet visar också på att vårdpersonalen arbetar på ett hälsofrämjande sätt genom att anpassa behandlingen efter barnet eller ungdomen, de lägger även fokus på efterarbetet så som uppföljningar. För att lyckas med behandlingen krävs stöd av olika former dock kunde dessa se olika ut beroende på var i landet hjälpen söktes. Detta berodde enligt informanterna på att varje region har olika mycket resurser. Dessutom framkom det att lösningen skulle vara att sätta in olika insatser på olika plan i samhället. Enligt informanterna skulle sådana insatser kunna vara allt som stimulerar eller underlättar aktivitet av olika slag. Sammanfattningsvis upplevs fetmaproblematiken som komplex men viktig att förebygga och behandla innan den övergår till vuxenfetma då den är svårare att behandla.

Resultatdiskussion

Under denna rubrik kommer de sammanställda intervjuresultaten från studien att presenteras. Resultaten har delats in under huvudkategorier och underkategorier för att på ett tydligt sätt kunna presentera vad som framkommit.

Behandlande process

Process

I den behandlande processen är det viktigt att man börjar med att anpassa utifrån barnet eller ungdomens behov och förmåga, det bör även göras en kartläggning av vad det finns för resurser i hemmet. Samtidigt som kartläggningen görs undersöker man vad det är barnet/ungdomen eller familjen behöver få hjälp med. Samtliga behandlingsplaner anpassas därefter utifrån barnet/ungdomen/familjens situation och möjligheter. Men för att få en hållbar behandling bör det även lägga fokus på efterarbetet så som uppföljningar. Uppföljningstiden kan se lite olika ut beroende på hur beroende barnet, ungdomen eller familjen var att få hjälp från vårdteamet. Dock finns det inte alltid möjlighet till uppföljning då resurserna inte är tillräckliga samt att det ibland saknas kompetens i primärvården.

Bäcklund et. al (2011) nämner även i sin studie att tyngdpunkten i den intervention som berörde fysisk aktivitet var att barnen sedan skulle börja sätta individuella mål för att kunna öka den vardagliga aktivitetsnivån.

Stöd

Något som även är viktigt i den behandlande fasen är att få stöd i olika former. Formen av stöd kan dock variera beroende på var i landet hjälpen söks och fås, det kan även ha sin grund i att resurserna för de olika regionerna ser olika ut. Som tidigare nämnts kan de olika regionerna ha olika tillgång till utbildad personal som exempelvis sjukgymnast, kurator, dietist, etc. dock används samma grundtanke i och med att samtliga regioner följer det vårdprogram som de själva har varit med och tagit fram. I vissa fall kunde stödet variera och det berodde att den specialinriktade vårdpersonalen har mer kunskap än en vårdpersonal inom primärvården. Förutom det varierande stödet i behandlingsprocessen så finns det skillnader i behandlingsfasen. Den största skillnaden är att det finns olika resurser samt att kompetenserna inom teamen varierade. En annan påverkande faktor är att arbetsteamerna har arbetat olika lång tid inom detta område samt att det kunde bero på hur mycket varje region har satsat på interventioner och åtgärder för problemet. Enligt Statens Folkhälsoinstitut (2002) kan hälsofrämjande åtgärder mot fetma innebära att man har ett sammanfattat begrepp på olika aktiviteter som har till syfte att förstärka hälsan hos en individ. Dock kan hälsofrämjande åtgärder se ut på en rad olika sätt så som exempelvis åtgärder som görs utanför sjukhuset så som stödjande miljöer, ett annat exempel kan vara att man ska förbättra hälsan hos en person där hälsan ses som något annat än sjukdom.

Bidragande faktorer

Arv

Förutom att processen och stödet är påverkande faktorer i behandlingen av övervikt och fetma så finns det även andra faktorer som spelar in till att övervikt och fetma uppstår och dessa är arv och miljö. Dessa två faktorer i kombination med varandra gör att vissa individer har lättare för att bli överviktiga eller feta. Då miljön har förändrats mycket och på kort tid har inte kroppen hunnit anpassa sig efter det nya levnadssättet. Arvet handlar inte bara om det kroppsliga utan även om att man kan ära tänket kring mat och motion och det är denna form av arv som även kan påverka det kroppsliga. Agras et.al. (2004) nämner att barn med föräldrar som är överviktiga eller kraftigt överviktiga löper större risk för att själva bli överviktiga eller feta. Samma studie visade även på att den uteblivna fysiska aktiviteten, dålig kosthållning och den socioekonomiska statusen påverkade barnets livssituation (ibid). Hade det däremot endast varit miljön som var den mest påverkande faktorn skulle alla bli överviktiga eller feta. Förutom arvet har miljön en stor påverkan. Men enligt informanterna såg samhället helt annorlunda ut för 10-20 år sedan, det fanns inte samma tillgång till snabba kolhydrater så som godis, chips och läsk på samma sätt som det gör idag. Detta beror på att affärerna dels har längre öppettider, förpackningarna på varorna har förstorats samtidigt som inkomsterna har ökat vilket gör att konsumenterna kan köpa och får mer för pengarna. Enligt informanterna finns det olika teorier till varför att övervikt och fetma har ökat bland barn och ungdomar de senaste 10-20 åren. Några av dem är att samhället har utvecklats, inaktiviteten har ökat och att livsstilen har förändrats på så sätt att man sover mindre. Kosten har även den förändrats och därmed även tarmfloran. Det var framför allt under 1990-talet som man började kunde se att övervikt och fetma blev ett problem både för barn och för ungdomar. Även Healy (2008) har kunnat konstatera samma problematik. Healy (2008) menar på att om den naturliga leken försvinner och de stillasittande aktiviteterna ökar, så ökar även risken för att drabbas utav svårare följsjukdomar och ökad dödlighet senare i livet.

Miljö

Enligt informanterna kunde man fram till 2000-talet se en ökning av fetmaförekomsten men att fetman därefter inte ökade i samma takt. Ett annat exempel på en av de stora bidragande faktorerna till övervikt och fetma är miljön. Dagens samhälle menar deltagarna är utformat på ett helt annat sätt än vad det var för 10-20 år sedan. Idag finns det mer tillgång till snabba kolhydrater så som godis, chips, läsk etc samt att matbutikerna är öppna längre. Även tillgången till ohälsosam mat har ökat. Förutom lättillgängligheten på de snabba kolhydraterna finns det idag även i större förpackningar. Och som en ytterligare påverkande faktor har utrymmet till inaktivitet ökat. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2013) kan även bekräfta det informanterna har sagt om den ständiga tillgängligheten snabbmat, godis, läsk etc.

Lösningar

Det effektivaste sättet att lösa fetmaproblematiken är att sätta in insatser på olika plan i samhället. På samhällsnivå kan allt som stimulerar eller underlättar fysisk aktivitet förbättras, det kan göras genom mer planering i utformningen av en stad, säkra transportvägar och belysning. Som bekräftelse på informanternas information har Statens Folkhälsoinstitut (2002) tagit upp att främjande åtgärder bör innefatta stödjande miljöer som exempelvis att bygga säkra cykelbanor, stimulerande skolgårdar med mera. Även Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2013) menar på att välplanerade lekplatser nära hem och skola kan bidra till barns fysiska, mentala och sociala förmåga. Rosén, M (2014) framhåller även att upplysning om vad den fysiska aktiviteten har för fördelar i kombination med goda kostvanor kan öka kunskapen och på sikt även få bukt på problemet (ibid). Enligt Natale et.al (2014) bör huvudfokus för att förhindra ökningen av övervikt och fetma läggas på familjen, skolan, barnomsorgen samt de samhällsmiljöer som kan påverka födointaget samt den fysiska aktiviteten.

Metoddiskussion

Den metod som valdes att användas var kvalitativ där intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Valet av metod baserades på att studien syftar till att få en förståelse för informanternas egna upplevelser och erfarenheter. Intervjuformen skapar möjligheter för deltagande informanter att med egna ord utförligt beskriva och berätta om det valda området. Samtliga av de genomförda intervjuerna gick bra då deltagarna var måna om att berätta om den problematik som finns inom området. Bearbetningen av data kunde sedan genomföras utan några problem då ljudupptagningarna var i gott skick utan några störningsmoment. Efter att transkriberingarna sammanställts lästes materialet ett flertal gånger innan kategorier och underkategorier framställdes och resultatanalys kunde påbörjas.

Den urvalsgrupp som användes i studien anses vara relevant då de ansågs kunna besvara studiens syfte. För att få den blandade urvalsgrupp som studien krävde skickades ett missivbrev ut till samtliga deltagare runt om i mellan Sverige.

Informanterna deltog sedan frivilligt i studien efter att de besvarat det utskickade mailet med innehållande missivbrev. Samtliga intervjuer spelades in för att kunna garantera en korrekt transkribering, efter samtliga intervjuer lyssnades det inspelade materialet igenom för att kontrollera så att det inte fanns några störningsmoment.

Analysmetoden som användes till denna studie var en konventionell innehållsanalys med ett induktivt perspektiv. En konventionell innehållsanalys med ett induktivt perspektiv ansågs bäst lämpad för denna studie då studien utgått ifrån att beskriva det studerade innehållet i den insamlade datan och på så vis kan man komma fram till ett resultat. Under kodningen markerades samtliga meningar ut med överstrykningspenna för att sedan klippas ut och läggas under tillhörande huvudkategori och underkategori. Då vissa meningar kunde vara mycket korta förvarades dessa i påsar som märktes med en siffra för att de enkelt skulle kunna sorteras in under rätt huvudkategori samt tillhörande underrubrik.

Svagheterna med denna studie har varit att det ibland har varit svårt att få kontakt med informanterna till studien då de är upptagna i sitt arbete och därför haft begränsad möjlighet till att sitta med i intervjuer. Ytterligare en svaghet som framkommit i efterhand är att vissa av intervjufrågorna kunde ha förtydligats på ett bättre sätt innan intervjuerna genomfördes. Detta märktes tydligast då vissa av informanterna inte förstod frågan då den ibland ansågs vara tvetydig och då krävde ytterligare förtydliganden från intervjupersonen.

Slutsats

Intervjuresultaten tyder på att samtliga respondenter var eniga om att man måste börja med att anpassa behandlingen utifrån barnet eller ungdomens behov och förmåga för att sedan kunna fortsätta resterande behandling. Dock menade samtliga respondenter att stödet och de hälsofrämjande åtgärderna i behandlingen kan variera då det finns olika mycket resurser i de olika länen. Hälften av de deltagande respondenterna menade även på att det kunde behövas förbättringar inom behandlingen, men att dessa inte kunde genomföras då det saknades resurser så som pengar och personal. De mest påverkande faktorerna till fetmaproblematiken enligt respondenterna är arvet och miljön i kombination med varandra. De barn med föräldrar som är överviktiga eller feta löper större risk för att själva bli överviktiga eller feta. Dessa barn ärver även ett ohälsosamt tänk vilket kan påverka deras livssituation. Miljöns påverkan i dessa sammanhang är den ökade tillgängligheten på snabbmat, godis och läsk i kombination med att matbutikerna har öppet allt längre. För att kunna lösa fetmaproblematiken måste flera insatser sättas in på olika plan i samhället. Samhällsinsatserna bör handla om att planera en stad så det finns möjlighet till säkra transportvägar, belysning samt välplanerade lekplatser nära hem och skola.

Till vidare forskning i framtiden kan det vara intressant att studera ytterligare fördjupning inom de bidragande faktorerna samt vad det är i arvet och miljön som påverkar barn och ungdomar mest. För att kunna få svar på detta kan ytterligare intervjuer med den behandlande vårdpersonalen göras.

Källförteckning

Agras, W, Hammer, L, McNicholas, F, & Kraemer, H 2004. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years', *Journal Of Pediatrics*, 145, 1, pp. 20-25, CINAHL, EBSCOhost, viewed 18 May 2015.

http://ac.els-cdn.com/S0022347604002239/1-s2.0-S0022347604002239-main.pdf?_tid=e3e58de8-fd72-11e4-b3fb-00000aab0f01&acdnat=1431963242_9d9e97a4928e81c037f7c4ee59a2931c

Anderson, J, Newby, R, Kehm, R, Barland, P, & Hearst, M 2015, 'Taking Steps Together: A Family- and Community-Based Obesity Intervention for Urban, Multiethnic Children', *Health Education & Behavior*, 42, 2, pp. 194-201, ERIC, EBSCOhost, viewed 22 December 2015.

<http://heb.sagepub.com.webproxy.student.hig.se:2048/content/42/2/194.full.pdf+html>

Bäcklund, C, Sundelin, G, & Larsson, C 2011, 'Effect of a 1-year lifestyle intervention on physical activity in overweight and obese children', *Advances In Physiotherapy*, 13, 3, pp. 87-96, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 27 December 2015.

<http://www.tandfonline-com.webproxy.student.hig.se:2048/doi/pdf/10.3109/14038196.2011.566353>

Castelli, D., Hillman, C., Buck, S., & Erwin, H. 2007. Physical fitness and academic achievement in third- and fifth-grade students. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 29, 239-252.

http://www.researchgate.net/publication/6269226_Physical_fitness_and_academic_achievement_in_3rd_and_5th_grade_students

de Onis, M, Blossner, M, & Borghi, E n.d., 'Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children', *American Journal Of Clinical Nutrition*, 92, 5, pp. 1257-1264, Science Citation Index, EBSCOhost, viewed 31 December 2015.

<http://ajcn.nutrition.org/content/92/5/1257.full.pdf+html>

Folkhälsomyndigheten (2015). Fysisk aktivitet.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/arnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/fysisk-aktivitet/>

Fabricius, S, Holm, F, Mårtensson, R, Nilsson, A & Nystrand, A. (2001). *Biologi- Spektrum. Db grafiska*, Örebro 2006.

Flodmark, C, Marcus, C, & Britton, M n.d., 'Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review', *International Journal Of Obesity*, 30, 4, pp. 579-589, Science Citation Index, EBSCOhost, viewed 1 January 2016.

<http://www.nature.com/ijo/journal/v30/n4/pdf/0803290a.pdf>

Foley, G, & Timonen, V 2015, 'Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences', Health Services Research, vol. 50, no. 4, pp. 1195-1210. Available from: 10.1111/1475-6773.12275. [1 January 2016].

<http://eds.a.ebscohost.com.webproxy.student.hig.se:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=fdd76cf9-7b91-4f6b-88dd-62227f07d8dd%40sessionmgr4005&vid=4&hid=4108>

Graneheim U.H., Lundman B. (2003) Kvalitativ innehållsanalys. Umeå universitet.

<https://www.google.se/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espy=2&ie=UTF-8#q=inneh%C3%A5llsanalys+Graneheim+%26+Lundman%2C+2003>

Healy, G, Wijndaele, K, Owen, N, Dunstan, D, Shaw, J, Zimmet, P, & Salmon, J 2008, 'Objectively measured sedentary time, physical activity, and metabolic risk the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab)', Diabetes Care, 31, 2, p. 369-371, Scopus®, EBSCOhost, viewed 30 December 2015

<http://care.diabetesjournals.org/content/31/2/369.full.pdf+html>

Hsieh, H, & Shannon, S 2005, 'Three approaches to qualitative content analysis', Qualitative Health Research, 15, 9, pp. 1277-1288 12p, CINAHL, EBSCOhost, viewed 2 January 2016.

<http://qhr.sagepub.com.webproxy.student.hig.se:2048/content/15/9/1277.full.pdf+html>

Högskolan i Borås(2015). *Guide till Harvardsystemet*. Biblioteket 8/24/2015 Version 9.3

<http://hb.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A850239&dswid=-351>

Isotalo, K(2013). Sambandet mellan skärmtid och hälsa bland barn och unga - En systematisk litteraturgranskning.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62754/Isotalo_Katarina.pdf?sequence=1

Jackson, S, & Cunningham, S 2015, 'Social Competence and Obesity in Elementary School', American Journal Of Public Health, 105, 1, pp. 153-158, SocINDEX, EBSCOhost, viewed 13 November 2015

<http://eds.b.ebscohost.com.webproxy.student.hig.se:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=9f7159d8-f4b6-4e8e-ba83-a9a6d833a6c9%40sessionmgr113&vid=5&hid=113>

Jansson, A (2012). Övervikt och fetma hos barn. [http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Overvikt-och-fetma-hos-barn/\[151125\]](http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Overvikt-och-fetma-hos-barn/[151125])

Kelley, G, & Kelley, K 2013, 'Effects of exercise in the treatment of overweight and obese children and adolescents: a systematic review of meta-analyses', Journal Of Obesity, 2013, p. 783103, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 6 November 2015.

<http://www.hindawi.com.webproxy.student.hig.se:2048/journals/job/2013/783103/>

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

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21492/r200520overviktblandbarn0504.pdf>

Ling, J, King, K, Speck, B, Kim, S, & Wu, D 2014. 'Preliminary Assessment of a School-Based Healthy Lifestyle Intervention Among Rural Elementary School Children', *Journal Of School Health*, 84, 4, pp. 247-255, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 6 May 2015.
<http://eds.a.ebscohost.com.webproxy.student.hig.se:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=746a805f-3e1e-402b-addc-9dd52f5e5cc9%40sessionmgr4002&hid=4108>

Lynagh, M, Cliff, K, & Morgan, P 2015, 'Attitudes and Beliefs of Nonspecialist and Specialist Trainee Health and Physical Education Teachers Toward Obese Children: Evidence for 'Anti-Fat' Bias', *Journal Of School Health*, 85, 9, pp. 595-603 9p, CINAHL, EBSCOhost, viewed 24 November 2015.
<http://onlinelibrary.wiley.com.webproxy.student.hig.se:2048/doi/10.1111/josh.12287/epdf>

Magee, C, Caputi, P, & Iverson, D 2014, 'Lack of sleep could increase obesity in children and too much television could be partly to blame', *Acta Paediatrica*, 103, 1, pp. e27-e31, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 28 May 2015.
<http://eds.b.ebscohost.com.webproxy.student.hig.se:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=00d7c157-eb13-40c0-adc4-21e01ec51458%40sessionmgr112&vid=6&hid=113>

Malmqvist, J. (2015). Belastningsskada.
<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/belastningsskada>

Martin, C (2011). En liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju.
<https://www.google.se/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=en%20liten%20lathund%20om%20kvalitativ%20metod>

Martinez, E (2014). Fetma.
<http://www.1177.se/Gavleborg/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/> [151125]

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 Paediatrica*, 93, 12, pp. 1588-1595, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 22 December 2015.
<http://eds.b.ebscohost.com.webproxy.student.hig.se:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=fe3409ad-f4f8-4281-81f8-8a31f980e6c2%40sessionmgr113&vid=9&hid=113>

Natale, R, Lopez-Mitnik, G, Uhlhorn, S, Asfour, L, & Messiah, S (2014). 'Effect of a Child Care Center-Based Obesity Prevention Program on Body Mass Index and Nutrition Practices Among Preschool-Aged Children', *Health Promotion Practice*, 15, 5, pp. 695-705, CINAHL, EBSCOhost, viewed 19 May 2015.
<http://hpp.sagepub.com.webproxy.student.hig.se:2048/content/15/5/695.full.pdf+html>

Olsson, H & Sörensen, S (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB

Peirson, L, Fitzpatrick-Lewis, D, Morrison, K, Warren, R, Usman Ali, M, & Raina, P 2015, 'Research: Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis', CMAJ Open, 3, pp. E35-E46, ScienceDirect, EBSCOhost, viewed 5 November 2015.

<http://cmajopen.ca/content/3/1/E35.full.pdf+html>

Rosén, M (2014). Främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdomar.

http://www.sbu.se/upload/SBU_kommenterar/Framjande_fysisk_aktivitet_barn_ungdomar_2014_01.pdf

Rothenberg ,E(2015).Behandling/.

[http://www.varhandboken.se/Texter/Nutrition/Behandlingvardplan/\[151125\]](http://www.varhandboken.se/Texter/Nutrition/Behandlingvardplan/[151125])

Smetanina, N, Albaviciute, E, Babinska, V, Karinauskiene, L, Albertsson-Wikland, K, Petrauskiene, A, & Verkauskiene, R 2015, 'Prevalence of overweight/obesity in relation to dietary habits and lifestyle among 7-17 years old children and adolescents in Lithuania', BMC Public Health, 15, 1, pp. 1-9, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 12 November 2015

<http://eds.a.ebscohost.com.webproxy.student.hig.se:2048/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e101f4ea-dd14-44d8-a8ef-44a57664822b%40sessionmgr4001&vid=6&hid=4108>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2013). Mat vid fetma *En systematisk litteraturöversikt*(Rapportnr: 218). Elanders, 2013

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mat-vid-fetma/>

Statens Folkhälsoinstitut (2013). Barn och unga 2013 – *utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder*. (R 2013:02). Elanders Sverige AB, Mölnlycke, 2013

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf>

Statens Folkhälsoinstitut (2011). FaR- *Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. (R 2011:30). Elanders, Stockholm 2011

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12720/R-2011-30-FaR-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet.pdf>

Statens Folkhälsoinstitut (2010). Folkhälsopolitisk rapport 2010 - *Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. (R 2010:16). Åtta.45 Tryckeri AB, Solna, 2010

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12462/R2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Statens Folkhälsoinstitut (2011). Matvanor och livsmedel - *Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*.(R 2011:23). Davidsons Tryckeri AB, Växjö 2011

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12677/Matvanor-o-livsmedel-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Statens Folkhälsoinstitut (2002). Åtgärder mot fetma - *Nationell inventering av pågående studier/projekt avseende fysisk aktivitet och kost för att förebygga övervikt och fetma*. (Rapport 2002:6). Sandvikens tryckeri.

https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21458/fetma_1_inlaga.pdf

Vetenskapsrådet (u.å). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Elanders Gotab

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Volger, H (2015). Hälsosamma matråd.

<http://www.1177.se/Gavleborg/Tema/Halsa/Mat-och-naring/Halsosamma-matrad/Halsosamma-matrad/> [151226]

Vårdprogram för Uppsala och Örebroregionen (2015). Övervikt och fetma hos barn och ungdomar - *Prevention och behandling*.

<http://www.lul.se/Global/Extran%C3%A4t/V%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdprogram/V%C3%A5rdprogram%20%C3%96vervikt%20och%20fetma%20hos%20barn%20och%20ungdom%20%28rev%202012%29.pdf>

World health organization (u.å.) BMI classification

http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Bilaga 1- Begreppsförklaring

- **Vad är fetma** - Fetma är en vanligt förekommande sjukdom som kan vara kronisk. Den kan uppstå om man äter mer än vad kroppen förbränner.
- **Vad definieras som överviktigt**- Övervikt är när kroppen regelbundet lagrar upp mer fett än vad kroppen förbränner. Om övervikten ökar drabbas man istället av fetma.
- **Vad definieras som kraftig övervikt** – Vid kraftig övervikt sker samma problematik som vid övervikt men gränsen till fetma är mindre.
- **Vad definieras som bra/ dåliga kostvanor** – Bra mat består enligt livsmedelsverket av frukt och grönsaker, fisk och skaldjur, fullkornsprodukter, nyttiga matfetter och magra mejeriprodukter. Det man bör äta mindre av är rött kött och charkprodukter, salt, socker samt alkohol.
- **Vad definieras som ett ohälsosamt beteende** – Det kan exempelvis vara att man väljer att äta så kallad färdigmat
 - **Vad definieras som energität mat** - matfett, grädde och socker som ger mycket energi per viktsenhet.
 - **Vad definieras som fysisk aktivitet** – Fysisk aktivitet förbättrar hälsan utan att förorsaka någon form av skada.
 - **Vad är metabolism** – En process i kroppen olika näringsämnen tas upp och omvandlas eller bryts ner i kroppen och omsätts till energi eller slaggprodukter.
 - **Vad definieras som hormonella förändringar** – Kan vara exempelvis vara puberteten eller klimakteriet
 - **Vad är hormonell reglering** – Är när hormoner som tillförs vid behov exempelvis vid könsutveckling
 - **Vad är insulinresistens** – Att vara insulinresistent innebär att cellernas förmåga att bearbeta insulinet försämras
 - **Vad är genetiskt arv** – Läran om det biologiska arvet, genetiken är den del av biologin som hjälper till att förklara vilken roll arvet spelar när en individ får vissa egenskaper.
 - **Vad är välmående** – Att man är frisk och mår bra
 - **Vad definieras som skärmtid** – Är när man sitter framför någon form av skärm exempelvis TV, dator, mobil eller andra former av skärmar.
 - **Vad definieras som neurologiska och psykosociala störningar** -
 - **Vad är belastningsskador** – Är en symtom som har sitt ursprung i muskler och andra mjukdelar i kroppen och som har ett samband med förstora belastningar.
 - **Vad är sömnapné** - andningsuppehåll under djupsömnen
 - **Vad definieras som induktiv** - Som forskare utgår man inte från någon teori som sedan kan kopplas till hypoteser som där efter testas. Genom iakttagelser och data försöker man sedan komma fram till en förklaring
 - **Vad är hög energikonsumtion** - snabbmat, godis, läsk etc
 - **Vad är snedfördelning av näringsämnena** - Snedfördelning av näringsämnena innebär för mycket fett och kolhydrater i jämförelse med frukt och grön.

- **Vad är empowerment** – Är att den enskilda individen har möjligheter att fatta egna beslut samt ta kontroll över sig själv

Bilaga 2- Missivbrev

Hej mitt namn är Sofia Broberg och jag läser sista terminen på Hälsovetenskapliga programmet på Högskolan i Gävle. Under höstterminen 2015 ska jag skriva mitt examensarbete som ska handla om fetma i åldrarna nio till artonår i dagens samhälle. Syftet med detta examensarbete är att undersöka varför det kommer sig att allt fler barn och ungdomar upp till 18 år är överviktiga i dagens samhälle? Jag vill även beskriva vad som händer när barnen har blivit överviktiga/ feta, vem som gör insatserna och hur de behandlande insatserna ser ut? Inför detta examensarbete har kunskap samlats in genom litteratur och tidigare forskning kring det aktuella ämnet, men har även för avsikt att ta hjälp av arbetsverksamma barnläkare genom intervjuer. Intervjun kommer att bestå av ca 15 frågor med en förhoppning om att tydlig och givande diskussion kommer att uppstå. Längden på intervjun kommer att vara mellan 30-60 min för att inte någon form av stress ska uppstå. Jag hoppas så klart att du har möjlighet att avsätta denna kortare pratstund med mig för att kunna skapa en förståelse och ett förtydligande kring ämnet. Ditt deltagande kommer att behandlas konfidentiellt samt att resultatet endast kommer att användas till detta examensarbete. Om önskemål finns kommer jag att kunna skicka ut det färdigställda resultatet för granskning innan sista granskningen och den slutliga inlämningen. Skulle frågor eller funderingar uppstå är du välkomna att kontakta mig eller min handledare för mer information.

Kontakt information

Sofia Broberg

Mobil: XXXXXXXXXXX

Mail: hbp13sbg@student.hig.se

Handledare

Hans Richter

Mail: hans.richter@hig.se

Bilaga 3- Intervjufrågor

Bakgrundsfrågor

- När ett barn kommer till dig hur ser behandlingsprocessen ut utifrån dig som kliniker? Från början till slut.
- Hur ofta träffar du dina patienter?
- Hur länge har du arbetat? Och varför valde du detta yrke?

Frågeställning nr 1- Vilken är den eller de största bidragande faktorn/ faktorerna till fetma?

- Vad tror du är den största bidragande faktorn/faktorerna till fetma? Arv, miljö?
- Varför tror du att det har blivit ett så pass stort folkhälsoproblem på så kort tid?
- Hur har fetma problematiken sett ut tidigare var det lika vanligt förr utan att problemet belystes eller har det kommit gradvis med samhällets utveckling?
- När kunde man börja se att fetma blev ett folkhälsoproblem? Samt när såg man att även barn drabbades?
- Hur tror du att man på bästa sätt kommer åt femtaproblematiken?

Frågeställning nr 2- Behandling av barn upp till 18 år

- Hur ser tillvägagångssättet ut för att anpassa behandlingen efter barnet/barnen?
- Finns det någon form av behandlingsplan sedan tidigare som du följer ungefär som en ”manual” eller anpassar du behandlingsplan utifrån varje individ?
Om så är fallet hur är den utformad? Om inte hur går man tillväga för att skapa en?
- Vart äger behandlingarna rum? Sker de endast på sjukhuset/kliniken eller kan de även äga rum i hemmet eller skolan?
- Beroende på vart i landet man söker hjälp ser behandlingsfaserna då olika ut eller används samma eller liknande metoder över allt i landet? Om inte varför?
- Vad finns det för skillnader i landet mellan behandlingsfaserna? Varför finns dessa i så fall?
- Tycker du att det nuvarande behandlingskonceptet funderar bra eller bör man ändra på något (i så fall vad)?
- Hur påverkas familjen av barnets behandling? Finns det någon form av stöd för dem? Om inte varför?
- När behandlingen har avslutats gör man då någon form av uppföljning av barnet? Om så är fallet när görs den och under hur lång tid? Om inte, varför?
- Vad finns det för beredskap inför framtiden?
- Ser du någon avgörande skillnad och eller likhet i hur man bör använda för att behandla fetma på ett bra/ lämpligt sätt? Finns det något problem i att dela upp barn och ungdomars behandlingsmetoder?