



**Karolinska  
Institutet**

# **Uppföljning av utvecklingsstudie för riktad prevention av övervikt och fetma hos barn**

Elin Larsson, PhD  
Institutionen för Kvinnors och barns Hälsa  
Karolinska Institutet

April 2016

## Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
1. Bakgrund.....	4
1.1. Introduktion.....	4
1.2. Utvecklingsstudien.....	4
1.3. Uppföljningen.....	5
2. Metod.....	5
2.1. Kvalitativa intervjuer.....	5
2.2. Analys av kvantitativa data.....	6
2.3. Genomgång av studiespecifikt material.....	6
3. Fynd.....	7
3.1. Struktur.....	7
3.1.1. Organisation.....	7
3.1.2. Ledarskap.....	7
3.1.3. Utveckling och innehåll i studien.....	8
3.1.4. Målgrupp.....	9
3.1.5. Hälsovägledarna.....	10
3.1.6. Kostnad för studien.....	10
3.2. Process.....	11
3.2.1. Rekrytering och arbetet på mottagningarna.....	11
3.2.2. Hälsovägledarnas arbetssätt.....	12
3.2.3. Materialet.....	13
3.3. Resultat.....	14
3.3.1. Deltagarna.....	14
3.3.2. Enkät svar.....	19
3.3.3. Kostnad per resultat.....	24
4. Sammanfattande diskussion och slutsatser.....	25
4.1. Struktur.....	25
4.2. Process.....	25
4.3. Resultat.....	26
5. Rekommendationer och förslag för framtida verksamhet.....	27
6. Referenser.....	29
7. Bilagor.....	30

## Sammanfattning

När studien startade hade både svenska och internationella studier visat att prevalensen av övervikt och fetma hos barn ökar. Hos en relativt liten andel av barn och unga är risken kraftigt förhöjd att utveckla övervikt och fetma, t.ex. är risken 10-15 gånger högre hos ett barn med överviktiga föräldrar jämfört med barn till normalviktiga. I Stockholms län är risken att utveckla fetma för barn i socioekonomiskt utsatta områden 2,5 gånger högre jämfört med genomsnittet i länet- och 10 gånger högre jämfört med de geografiska områden där prevalensen är som lägst.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting (SLL) genomför i samarbete med företaget Health Navigator (HN) en interventionsstudie för att utvärdera hur det preventiva arbetet mot övervikt och fetma hos barn kan förstärkas. Studien har det övergripande syftet att utvärdera effekten av ett kliniskt nära utvecklingsarbete där överviktiga/ obesa föräldrar och gravida kvinnor vid sju utvalda barnvårdscentraler (BVC) och barnmorskemottagningar (BMM) får tillgång till specialutbildade hälsovägledare. Interventionen går ut på att hälsovägledarna (HVL) genom föräldrautbildning och motiverande stöd till deltagarna ("coachning") verkar för att familjens beteende kring mat och fysisk aktivitet förändras så att övervikt i familjen försvinner eller förebyggs. Målet från och med studiens början att studera effekten av införandet av riktad prevention i form av HVL genom att i första hand följa två utfall:

- vikt hos gravida kvinnor, föräldrar och barn
- förändring i beteende hos gravida och föräldrar kring mat och fysisk aktivitet.

Syftet med uppföljningen är att följa och bedöma genomförandet av den pågående studien med hälsovägledare- och där så är möjligt, effekterna av studien.

I studien arbetar fyra HVL som kunnat ge stödet på svenska, somaliska, arabiska och spanska. Studien har sedan juni 2013 t.o.m. december 2015 rekryterat 376 deltagare, majoriteten (75 %) rekryterade på BMM. Totalt har 654 personer, enbart kvinnor, visat intresse när de blivit tillfrågade av mottagningspersonalen. Dessa har sedan av HVL tillfrågats om deltagande i studien. Av de 375 rekryterade deltagarna hade vid uppföljningen 174 deltagare (47 %) fortfarande aktivt. För de 202 deltagarna där stödet upphört är de vanligaste rapporterade anledningarna "vill ej delta" (inkl. de som känner att de inte behöver stödet längre) (22 %), "hinner inte" (21 %) och "inte gått att nå" (20 %).

Medellängden i tid i studien är för samtliga rekryterade deltagare 411 dagar. Medelantalet kontakter (besök eller telefonkontakt) är 19 per deltagare. Av de 376 deltagarna har 253 (67 %) deltagare besvarat enkäterna minst en gång.

Tydlig och sammanhållen projektledningen beskrivs av samtliga intervjuade som positiv och som en av interventionens viktigaste delar. Arbetsprocessen kännetecknas av täta kontakter och kontinuitet mellan de olika aktörerna och aktörernas roller beskrivs som tydliga. Projektledaren på HN har varit viktig för att hålla ihop projektet och är också den person som uppdragsgivaren SLL haft kontakt med.

Mottagningspersonal ser positivt på att studien inkluderar föräldrar som har ett BMI över 25, till skillnad från andra initiativ som oftast inkluderar personer med BMI över 30. Dock efterfrågar både mottagningspersonal och hälsovägledarna möjligheten att utvidga inklusionskriterierna för att också inkludera andra grupper som t.ex. de som har

högt BMI och inte är gravida eller de som har äldre barn. De språkgrupper som valts ut är också de grupper som mottagningspersonalen anser har störst behov av motiverande stöd, med viss tveksamhet inför spanska. Personalen är också mycket positiv till att HVL arbetat i samma lokaler som dem då det gjort att erfarenheter utbytt kontinuerligt samt att de också påmints om att rekrytera deltagare till studien. Den enda nackdelen som mottagningspersonalen nämner är att det i vissa lägen varit platsbrist för HVL på mottagningarna. Rekryteringen på BMM beskrivs som enklare jämfört med på BVC eftersom fokus på BMM är på den gravida kvinnan där hon vägs och hennes BMI räknas ut.

Dagbok där mat och fysisk aktivitet registreras är användbart tycker deltagare och HVL eftersom det blir tydligt för deltagarna vad problemen är. Tanken med enkäterna är att de ska användas var tredje månad för att följa utvecklingen i beteenden hos deltagare och barn. Svartalternativen är dock svårtolkade eftersom t.ex. betydelsen av svaren kan betyda olika för olika personer. Enkäterna används också som diskussionsunderlag för beteenden och vanor.

Redan från början av studien beskrevs det som angeläget att kunna mäta effekterna av interventionen och endpoint bestämdes till barnens vikt vid fyraårskontrollen. Detta infaller 2017 för de första barnen och ingår därför inte i denna uppföljning.

Antalet och typen av kontakter mellan deltagare och HVL är individanpassat och både deltagarna och HVL beskriver detta som en betydelsefull del av interventionen då deltagarnas behov ser olika ut. Samtidigt kan ett mönster skönjas med högst kontaktfrekvens första året, där en stor del av kontakterna utgörs av besök. År två minskar deltagarnas kontakter med HVL och andelen telefonkontakter blir högre. Det kan därför diskuteras om interventionstiden kan kortas från den nuvarande på ca fyra år.

HVLs kulturella bakgrund, liknande deltagarnas, har varit av betydelse för HVLs arbete. Verktygen för samtal med deltagare och enkäter för utvärdering bör vara olika verktyg. Icke-mätbara effekter såsom integration, egenmakt etc. är svåra att mäta men kan bedömas vara av betydelse för deltagarna i studien och deras familjer.

# 1. Bakgrund

## 1.1. Introduktion

Både svenska och internationella studier visar att prevalensen av övervikt och fetma hos barn ökar (1-3). En kartläggning av situationen inom Stockholms läns landsting (SLL) visar att uppskattningsvis 20% (70 000) av alla barn och ungdomar i åldern 4 till 18 år har övervikt eller fetma (4). Trots de insatser som redan görs, huvudsakligen samhällsinriktade, saknas idag en positiv trend mot mindre övervikt i gruppen. En relativt liten grupp av alla barn och unga har en kraftigt förhöjd risk att utveckla övervikt och fetma, t.ex. är risken 10-15 gånger högre hos ett barn med överviktiga föräldrar jämfört med barn till normalviktiga (5-8). För barn i socioekonomiskt utsatta områden är risken att utveckla fetma 2,5 gånger högre jämfört med genomsnittet i länet, och 10 gånger högre jämfört med de geografiska områden där prevalensen är som lägst (9).

Övervikt och fetma medför en ökad risk för stigmatisering och psykisk och fysisk ohälsa. För alla åldrar beräknas de totala samhällsekonomiska kostnaderna av övervikt inom SLL till knappt fyra miljarder årligen. De största kostnadsdrivarna är inkomstbortfall på grund av sjukskrivning och för tidig död, samt direkta hälso- och sjukvårdskostnader. Dessa kostnader beräknas på sikt öka. Till detta kommer de livskvalitetsförsämringar som tillstånden leder till för dem som drabbas och deras anhöriga.

En kartläggning som gjorts i förstudier till detta projekt, visar att de lokala preventiva och behandlande arbetssätten skiljer sig mellan lokala barnmorskemottagningar (BMM) och barnavårdscentraler (BVC), att tidig identifiering av riskgrupper sällan sker och att tiden mellan upptäckt av övervikt och behandling ofta är lång.

Det finns evidens för att tidiga, riktade preventiva åtgärder till barn med hög risk att utveckla övervikt och fetma är effektiva.

Viktiga framgångsfaktorer har visat sig vara att:

- tidigt och med tillräcklig precision identifiera riskgrupper
- utforma och leverera interventioner lokalt som leder till tillräckligt omfattande och varaktig beteendeförändring, och
- kunna följa upp resultat kontinuerligt och utan allt för långa ledtider, så att resultat snabbt kan omvandlas till förbättrad behandling för många.

## 1.2. Utvecklingsstudien

Sedan januari 2013 genomför Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) i Stockholms läns landsting i samarbete med företaget Health Navigator (HN), en interventionsstudie för att utvärdera hur det preventiva arbetet mot övervikt och fetma hos barn kan förstärkas. Studien har det övergripande syftet att utvärdera effekten av ett klinisknära utvecklingsarbete där överviktiga eller obesa (BMI >25) föräldrar och gravida kvinnor vid sju utvalda BVC och BMM får tillgång till specialutbildade hälsovägledare (HVL).

HVL ska genom föräldrautbildning och motiverande stöd till föräldrarna ("coachning") öka kunskapen och verka för att familjens beteende kring mat och fysisk aktivitet förändras så att övervikt i familjen försvinner eller förebyggs. Hälsovägledarna kan vara legitimerade sjuksköterskor, dietister eller sjukgymnaster med utbildning i och

arbetserfarenhet av motiverande samtal (MI). HVL bör också ha språk- och kulturkunskaper som passar till olika målgrupper.

Målet med interventionsstudien var att studera effekten av införandet av hälsovägledare som arbetar med riktad prevention genom att i första hand följa två utfall:

- vikt hos gravida kvinnor, föräldrar och barn
- förändring i beteende hos gravida och föräldrar kring mat och fysisk aktivitet.

Interventionen genomförs på sju mottagningar varav fyra barnavårdscentraler och tre barnmorskemottagningar. De medverkande mottagningarna i studien är Husby BVC, Rinkeby BMM, Rinkeby BVC, Mama Mia Kista BMM, Mama Mia Kista BVC, Skärholmen BMM och Skärholmen BVC. Kontrollmottagningarna är Tensta BVC, Spånga-Tensta BMM, Vårby BMM, Vårby BVC och Vårberg BVC.

### 1.3. Uppföljningen

I december 2015 fick Elin Larsson, Inst. För Kvinnors och Barns Hälsa, Karolinska Institutet, uppdraget att göra en extern uppföljning av studien. För att få en bild av studien diskuterades initialt upplägget med ansvariga personer på HSF och på HN. HN tillhandahöll bakgrundsdokument såsom ansökan till etikprövningsnämnden, information från tidigare uppföljningar av projektet samt övrigt projektmaterial. Uppdragsbeskrivningen beslutades av uppdragsgivaren på HSF i samråd med utföraren (bilaga 1).

Syftet med uppföljningen är att följa och bedöma **genomförandet** av den pågående utvecklingsstudien med hälsovägledare som beskrivits i bakgrunden och där så är möjligt, **effekterna** av studien. Samt ge en samlad bild av studien och möjliga förbättringsåtgärder.

Arbetet med uppföljningen inleddes med att undersöka tillgängliga data, samt förslag på ytterligare data som behövde samlas in. Information om barnens vikt vid fyra årskontrollen finns inte tillgänglig eftersom uppföljningstiden är för kort och barnen ännu inte fyllt fyra år. Huvudfokus i uppföljningen har legat på innehållet i studien samt organisationen och genomförandet av den.

Uppföljningen har belyst projektet utifrån: **struktur, process** samt **resultat**, vilket är en vanlig modell vid uppföljning av projekt inom hälso- och sjukvård och en modell som även använts vid bedömning av liknande studier(10).

## 2. Metod

För att förstå interventionens genomförande, organisation samt för att uppskatta eventuella effekter har ett flertal metoder använts såsom kvalitativa intervjuer, analys av tillgänglig kvantitativ data och genomgång av studiespecifikt material. Förutom detta har frågor för förtydligande etc. kontinuerligt ställts i email och per telefon till ansvariga personer på HN och HSF.

### 2.1. Kvalitativa intervjuer

Kvalitativa intervjuer har genomförts från december 2015 till och med mars 2016.

En gruppintervju har genomförts med fyra personer som har varit och/eller är involverade i studien på HN. Enskilda intervjuer har genomförts med hälsovägledare (n=3) (inklusive samordnande hälsovägledare), enhetschefer från BMM/BVC-mottagningar (n=3), HSF (n=2) samt studiedeltagare som talar svenska (n=3).

## **2.2. Analys av kvantitativa data**

Analyser av data tillgängliga i studiespecifikt register, enkätsvar samt data från graviditetsregistret har genomförts.

### 1. Studiespecifikt register:

I studieregistret finns information om alla deltagare som rekryterats till studien och data på deras kontakter med HVL.

Studieregisterdata har analyserats med avseende på:

- antalet deltagare (intresserade, registrerade, fortfarande aktiva)
- deltagarnas ålder
- antalet kontakter över tid, inkl. typ av kontakter med HVL: i) besök, ii) telefonsamtal och iii) telefonsamtal-deltagare ringer,

samt hur ovan fördelas per mottagning och typ av mottagning.

### 2. Enkäter:

Enkätsvar från de fyra enkäterna som använts i studien har analyserats, tre med avseende på beteende gällande mat och fysisk aktivitet för vuxna och barn, samt en gällande "Tilltro till egen förmåga" för vuxna (enkäterna bifogas som bilaga 2).

Analyserna har fokuserat på:

- svarsfrekvenser
- ingångsvärden för de fyra enkäterna
- jämförelse mellan ingångsvärde och sista enkätsvar för frågor gällande mat och fysisk aktivitet för vuxna

### 3. Graviditetsregistret:

Graviditetsregistret har använts för analyser av medelvärde för BMI för de BMM som ingått i studien.

Notera att eftersom graviditetslängd vid inskrivning på BMM inte har registrerats är det svårt att bedöma antalet gravida kvinnor med hög BMI vid inskrivning och på grund av detta har mer detaljerade analyser inte genomförts.

## **2.3. Genomgång av studiespecifikt material**

Material som använts i studien så som utbildningsmaterial för utbildning av hälsovägledare, material som hälsovägledarna använder i arbetet med deltagare samt övrigt tillgängligt material har gått igenom för att bedöma innehållet i studien.

### 3. Fynd

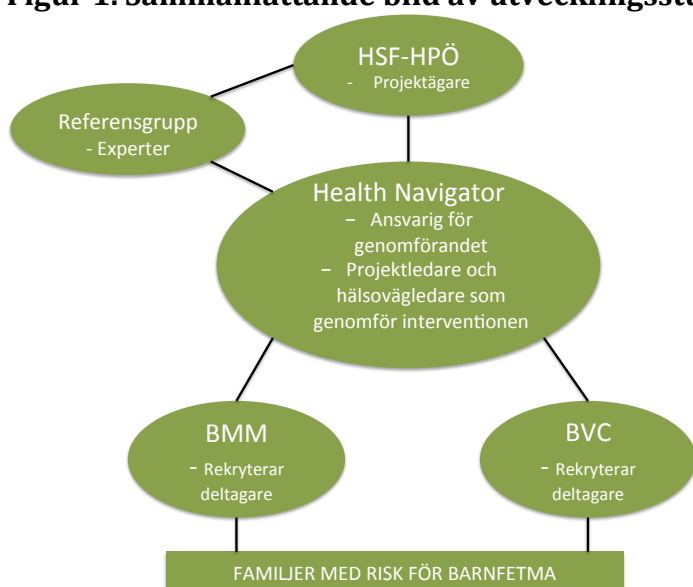
Fynden av uppföljningen presenteras under de tre rubrikerna; **struktur**, **process** och **resultat**.

#### 3.1. Struktur

##### 3.1.1. Organisation

Studien genomförs inom ramen för Stockholms läns landstings Handlingsprogram övervikt och fetma (HPÖ). Företaget Health Navigator har till uppgift att genomföra studien som startade i januari 2013 (första deltagaren rekryterades i maj 2013). Aktörerna är förutom HPÖ vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Health Navigator inkl. hälsovägledare, en referensgrupp samt de sju mottagningarna. Aktörernas relationer illustreras i figur 1.

**Figur 1. Sammanfattande bild av utvecklingsstudiens olika aktörer**



Fotnot: HSF- HPÖ-Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen-Handlingsprogram övervikt och fetma; BMM-barnmorskemottagning; BVC-barnvårdscentral.

Referensgruppen består av experter och dess uppgift har ändrats med studiens gång. Den generella uppfattningen är att referensgruppen genom dess sammansättning av ledande forskare, verksamhetsrepresentanter och beställare har varit ett värdefullt forum att testa idéer och få vägledning kring nyckelfrågor gällande studien.

I början deltog referensgruppen i utformning av interventionen, dess innehåll och studiedesign. Efter studiestart har referensgruppen deltagit i diskussioner om vidareutveckling av interventionen utifrån lärdomar över tid, t.ex. hur kunskap bäst kan överföras från hälsovägledare till mottagningspersonal. Bl.a. har nytt material som en "Sockerplansch" tagits fram. Vid de senare referensgruppsmötena har diskussionerna handlat om långsiktigheten av studien samt hur lärdomar från studien kan användas i framtida arbete med barns övervikt och fetma hos barn.

##### 3.1.2. Ledarskap

Företaget Health Navigator är ansvarigt för genomförandet av studien och det är tydligt att utvecklingsstudiens organisation och ledarskap har fungerat väl. Tydlig och sammanhållen projektledningen beskrivs av samtliga intervjuade som en av



interventionens viktigaste delar. Arbetsprocessen kännetecknas av täta kontakter och kontinuitet mellan de olika aktörerna där aktörernas respektive roller är tydliga.

Projektledaren på HN har varit viktig för att hålla ihop projektet och varit den som ansvarig person på HPÖ haft kontinuerlig kontakt med. Projektledaren på HN har ansvarat för kontakten med hälsovägledarna och med mottagningarna. Kontakten mellan HN och HVL har ändrats över tid, t.ex. har en av HVL fått en gruppleddarroll, något som ytterligare stärkt projektet då det inneburit en tydligare ansvarsfördelning. Gruppledaren fungerar som en länk mellan HVL och HN och ansvarar även för den kontinuerliga kontakten med mottagningarna, för att säkerställa tillgång till lokaler, planering av vilken hälsovägledare som ska vara var när etc.

I tabell 1 sammanfattas de kontakter som regelbundet skett mellan aktörerna under studietiden.

**Tabell 1. Beskrivning av kontakter mellan de olika aktörerna inom projektet**

Aktivitet	Syfte	Aktörer	Frekvens
Möten mellan HVL och projektledning på HN	Fortbildning. Diskutera fall.	Alla HVL och projektledning på HN	Varje vecka
Information på rekryterande mottagningar	Informera om studien, resultat etc. Ta in synpunkter från mottagningarna	Hälsovägledare och mottagningspersonal. Ibland även projektledare från HN samt HSF.	Varannan månad
Arbetsgruppsmöte	Information och vidareutveckling av studien	HSF och HN	En gång/månad
Referensgruppsmöte	Information till referensgrupp och input från referensgrupp	Referensgruppens medlemmar, HSF och HN	Två gånger/år

Fotnot: HN- Health Navigator; HSF- Hälso-och Sjukvårdsförvaltningen; HVL-Hälsovägledare.

### 3.1.3. Utveckling och innehåll i studien

En förstudie genomfördes av Health Navigator under hösten 2012 för att undersöka hur en intervention för att förebygga barnfetma i utsatta grupper skulle kunna se ut. I förstudien genomfördes en litteratursökning och experter intervjuades. Experterna blev sedan del av studiens referensgrupp.

Det ansågs från början viktigt att kunna styra interventionen och att den skulle genomföras som komplement till ordinarie verksamhet på mottagningarna och att studien skulle kunna vidareutvecklas efter hand. Det beslutades därför att studien inte skulle vara en renodlad interventionsstudie utan samtidigt även ett utvecklingsarbete som ska ändras och förbättras med studiens gång. Det redan av HN inledda FoU-arbetet med Vårdcoacher guidade också utvecklingen av studien.

Det beslutades att studien skulle innehålla: ett första fysiskt möte, frekventa kontakter och gemensam problemlösning. För att följa upp studiens resultat valdes barnens vikt vid fyraårskontrollen som slutvärde.

HN har genomfört interventionen och HSFs roll har varit som forskningsledare för interventionen, sakkunskap i folkhälsoarbetet, BVC-, beställar- och kulturkunskap samt kommunikation.

Man ville fokusera på barn med hög risk att utveckla fetma, dvs. det skulle inte vara en intervention för alla. Experterna poängterade vikten av att starta tidigt och eftersom föräldrar med övervikt/fetma är den största riskfaktorn för övervikt/fetma hos barn valde man att fokusera på överviktiga gravida på BMM eller överviktiga föräldrar på BVC. Till en början rekryterades enbart förstföderskor, men detta ändrades till att inkludera också omföderskor. Tanken med interventionen är också att stärka den nuvarande verksamheten på mottagningarna, att överföra kompetens till mottagningspersonalen gällande barnfetma och hur detta kan förebyggas samt testa en ny metod. Inom ramen för ordinarie verksamhet på BMM och BVC hade det upplevts som en svårighet att identifiera och arbeta med barn med risk för/redan feta barn. Mottagningspersonalen uttryckte även att det var särskilt svårt att nå målgruppen utrikesfödda.

Till en början vägdes deltagarna men detta togs bort eftersom det riskerade att ge signaler som att interventionen skulle vara ett viktminskningsprogram. Under hösten 2015 gjordes ett uppehåll gällande nyrekrytering av deltagare eftersom barnen nått en ålder där de hade andra behov, och studien behövde anpassas för att tillgodose detta.

#### **3.1.4. Målgrupp**

Målgruppen för studien är

- föräldrar till barn som är inskrivna vid någon av studiens BVC-mottagningar med ett BMI >25 och ett barn som är mellan fem och 12 månader och
- gravida kvinnor inskrivna på någon av studiens BMM-mottagningar med BMI >25.

Fördelen med BMM och BVC är att många delar lokaler vilket leder till kontinuitet för deltagare som rekryteras på BMM, efter barnet är fött.

Mottagningspersonalen ser positivt på att studien inkluderar föräldrar som har ett BMI över 25, till skillnad från andra initiativ som oftast inkluderar personer med BMI över 30. Personer som inte uppfyller inklusionskriterierna och som hört talas om studien har hört av sig och vill vara med, vilket tyder på att studien har ett gott rykte.

Mottagningspersonalen uttryckte till en början en oro över att det skulle vara känsligt ta upp frågan om vikt men detta blev inte ett problem. Bemötandet har varit positivt och tillfrågade personer är enligt mottagningspersonalen tacksamma. Dock efterfrågar både mottagningspersonal och hälsovägledarna möjligheten att utvidga inklusionskriterierna till att även inkludera de som har högt BMI och som inte är gravida och de som har barn i andra åldrar, eller föräldrar med lågt BMI men med barn med övervikt/fetma.

De språk som HVL talar förutom svenska är också de mest relevanta språken enligt mottagningspersonalen, med viss tveksamhet till spanska.

Mottagningspersonal och till viss del HVL, anser att gravida är mer motiverade att förändra sitt beteende jämfört med föräldrar på BVC. T.ex. nämnde BMM-personal att det runt graviditetsvecka 12 finns ett "fönster" att påverka, d.v.s. en tidsperiod när de flesta kvinnor slutat må illa och innan de hunnit få andra graviditetsrelaterade besvär.

Vissa som erbjuds stödet tackar nej p.g.a. att de har för många andra fysiska, psykiska eller sociala problem.

### **3.1.5. Hälsovägledarna**

Totalt ingår fyra hälsovägledare i studien. Hälsovägledarna ska vara personer med utbildning såsom sjuksköterska, läkare, dietist, nutritionist etc. De ska även ha några års arbetslivserfarenhet, gärna från socioekonomiskt utsatta områden liknande de som studiemottagningarna ligger i. Dessutom ska HVL prata något av språken arabiska, somaliska, engelska och spanska. Att HVL pratar språket framhölls som en central del för att HVL ska lyckas i sitt arbete. För vissa deltagarna som talar somaliska framhölls att det är minst lika viktigt för förtroendet är att personen också känner till den somaliska kulturen. Detta beskrivs å andra sidan inte av den HVL som talar spanska. Hälsovägledarna placeras på mottagningarna efter behov och språkkunskap.

Personalen från HN beskriver hur HVL-rollen har dragit lärdomar från vårdcoach-projektet (och i enlighet med internationellt erkända och väl beprövade metoder för case- och disease management). Den exakta utformningen av HVL-rollen var inte bestämt till en början eftersom studien var ny och metoden inte testad tidigare. Från intervjun med Health Navigator stod det klart förståelsen för vilka kompetenser som HVL bör ha har vuxit fram under studiens gång. Eftersom HVL arbetar ensamma är det viktigt att de kan arbeta självständigt.

I vissa fall kan det vara svårare för en HVL som är barnsjuksköterska eller barnmorska eftersom de är vana att arbeta i sin traditionella roll på den typ av mottagningar som ingår i studien. I andra lägen kan det vara en fördel att känna till verksamheten. Att HVL har olika kompetenser och professioner är en stryka för studien eftersom HVL därigenom kan lära av varandra.

Vid den första rekryteringen fick de fyra hälsovägledarna en utbildning där några av referensgruppens experter deltog. De fick utbildning i bl.a. motiverande samtal eftersom det är en metod de ibland använder i mötet med deltagare. Hälsovägledare som rekryterats senare har fått en kortare utbildning på totalt en vecka-två dagar av Health Navigator, sedan gått bredvid en kollega i tre dagar då den nya personen introduceras i metodik, beslutsstöd, att samla in och sammanställa information, problemlösning samt samtals- och rådgivningsteknik (baserat på evidensbaserad case- och disease management-metoder). Därefter slussas HVL successivt in och arbetar mer självständigt i närvaro av en kollega. En bedömning utifrån ovan är att vad som ingår i utbildningen av HVL behöver dokumenteras tydligare och eventuellt kvalitetssäkras.

### **3.1.6. Kostnad för studien**

Kostnaderna för studien omfattar HSF lönekostnader, kostnader för kommunikationsinsatser, samt projektmedel till HN.

De totala kostnaderna är fördelade som följer:

- totala lönekostnader HSF (hela projekttiden): 1 050 000 kr,
- projektmedel till HN per år:  
2012: 700 000  
2013: 3 500 000

2014: 5 800 000  
2015: 5 800 000

Total kostnad för projektet för åren 2012- 2015 är 16 850 000 SEK.

### 3.2. Process

En viktig del i projektet är dess flexibilitet inom ramen för uppdraget.

#### 3.2.1. Rekrytering och arbetet på mottagningarna

Första kontakten med potentiella deltagare och första steget i rekryteringen har utförts av personal på mottagningarna. Mottagningspersonal har informerat om studien samt frågat om den gravida kvinnan/föräldern vill bli kontaktad av en hälsovägledare. Hur olika personal presenterat studien till potentiella deltagarna har skilt sig åt, en del personal har presenterat det som ett erbjudande medan andra presenterat det mer som att de kommer att bli kontaktade (så länge de inte säger nej). När en potentiell deltagare accepterat att bli kontaktad har mottagningspersonal skrivit ner namn och kontaktuppgifter och sedan har HVL tagit vid. Mottagningspersonalens upplevelse är att de flesta som tillfrågas om att delta i studien uppskattar erbjudandet. Hur deltagarna uppfattar erbjudandet beror mycket på den information de fått från mottagningarna. Ibland har deltagarna en idé om att HVL är dietister, eller att de ska berätta exakt vad deltagarna ska göra.

Mottagningarna var initialt inte enbart positiva till studien då de ansåg att detta arbete borde ligga inom ramen för deras kärnverksamhet, framförallt på BMM. Men detta har förändrats med studiens gång. En positiv aspekt och något som av mottagningspersonalen beskrivits som unikt för studien är att den *inte*, till skillnad från andra studier/projekt, inneburit merarbete för mottagningarna utan tvärtom underlättat och kompletterat deras arbete. Mottagningspersonalen lyfter också fram som positivt den fortbildning de har fått vilket gjort att de själva känner sig mer bekväma att prata om fetma och övervikt. Dessutom har studien fått mottagningspersonalen att agera på andra sätt, t.ex. hade en barnmorska tagit kontakt med den lokala simhallen för att informera sig om aktiviteter för gravida kvinnor. Personal är också mycket positiv till att HVL suttit i samma lokaler som dem då det gjort att erfarenheter utbytts kontinuerligt och informellt samt att de då också påmints om att rekrytera deltagare till studien. Den enda nackdel som de poängterar är att det ibland varit platsbrist och svårt att hitta rum till HVL.

Rekryteringen på BMM beskrivs som enklare jämfört med på BVC eftersom fokus på BMM är på den gravida kvinnan, hon vägs och ett program räknar ut hennes BMI. Rekryteringen av gravida har framförallt skett i tidig graviditet, de som kommer för första gången i vecka 30 eller senare har vanligtvis inte rekryterats. På BVC är det barnet som är i fokus och att börja prata om föräldrarnas vikt är inte alls självklart. På BVC ska föräldrar som "ser överviktiga ut" rekryteras och sedan vägas. Risken är därför att framförallt personer med BMI närmare 30 rekryteras på BVC.

Ett förslag som kom upp i intervjuer med mottagningspersonal var att, för att underlätta rekryteringen framförallt på BVC, informera om studien (på olika språk) i väntrummen, så att potentiella deltagare själva kan ta upp detta med mottagningspersonalen. Denna information är något som studien tagit fram men som inte alltid används.

Mottagningarnas rekrytering av deltagare påverkas av personalomsättningen, om den är hög har färre studiedeltagare rekryterats. Viss otydlighet verkar råda när ny personal ska introduceras på mottagningar och nyanställd personal beskrivs som inte särskilt insatta i studien. Vikarier på mottagningarna introduceras i vissa fall inte till studien och eftersom de inte känner till den rekryterar de inte heller deltagare.

### 3.2.2. Hälsovägledarnas arbetssätt

Hälsovägledarnas arbete består av följande aktiviteter: kontakt med deltagare och dokumentation av kontakten med deltagare, försöker nå deltagare samt veckomöten på HN. Så snart som möjligt efter det att potentiella deltagare identifierats på mottagningarna, kontaktas de av en HVL som berättar om studien. Därefter kallas de som vill till ett första möte på mottagningen där HVL berättar mer om studien och de som väljer att delta skriver på samtycke (bilaga 3).

Vid första mötet går vanligtvis HVL tillsammans med deltagaren igenom enkäten för mat och fysisk aktivitet. Ev. sker detta på andra mötet beroende på deltagaren. Detta verkar skilja sig åt mellan språkgrupperna. När HVL använder enkäten ställer HVL följdfrågor för att undersöka vad deltagaren menar med svaren. HVL menar att när enkäten används tillsammans med deltagaren står det oftast ganska snabbt klart för både HVL och för deltagaren vilka som är deltagarens huvudsakliga problem gällande mat och fysisk aktivitet. Besöken tar ca en timme. Underlaget för HVLS hälsosamtal bifogas (bilaga 4).

Grovt sett delar HVL upp deltagarens problem i kunskap och motivation, i de allra flesta fall är det en blandning av de två men huvudproblemet brukar vara ett. HVL är tydliga med att de ställer öppna frågor för att deltagaren själv ska se och uppmärksamma sina egna beteenden och själv komma fram till vad den vill arbeta med. HVL försöker vägleda deltagaren så att målen är realistiska. HVLS mål är att ha tät kontakt med deltagaren när de just rekryterats, ca 1 gång/vecka för att följa upp målen. För deltagare där kunskap är huvudproblemet kan HVL ha flera fysiska möten i början av studien, och därefter följa upp per telefon. Medan det för andra räcker med ett fysiskt möte som sedan följs upp via telefon. HVL använder sig mer av bilder än text och de anser att studiematerialet fungerar väl för att undersöka vad som är deltagarnas problem. HVL bedömer behovet hos varje deltagare. De beskriver sitt arbete som ett "detektivarbete" där de ska ta reda på vad symtomen står för. Varför är deltagaren trött? Varför sover de inte? Eksem? Relationsproblem? Barnen vaknar? I så fall varför? Äter barnen på natten? osv. Ibland vill deltagarna ha råd om exakt vad de ska göra men då fortsätter HVL att fråga och deltagarna kommer själva på en lösning. Till sin hjälp har HVL ett strukturerat beslutsstöd för att avgöra vilken situation familjen befinner sig i och vilka åtgärder som lämpar sig bäst.

Det stod klart från intervjuer med både deltagare och med hälsovägledare att en nästan lika viktig roll, förutom själva hälsovägledarrollen i hälsovägledarnas arbete, utgjordes av en koordinerande funktion. HVL vittnar om hur de framförallt i det tidiga skedet måste hjälpa deltagarna att komma från till lösningar på problem som står i vägen för att deltagarna ska kunna genomföra förändringar vad gäller mat och fysisk aktivitet. T.ex. söka vård för ryggvärk eller rådgivning för relationsproblem. Många deltagare

känner inte till samhällsfunktioner, var de kan söka vård för olika åkommor eller att de bör gå på uppföljning till BMM efter förlossningen etc. HVL beskriver hur de peppar deltagarna att t.ex. anmäla barnen till aktiviteter, uppmuntrar deltagare att gå på språkcafé på biblioteket etc.

Förutom fysiska möten och telefonsamtal, har HVL även arrangerat butiksvandringar för att visa på bra matvaror, hur innehållsförteckningar ska läsas etc., samt i vissa fall gjort hembesök. När en gravid kvinna fött barn tar studien ett uppehåll. Tidigare var uppehållet i samband med förlossning alltid flera månader men detta har reviderats under hösten 2015 och nu bestäms uppehållets längd från fall till fall. Utöver de enskilda kontakterna med deltagare har det gjorts försök att arrangera gruppträffar men då dök inte deltagarna upp. Trots detta anser HVL och deltagare att det i vissa lägen kan vara en fördel att träffas i grupp. T.ex. för att inte känna sig ensam, att andra befinner sig i samma situation och att de kan ge varandra tips. Deltagare har efterfrågat promenader i grupp.

En annan aktivitet som HVL genomfört är besök på Öppna förskolorna i Husby, Kista, Rinkeby och Skärholmen. Frekvensen har varierat under projektets gång, ibland en gång flera veckor i streck, ibland ca en gång per månad. Totalt uppskattar HN att de haft ca 40 träffar på Öppna förskolor. Mottagningspersonalen är också positiva till träffar på öppna förskolan eftersom deras erfarenhet var att många ur målgruppen uteblir från föräldragrupper på BVC. Dock finns ingen förteckning över vilka som deltagit i träffarna på Öppna förskolorna.

### **3.2.3. Materialet**

Det material som HVL använder: "Samtalsstöd: Underlag för hälsosamtal för hela familjen" har tagits fram av HN och en nutritionist som tidigare arbetade hos HN samt med Ellinor Sundblom (dietist på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLL), Maria Costa Thafvelin och Jenny Sydhoff. Även mottagningspersonal, deltagare och deras familjer och hälsovägledare har fått ge input på materialet. Materialet är baserat på Nordiska näringsrekommendationer samt information från Livsmedelsverket.

Materialet anses av HVL och deltagare vara bra och användbart och innehåller mycket bilder vilket tilltalar målgruppen och gör materialet lättillgängligt. Material som mottagningarna har fått upplevs också som användbart, särskilt sockerplanschen är uppskattad eftersom den uppmärksammas av många besökare och leder till samtal med personalen om socker.

Dagbok där mat och fysisk aktivitet registreras är användbart tycker HVL eftersom det blir tydligt för deltagarna vad problemen är. Dagboken fyller deltagaren i och går sedan igenom vad de skrivit tillsammans med HVL.

Det finns för studien fyra olika enkäter:

1. Kartläggning av vanor kring mat, fysisk aktivitet och återhämtning- vuxna
2. Kartläggning av vanor kring mat, fysisk aktivitet och återhämtning- barn 5-18 månader
3. Kartläggning av vanor kring mat, fysisk aktivitet och återhämtning- barn 19-48 månader

4. Enkät för utvärdering av tilltro till den egna förmågan att anamma och bibehålla hälsosamma vanor för mat och fysisk aktivitet

Tanken med enkäterna är att de ska användas var tredje månad för att följa utvecklingen i beteenden hos deltagare och deras barn. Svartalternativen är dock svårtolkade t.ex. kan betydelsen av svaret "ibland" betyda olika för olika personer. HVL upplever att enkäter är svåransvända, särskilt enkäten som mäter tilltro till den egna förmågan (nr 4 ovan). HVL berättar att fördelen med enkäterna är att deltagarna själva ser var de kan göra förändringar och ser orsaken till övervikt. Enkäterna används också som diskussionsunderlag för deltagarnas vanor. Enkäterna har gjort deltagarna uppmärksamma på frågor som de inte tidigare tänkt på t.ex. gränssättning, varför de äter (inte enbart för att man är hungrig, utan ibland som tröst, belöning).

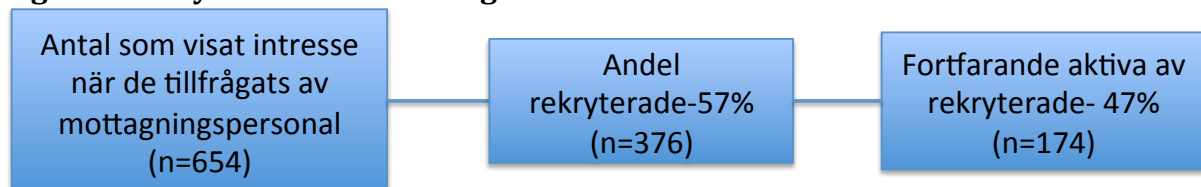
### 3.3. Resultat

#### 3.3.1. Deltagarna

##### Rekrytering av deltagare

Tillgängliga kvantitativa data från starten, maj 2013, till och med januari 2016 har analyserats. Totalt har 654 personer, enbart kvinnor, visat intresse när de blivit tillfrågade av personal på BVC och BMM av vilka 376 (57 %) skrivit på samtycke och rekryterats till studien. Antalet deltagare som har aktivt stöd vid uppföljningen är 174 stycken (47 %)(fig. 2). Detta ger ca 44 aktiva deltagare per HVL. Bland de 202 deltagare som ej längre har aktivt stöd är de vanligaste anledningarna till att stödet upphört "vill ej delta" (inkl. de som känner att de inte behöver stödet längre) 45 deltagare (22 %), "hinner inte" (21 %) och "inte gått att nå" (20 %).

**Figur 2. Rekryterade studiedeltagare**



Betydligt fler deltagare har rekryterats från BMM (75%) jämfört med BVC (25%) och fördelningen av deltagarna med aktivt stöd är 77 % jämfört med 23 % för BMM resp. BVC.

Flest deltagare har rekryterats från Skärholmens BMM och minst antal från Skärholmens BVC. Fördelningen av deltagare per mottagning och typ av mottagning sammanfattas i tabell 2.

**Tabell 2. Fördelningen av rekryterade och aktiva deltagare per mottagning och typ av mottagning**

Mottagning	Antal som visat intresse när de blivit tillfrågats av mottagningspersonal (% av totala antalet)	Antal rekryterade deltagare (% av totala antalet rekryterade)	Antal deltagare med aktivt stöd (% av totala antalet aktiva)
Husby BVC	45 (7 %)	27 (7 %)	15 (9 %)
Mama Mia Kista BMM	162 (25 %)	102 (27 %)	33 (19 %)
Mama Mia Kista BVC	36 (6 %)	23 (6 %)	9 (5 %)
Rinkeby BMM	72 (11 %)	37 (10 %)	18 (10 %)
Rinkeby BVC	52 (8 %)	31 (8 %)	8 (5 %)
Skärholmens BMM	265 (41 %)	142 (38 %)	83 (48 %)
Skärholmens BVC	22 (3 %)	14 (4 %)	8 (5 %)
<b>BMM*</b>	<b>499 (76 %)</b>	<b>281 (75 %)</b>	<b>134 (77 %)</b>
<b>BVC *</b>	<b>155 (24 %)</b>	<b>95 (25 %)</b>	<b>40 (23 %)</b>
<b>Totalt</b>	<b>654</b>	<b>376</b>	<b>174</b>

\*BMM- barnmorskemottagning; BVC- barnvårdscentral

För de flesta mottagningar motsvarar andelen aktiva deltagare andelen rekryterade deltagare, men för vissa skiljer sig detta åt. Exempelvis är andelen rekryterade på Mama Mia Kista BMM 27 %, medan andelen aktiva är 19 %. För Skärholmens BMM är situationen den omvända, 38 % av deltagarna har rekryterats där men andelen av de fortfarande aktiva från samma mottagning är 48 %. Medelåldern bland studiedeltagarna är 31,3 år (min 18, max 50). Medelåldern för BVC-rekryterade deltagare är 31,6 år och 31,1 år för deltagare rekryterade på BMM. Medelåldern för varje mottagning finns i bilaga 5.

När det gäller rekryteringen har mer detaljerade analyser kunnat göras för BMM-mottagningarna eftersom graviditetsregistret har information om totala antalet inskrivna gravida kvinnor. I dessa analyser kan man se att Mama Mia Kista BMM och Skärholmen BMM under studieperioden har ungefär lika många kvinnor inskrivna, men andelen av dessa som visat intresse när de blivit tillfrågade av mottagningspersonal är 15 % respektive 24 % av dessa (tabell 3). Om man ser på medel-BMI på respektive mottagning så hade Mama Mia Kista BMM ett något lägre värde jämfört med Skärholmen, men skillnaden är inte särskilt stor och är troligen inte huvudförklaringen till skillnaden i rekrytering. Dessutom kontaktade Rinkeby BMM 13 % av de gravida kvinnorna, trots att medel-BMI där är högst av de tre BMM. Detta indikerar att rekryteringen på Mama Mia BMM varit bra eller, men mindre sannolikt, att gravida kvinnor på den mottagningen är mer motiverade att delta i studien.

**Tabell 3. Jämförelse av rekrytering på BMM och medel-BMI på BMM**

Mottagning	Totalt antal inskrivna kvinnor på mottagningarna under studieperioden *	Antal som visat intresse när de blivit tillfrågade av mottagningspersonal	Medelvärde BMI*
Mama Mia Kista BMM	1117	162 (15 %)	24,7
Rinkeby BMM	570	72 (13 %)	26,7
Skärholmens BMM	1097	265 (24 %)	25,7

\*Information finns endast tillgänglig för BMM-mottagningar



I tabell 4 presenteras andelen som rekryterats samt andelen som fortfarande har aktivt stöd per mottagning och typ av mottagning. Totalt accepterade 57 % att delta, något högre andel på BVC (61 %) jämfört med BMM (56 %). Av de rekryterade hade totalt 47 % aktivt stöd, 48 % på BMM och 42 % på BVC.

**Tabell 4. Fördelningen av de som visat intresse när de blivit tillfrågade av mottagningspersonal, rekryterade- och aktiva deltagare per mottagning och typ av mottagning**

Mottagning	Antal som visat intresse när de blivit tillfrågade av mottagningspersonal	Antal rekryterade deltagare (% av de som visat intresse när de blivit tillfrågade av mottagningspersonal)	Antal deltagare som har aktivt stöd (% av de som rekryterats)
Husby BVC	45	27 (60 %)	15(56 %)
Mama Mia Kista BMM	162	102 (63 %)	33 (32 %)
Mama Mia Kista BVC	36	23 (64 %)	9 (39 %)
Rinkeby BMM	72	37 (51 %)	18 (49 %)
Rinkeby BVC	52	31 (60 %)	8 (26 %)
Skärholmens BMM	265	142 (54 %)	83 (58 %)
Skärholmens BVC	22	14 (64 %)	8 (57 %)
<b>Alla BMM</b>	<b>499</b>	<b>281 (56 %)</b>	<b>134 (48 %)</b>
<b>Alla BVC</b>	<b>155</b>	<b>95 (61 %)</b>	<b>40 (42 %)</b>
<b>Totalt</b>	<b>654</b>	<b>376 (57 %)</b>	<b>174 (47 %)</b>

### Språk

I tabell 5 nedan presenteras fördelningen av andelen rekryterade och andelen aktiva deltagare per språk som stödet ges på. Av de rekryterade deltagarna får 22 % stödet på arabiska, men av de som fortfarande är aktiva står arabisktalande för 29 %. Andelen som fått stödet på svenska är 51 % av rekryterade och 47 % av de aktiva. Det finns inga tillgängliga data för andelen besökare som talar ett visst språk på mottagningarna eftersom språk inte registreras i mottagningarnas journaler. För de 278 potentiella deltagare som visat intresse när de blivit tillfrågade av personal på BVC och BMM och sedan inte skrivit på samtycket finns inte språk registrerat.

**Tabell 5. Fördelningen per språkgrupp av antal rekryterade deltagare samt deltagare med aktivt stöd**

Språk	Antal rekryterade deltagare av totalt antal rekryterade (%)	Antal deltagare som har aktivt stöd av totalt antal aktiva (%)
Arabiska	81 (22 %)	50 (29 %)
Engelska	12 (3 %)	8 (5 %)
Somaliska	74 (20 %)	26 (15 %)
Spanska	19 (5 %)	9 (5 %)
Svenska	190 (51 %)	81 (47 %)
<b>Totalt</b>	<b>376</b>	<b>174</b>

### Tid i studien

Medellängden i studien är 411 dagar för samtliga deltagare, 498 för de som fortfarande har aktivt stöd och 336 för de som inte längre har aktivt stöd.

I tabell 6 presenteras medellängd i studien per mottagning och språk. Värt att notera är att Mama Mia Kista BMM har den kortaste tiden om 365 dagar och Husby den längsta om 482 dagar.

**Tabell 6. Medellängd i studien per mottagning**

<b>Mottagning/språk</b>	<b>Medeltid i studien (dagar)</b>
Husby BVC (n=27)	482
Mama M Kista BMM (n=101)	365
Mama Mia Kista BVC (n=23)	446
Rinkeby BMM (n=37)	401
Rinkeby BVC (n=31)	441
Skärholmens BMM (n=142)	420
Skärholmens BVC (n=14)	414

### Deltagarnas kontakter med hälsovägledarna

Det totala antalet kontakter med HVL är 7187 för de 376 deltagarna. Av de rekryterade deltagarna hade tre personer totalt en kontakt och 11 deltagare hade totalt två kontakter. Detta motsvarar 4 % av de rekryterade och kan anses vara en låg siffra för "bortfall".

Deltagarnas kontakter med HVL har klassificerats som tre typer av kontakter: besök, telefonsamtal, eller telefonsamtal - deltagare ringer in. Klassificeringen "besök" kan vara möte på HVLs kontor, promenad, butiksvandring eller hembesök etc. Totalt har 25 % av kontakterna utgjorts av besök, 63 % av telefonsamtal och 12 % av telefonsamtal där deltagaren själv ringer in.

I tabell 7 specificeras det totala antalet kontakter, typ av kontakter samt fördelningen per mottagning, typ av mottagning och språk. Telefonsamtal har varit både rådgivning och tidsbokning.

**Tabell 7. Fördelningen av totala antalet kontakter samt typ av kontakt per mottagning och språk\***

Mottagning	Totala antalet kontakter	Antal besök (% av antalet kontakter)	Antal telefonsamtal (% av antalet kontakter)	Antal telefonsamtal-deltagare ringer (% av antalet kontakter)
Husby BVC	<b>610 (8 %)</b>	139 (23 %)	408 (67 %)	63 (10 %)
Mama Mia Kista BMM	<b>1598 (22 %)</b>	483 (30 %)	864 (54 %)	251 (16 %)
Mama Mia Kista BVC	<b>380 (5 %)</b>	125 (32 %)	210 (55 %)	45 (12 %)
Rinkeby BMM	<b>737 (10 %)</b>	148 (20 %)	500 (68 %)	89 (12 %)
Rinkeby BVC	<b>544 (8 %)</b>	140 (26 %)	326 (60 %)	78 (14 %)
Skärholmens BMM	<b>2913 (41 %)</b>	644 (22 %)	1953 (67 %)	316 (11 %)
Skärholmens BVC	<b>405 (6 %)</b>	112 (28 %)	257 (63 %)	36 (9 %)
Arabiska	<b>1603 (22 %)</b>	364 (23 %)	1062 (66 %)	111 (11 %)
Engelska	<b>200 (3 %)</b>	67 (34 %)	116 (58 %)	17 (8 %)
Somaliska	<b>1499 (21 %)</b>	332 (22 %)	959 (64 %)	208 (14 %)
Spanska	<b>359 (5 %)</b>	94 (26 %)	203 (57 %)	62 (17 %)
Svenska	<b>3526 (49 %)</b>	934 (26 %)	2178 (62 %)	414 (12 %)
<b>BMM*</b>	<b>5248 (73 %)</b>	<b>1275 (24 %)</b>	<b>3317 (63 %)</b>	<b>656 (13 %)</b>
<b>BVC *</b>	<b>1939 (27 %)</b>	<b>516 (27 %)</b>	<b>1201 (62 %)</b>	<b>222 (11 %)</b>
<b>Totalt</b>	<b>7187</b>	<b>1791 (25 %)</b>	<b>4518 (63 %)</b>	<b>878 (12 %)</b>

\*Dvs både de som har aktivt stöd idag och de som har avslutat stödet.

När fördelningen av deltagare jämförs med fördelningen av andelen kontakter per mottagning och språk verkar dessa i stort sett motsvara varandra (tabell 8).

**Tabell 8. Jämförelse av fördelningen av deltagare och fördelningen av kontakter per mottagning och språk**

Mottagning/språk	Totala antalet kontakter (%)	Antal rekryterade deltagare av total antal rekryterade (%)	Antal deltagare som har aktivt stöd av totalt antal aktiva (%)
Husby BVC	610 (8 %)	27 (7 %)	15 (9 %)
Mama Mia Kista BMM	1598 (22 %)	102 (27 %)	33 (19 %)
Mama Mia Kista BVC	380 (5 %)	23 (6 %)	9 (5 %)
Rinkeby BMM	737 (10 %)	37 (10 %)	18 (10 %)
Rinkeby BVC	544 (8 %)	31 (8 %)	8 (5 %)
Skärholmens BMM	2913 (41 %)	142 (38 %)	83 (48 %)
Skärholmens BVC	405 (6 %)	14 (4 %)	8 (5 %)
Arabiska	1603 (22 %)	81 (22 %)	50 (29 %)
Engelska	200 (3 %)	12 (3 %)	8 (5 %)
Somaliska	1499 (21 %)	74 (20 %)	26 (15 %)
Spanska	359 (5 %)	19 (5 %)	9 (5 %)
Svenska	3526 (49 %)	190 (51 %)	81 (47 %)
<b>Totalt</b>	<b>7187</b>	<b>376</b>	<b>174</b>

Fördelningen av antalet kontakter över tid är följande: år ett 4927 (69 %), år två- 1958 (27 %) och år tre- 302 (4,4 %). NB. År tre är inte ett fullt år.

I tabell 9 sammanfattas fördelningen av typ av kontakter per år i studien totalt samt per typ av mottagning. Besöken är högst år ett och minskar därefter successivt och ser i stort sett likadant ut för BMM- och BVC-rekryterade deltagare. För information per mottagning se bilaga 6. Antalet kontakter är högst första året och minskar år två. År tre är inte ett fullt år, och antalet kontakter för år tre kan antas likna det för år 2. Typ av kontakter ändras också över tid, större andel av kontakterna är besök under år ett (31 %) jämfört med år två och tre (12 % resp. 10 %)

**Tabell 9. Fördelningen av typ av kontakt över tid från och med rekrytering tom januari 2016 (n=376)**

Mottagning	År 1 (n=376)			År 2 (n=180)			År 3 (7 mån)* (n=46)		
	Besök	Tel	Tel. deltag ringer	Besök	Tel	Tel. deltag ringer	Besök	Tel	Tel. deltag ringer
<b>BVC</b>	32 %	57 %	11 %	14 %	73 %	13 %	12 %	75 %	13 %
<b>BMM</b>	31 %	58 %	11 %	11 %	75 %	14 %	9 %	74 %	17 %
<b>Totalt</b>	31 %	58 %	11 %	12 %	74 %	14 %	10 %	75 %	15 %

\*År tre är enbart sju månader eftersom första rekryteringen gjordes i maj 2013

Medelantalet kontakter är 19 per deltagare (min 1, max 142) för de 376 deltagarna: för deltagare med aktivt stöd antalet kontakter i medel 27 (min 1, max 142), för de som inte har aktivt stöd är antalet 13 kontakter (min 1, max 46). Antal kontakter för respektive typ av mottagning var ungefär densamma, 19 vs. 20 (tabell 10). För medelantalet kontakter per mottagning se bilaga 7.

**Tabell 10. Medelantalet kontakter från och med rekrytering tom uppföljning (n=376)**

Mottagning	Medelantal kontakter hela studieperioden (spridning)	Medelantalet kontakter år 1 (spridning)	Medelantalet kontakter år 2 (spridning)	Medelantalet kontakter år 3 (7 mån)* (spridning)
<b>BVC</b>	20 (2-95)	14 (2-41)	10 (1-51)	8 (1-43)
<b>BMM</b>	19 (1-142)	13 (1-36)	11 (1-92)	6 (1-23)
<b>Totalt</b>	19 (1-142)	13 (1-41)	11 (1-92)	7 (1-43)

\*År tre är inte ett fullt år eftersom första rekryteringen gjordes maj 2013

I intervjuerna med deltagare framkommer behovet av olika typ -och frekvens av stöd från HVL, samt en flexibilitet i detta under tid i studien. Detta är samstämmigt med vad både intervjuer med HVL och kvantitativ data visar. De intervjuade deltagare påpekar också att språk- och kulturkompetensen är viktig, t.ex. kunskap om vilken typ av mat som är vanlig att äta, eller vilken typ av mat eller dryck som ges till barn. Deltagarna beskriver hur de på grund av detta- och inte enbart på grund av att de talar samma språk- känner stort förtroende för HVL.

### 3.3.2. Enkät svar

Totalt har fyra enkäter använts i studien, två för vuxna och två för barn (för detaljerad beskrivning av enkäterna se avsnittet "Process").

Av de 376 deltagarna har 253 (67 %) deltagare besvarat enkäterna minst en gång. Spridningen visar antalet gånger en deltagare besvarat respektive enkät. Betydligt färre deltagare har fyllt i barnenkäterna jämfört med enkäterna för vuxna. I tabell 11 nedan summeras antal svar per typ av enkät. För respektive mottagning se bilaga 8.

**Tabell 11. Svarefrekvens för de fyra olika enkäterna totalt och per typ av mottagning**

Typ av enkät	Vuxna-vanor (antal deltagare, spridning)	Vuxna-tilltro till egen förmåga (antal deltagare, spridning)	Barn- 5-18 mån (antal deltagare, spridning)	Barn- 19-48 mån (antal deltagare, spridning)
<b>BMM</b>	184 (1-6)	156 (1-4)	68 (1-3)	16 (1-2)
<b>BVC</b>	69 (1-4)	58 (1-6)	35 (1-4)	16 (1-3)
<b>Totalt</b>	<b>253 (1-6)</b>	<b>214 (1-4)</b>	<b>103 (1-4)</b>	<b>32 (1-3)</b>

Vid första mätning svarar 65 % att de aldrig tränar varje vecka så de blir svettiga, vid sista uppföljningen är andelen 59 %. Vi första mätningen svarar 40 % att de alltid rör sig minst en timme varje dag, vid sista mätningen är siffran 44 %. I tabell 12 sammanfattas svaren från första och sista svarstillfället.

**Tabell 12. Enkät svar för vanor hos vuxna, mätning vid första och sista mättillfället**

Fråga	Aldrig (%)		Ibland (%)		Vanligtvis (%)		Alltid (%)	
	1a*	Sista*	1a*	Sista*	1a*	Sista*	1a*	Sista*
Det händer att jag tappar kontrollen över mitt ätande	104 (41)	54 (43)	109 (43)	51 (40)	29 (12)	14 (11)	11 (4)	8 (6)
Jag använder sötsaker eller annan mat som belöning	128 (51)	73 (57)	78 (31)	30 (24)	35 (14)	17 (13)	12 (5)	7 (6)
Jag använder sötsaker eller annan mat som tröst	114 (49)	55 (47)	77 (33)	39 (33)	26 (11)	20 (17)	14 (6)	4 (3)
Jag dricker läsk, juice, saft eller andra söta drycker	44 (17)	23 (18)	127 (50)	66 (52)	38 (15)	19 (15)	44 (17)	19 (15)
Jag har svårt att somna	122 (48)	55 (43)	72 (29)	42 (33)	30 (12)	16 (13)	29 (12)	14 (11)
Jag känner mig utvilad	48 (21)	26 (22)	76 (33)	39 (33)	63 (27)	35 (30)	44 (19)	18 (15)
Jag rör mig minst 1 timme varje dag (t.ex. tar trappor istället för hiss, promenerar istället för att åka buss eller bil, leker rörliga lekar med	27 (12)	8 (7)	59 (26)	25 (21)	53 (23)	33 (28)	92 (40)	52 (44)

barn)								
Jag sover oroligt	113 (45)	52 (41)	71 (28)	38 (30)	36 (14)	20 (16)	33 (13)	17 (13)
Jag tränar så att jag blir svettig flera gånger varje vecka	150 (65)	69 (59)	46 (20)	25 (21)	(17 (7)	12 (10)	18 (8)	12 (10)
Jag ägnar <u>mer</u> än 2 timmar av min fritid på TV, mobiltelefon/smart phone, surfplatta eller dator	44 (17)	24 (19)	49 (19)	31 (24)	75 (30)	29 (23)	85 (34)	43 (34)
Jag äter frukt till måltider eller mellanmål	19 (8)	11 (9)	71 (28)	36 (28)	72 (28)	34 (27)	91 (36)	46 (36)
Jag äter färdiglagad eller nästan färdiglagad mat (till exempel snabbmat, hämtmat eller halvfabrikat)	67 (27)	32 (25)	150 (59)	77 (61)	31 (12)	14 (11)	5 (2)	4 (3)
Jag äter glass, kakor, godis eller snacks	24 (10)	11 (9)	133 (58)	72 (61)	49 (21)	18 (15)	25 (11)	17 (14)
Jag äter grönsaker till måltider eller mellanmål	8 (3)	3 (3)	48 (21)	21 (18)	75 (33)	34 (29)	100 (43)	60 (51)
Jag äter måltider ensam	41 (16)	20 (16)	138 (55)	73 (57)	52 (21)	26 (20)	22 (9)	8 (6)
Jag äter på natten (efter kl. 21)	98 (39)	44 (35)	107 (42)	64 (50)	26 (10)	10 (8)	22 (9)	9 (7)
Jag äter på regelbundna tider, minst 3 måltider per dag (frukost, lunch, middag, samt 0-3 mellanmål)	30 (13)	18 (15)	77 (33)	31 (26)	53 (23)	26 (22)	71 (31)	43 (36)
Jag äter samtidigt som jag tittar på TV (till exempel mat, mellanmål, kakor, snacks eller godis)	61 (24)	35 (28)	134 (53)	64 (50)	36 (14)	18 (14)	22 (9)	10 (8)

\* Vissa frågor har endast 231 svarat på eftersom vissa enkätfrågor ändrades i tidigt i studien

En av enkäterna mäter tilltro till den egna förmågan att förändra beteende. Av svaren att döma verkar deltagarna bedöma att hoten till förändrade vanor är trötthet, om en är ledsen eller om en har mycket att göra (tabell 13)

**Tabell 13. Resultat från enkät som mäter tilltro till den egna förmågan beträffande vanor (n=214)**

<b>"Hur säker är du på att du kan hålla dig till hälsosamma mat-och motionsvanor?"</b>				
<b>Jag klarar att hålla mig till hälsosam mat/matvanor...</b>	<b>Mycket osäker (%)</b>	<b>Ganska osäker (%)</b>	<b>Ganska säker (%)</b>	<b>Mycket säker (%)</b>
... även om du behöver försöka flera gånger innan du når målen	9 (4)	35 (17)	112 (52)	58 (27)
... även om du måste se på mat och motion på ett nytt sätt	3 (1)	39 (19)	106 (51)	59 (29)
... även om du måste ändra dina vanor själv utan stöd från familj och vänner	15 (7)	39 (19)	101 (47)	59 (28)
... även om du måste hålla dig till en bestämd plan	7 (3)	39 (18)	104 (49)	64 (30)
... även om du känner dig ledsen och orolig	27 (13)	76 (35)	79 (37)	32 (15)
... även om du är trött	28 (13)	78 (36)	81 (38)	27 (13)
... även om du har många andra saker som behöver göras	18 (8)	79 (37)	8 (42)	28 (13)

Analysen av enkätsvaren för de två enkäterna som rör barn tyder på goda vanor hos barnen i båda åldersgrupperna (tabell 14 och 15). Men eftersom användningen inte varit fullständig kan de svarande tänkas vara de som har relativt goda vanor.

**Tabell 14. Resultat från enkät gällande barn 5-18 mån (n=103)**

<b>Fråga</b>	<b>Aldrig (%)</b>	<b>Ibland (%)</b>	<b>Vanligtvis (%)</b>	<b>Alltid (%)</b>
I vår familj bestämmer barnet (till exempel ändrar mat eller planerad aktivitet om barnet protesterar)	81 (79)	17 (16)	3 (3)	2 (2)
Mitt barn har regelbundna sovrutiner	6 (6)	15 (15)	32 (31)	50 (48)
Mitt barn dricker läsk, juice, saft eller söta drycker	78 (76)	19 (18)	3 (3)	3(3)
Mitt barn har störd eller orolig sömn	41 (40)	37 (36)	10 (10)	15 (14)
Mitt barn tillbringar mer än 1 timme per dag med TV, videospel, mobiltelefon/smartphone, surfplatta och/eller dator	84 (81)	10(10)	3(3)	6 (6)
Mitt barn vistas utomhus varje dag	1 (1)	11 (10)	35 (34)	56 (55)
Mitt barn äter frukt till måltider eller mellanmål	12 (12)	19 (18)	23 (22)	49 (48)
Mitt barn äter glass, kakor, godis eller snacks	76 (74)	23 (22)	1 (1)	3 (3)

Mitt barn äter grönsaker till måltider eller mellanmål	7 (7)	13 (13)	29 (28)	54 (52)
Mitt barn äter måltider tillsammans med resten av familjen	13 (13)	21 (20)	33 (32)	36 (35)
Mitt barn äter samtidigt som barnet tittar på TV (exempelvis mat, mellanmål, kakor, snacks eller godis)	75 (73)	20 (19)	2 (2)	6 (6)
Mitt barn äter smakportioner eller mat till varje måltid	2 (2)	19 (19)	22 (21)	60 (58)
Mitt barn övar sin grovmotorik mer än 1 timme varje dag (till exempel ligger på mage, kryper, klättrar, går)	3 (3)	5 (5)	15 (14)	80 (78)
Mitt barn, 10 månader eller äldre, äter på natten	70 (68)	8 (8)	4 (4)	21 (20)
Vår familj använder sötsaker eller annan mat som belöning (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis om man gör något bra)	81 (79)	14 (13)	3 (3)	5 (5)
Vår familj använder sötsaker eller annan mat som tröst (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis när man gråter eller är ledsen)	74 (72)	23 (22)	3 (3)	3 (3)

**Tabell 15. Resultat från enkät gällande barn 19-48 mån (n=32)**

Fråga	Aldrig (%)	Ibland (%)	Vanligtvis (%)	Alltid (%)
I vår familj bestämmer barnet (till exempel ändrar mat eller planerad aktivitet om barnet protesterar)	24 (75)	7 (22)	0	1 (3)
Jag kan säga nej till mitt barn (till exempel när barnet ber om godis, inte vill gå och lägga sig eller protesterar)	4 (12)	4 (13)	2 (6)	22 (69)
Mitt barn dricker läsk, juice, saft eller söta drycker	10 (31)	17 (53)	4 (13)	1 (3)
Mitt barn går och lägger sig ungefär samma tid varje dag	1 (3)	5 (16)	9 (28)	17 (53)
Mitt barn har störd eller orolig sömn	19 (60)	9 (28)	3 (9)	1 (3)
Mitt barn leker fysiskt aktivt mer än 2 timmar varje dag (till exempel utomhus eller annan lek där barnet inte sitter still)	0	2 (6)	6 (19)	24 (75)
Mitt barn tillbringar mer än 1 timme per dag med TV, videospel, mobiltelefon/smartphone, surfplatta och/eller dator	8 (25)	10 (31)	8 (25)	6 (19)
Mitt barn äter frukt till måltider eller mellanmål	0	3 (9)	7 (22)	22 (69)
Mitt barn äter frukost	0	0	0	32 (100)
Mitt barn äter glass, kakor, godis eller snacks	7 (22)	20 (62)	4 (13)	1 (3)
Mitt barn äter grönsaker till måltider eller mellanmål	2 (6)	1 (3)	14 (44)	15 (47)



Mitt barn äter måltider tillsammans med resten av familjen	0	3 (9)	7(22)	22 (69)
Mitt barn äter på natten	26 (81)	4 (13)	1 (3)	1 (3)
Mitt barn äter samtidigt som barnet tittar på TV (exempelvis mat, mellanmål, kakor, snacks eller godis)	13 (41)	18 (56)	0	1 (3)
Vår familj använder sötsaker eller annan mat som tröst (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis när man gråter eller är ledsen)	25 (78)	3 (9,5)	1 (3)	3 (9,5)
Vår familj använder sötsaker eller annan mat som belöning (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis om man gör något bra)	20 (63)	10 (31)	1 (3)	1 (3)

### 3.3.3. Kostnad per resultat

Totalt har studien kostat **16 850 000 SEK** (för detaljer se "Organisation"). Syftet med denna uträkning är att ge en övergripande bild av kostnaden för att kunna relateras till andra insatser inom HPÖ. Kostnaden som använts i beräkningen nedan är den som är direkt kopplad till HVLS arbete inkl. arbetsledning från HN, totalt **10 040 000 SEK**.

Detta ger:

**26 702 SEK/rekryterad familj** (n=376 deltagare) eller **1397 SEK/kontakt** (n=7187 kontakter).

I dessa beräkningar har inte "effekter" som träffar på Öppna förskolor, kompetenshöjande aktiviteter på mottagningarna etc. tagits med.

## 4. Sammanfattande diskussion och slutsatser

Här kommer fynden från uppföljningen att diskuteras och slutsatser dras. Diskussionen delas på samma sätt som fynden in i: *Struktur, Process och Resultat*. En svårighet för uppföljning är att uppföljningstiden är för kort för att kunna mäta endpoint.

### 4.1. Struktur

Studiens organisation förefaller från början till slut ha varit välfungerande med en tydlig rollfördelning. Detta verkar vara en av framgångsfaktorerna, dvs. tydlighet vad gäller ansvar något som underlättat arbetet för HVL. De möten som skett mellan studiens olika aktörer upplevs som relevanta, ändamålsenliga och ha förekommit med lagom frekvens. Exempelvis är HVLS veckomöten en betydelsefull arena för HVLS kompetenshöjning, samt för HVLS möjlighet att diskutera svåra fall, problem etc. Veckomötena skulle i framtiden kunna stärkas ytterligare och inkludera kompetenshöjning från någon extern expert inom t.ex. i motiverande samtal, mat och fysisk aktivitet.

Under tiden som studien pågått har studiens innehåll och arbetssätt blivit mer tydligt och på sätt och vis "standardiserat" – dock fortfarande flexibelt. Något av en modell har vuxit fram vilket också var syftet med studien. Strukturen skulle eventuellt kunna bli än mer formaliserad. T.ex. vad gäller kontaktfrekvens och milstolpar som alla deltagare genomgår. Detta är i linje med internationella studier där målfokuserat arbete visade sig ha en bättre effekt jämfört med grupputbildning (11).

Inklusionskriterierna i studien, BMI över 25 och de valda språkgrupperna bedöms som relevanta, dvs. de med störst behov är de som omfattas av studien. Dock skulle målgruppen kunna utvidgas och inkludera t.ex. föräldrar med barn äldre än 12 månader. HVLS professionella bakgrund har fungerat väl och deras språkkunskaper och bakgrund i kulturer liknande deltagarnas har varit värdefullt för studien.

HVLS utbildning skulle kunna dokumenteras tydligare och kvalitetssäkra för att säkerställa kompetensen hos HVL.

### 4.2. Process

HVLS arbete på mottagningarna har fungerat väl över lag. Många positiva aspekter har framkommit som att HVLS närvaro på mottagningarna har medfört kompetenshöjning till personalen och att studien gett mottagningarna material som de kan använda sig av. Utbytet mellan HVL och personalen på mottagningarna kan ytterligare förstärkas med ett bredare fokus på övervikt/fetma, mat och fysisk aktivitet, och inte enbart på studien. Detta skulle både HVL och personal skulle kunna ha nytta av.

Mottagningarna har rekryterat i olika stor utsträckning. Stor personalomsättning på vissa av mottagningarna har gjort att de rekryterat i mindre utsträckning. Däremot har rekryteringen på mottagningar med en stabil personalgrupp varit relativt oproblematisk, dock har betydligt fler deltagare rekryterats på BMM jämfört med BVC. Rekryteringen på BVC skulle kunna förbättras genom att tillgängliggöra information om studien i väntrum (material finns redan men har inte alltid använts). Rekryteringen har inte skett på samma sätt på de sju mottagningarna och detta är något som också skulle

kunna förbättras. Introduktion till studien för ny personal på mottagningarna behöver också ses över och standardiseras. Ett förslag skulle kunna vara att ny personal får en kort utbildning om HVLs arbete.

Rollen som HVL beskrivs som en brygga mellan vård och deltagare, något som det uppenbarligen finns stort behov av. HVL har gjort mer för deltagarna än sådant som är direkt kopplat till mat och fysisk aktivitet. HVLs dubbla roller som koordinator och HVL är något som behöver diskuteras och ställning tas till, vad HVL ska och inte ska göra. En risk med nuvarande upplägg är att deltagarna ser HVL som en slags "livscoach" som kan hjälpa dem med allt möjligt. Hur den koordinerande funktionen sett ut under hela studietiden är svårt att avgöra, om den fått en större roll i ett senare skede. En viss koordinering är nödvändig för att kunna genomföra studiens fokus på förändrade vanor.

HVL har arbetat på Öppna förskolan, något som uppskattats men detta skulle behöva utvärderas och syftet med träffarna göras tydligt. Andra arenor där HVL skulle kunna arbeta är t.ex. förskolan.

Användningen av enkäter tycks inte ha fungerat särskilt väl. De fyra enkäterna har upplevts som svårförståeliga av deltagare (och i viss mån bland HVL). Särskilt den enkät som mäter tilltron till den egna förmågan. En möjlig svårighet ligger i att enkäterna har haft två syften, för det första att mäta och för det andra att fungera som ett diskussionsunderlag för att sätta mål för deltagarna. Det kan vara svårt att hitta *ett* instrument som tillgodoser båda dessa syften. Därför skulle arbetet med enkäter kunna förbättras genom att använda mer lättförståeliga enkäter för att mäta effekten av interventionen. Samt en annan typ av diskussionsmaterial i själva stödet till deltagaren.

HVL och deltagare har uppskattat den registrering av mat och fysisk aktivitet som gjorts och dessa dagböcker har varit bra verktyg i arbetet med att förändra vanor.

Övrigt studiematerial har bedömts relevant och bra både från HVL, deltagare och mottagningspersonal.

### **4.3. Resultat**

Studien har under mindre än tre år lyckats rekrytera 376 deltagare eller familjer vilket kan anses vara relativt högt eftersom denna målgrupp vanligtvis är svår för vården att nå. De flesta av dessa har erhållit stödet i mer än ett år. Ett önskemål med studien initialt var att man skulle kunna: "följa upp resultat kontinuerligt och utan allt för långa ledtider, så att resultat snabbt kan omvandlas till förbättrad behandling för många." Flera interimsvärderingar gjorts och arbetet justerats efter resultaten från dessa.

Studietiden för rekryterade deltagare kan som längst vara drygt fyra år innan endpoint kan mätas (dvs. barnens vikt vid fyraårskontrollen). Om det är nödvändigt att ge stödet under en så lång tid kan diskuteras.

Deltagarna i studien är enbart kvinnor och att hitta välfungerande sätt att rekrytera män är önskvärt. T.ex. skulle män kunna rekryteras också på BMM.

Antal personer som tillfrågats men tackat nej till att delta i studien och information om dessa finns inte registrerat.

Med avseende på de analyser som gjorts går det inte att se några stora skillnader beroende på var deltagarna rekryterats eller beroende på språk som interventionen ges på. Eftersom relativt få deltagare får stödet på spanska är det värt att överväga om det är relevant att fortsätta ha spanska som ett av fyra språk som stödet ges på.

Medeltid i studien är 411 dagar. Antalet och typen av kontakter mellan deltagare och HVL har bestämts från deltagare till deltagare men ett tydligt mönster kan ses i att kontaktfrekvensen är högst första året och med en högre andel besök. År två minskar antalet kontakter med HVL samt andelen telefonkontakter blir högre. Detta skulle kunna användas för att göra studiens innehåll mer standardiserat, men samtidigt behålla möjligheten att inom en tydligare struktur, individanpassa stödet.

Det är ca 67 % av deltagarna som besvarat enkäten för vuxna (lägre för de övriga tre enkäterna). Med tanke på att idén var att deltagarna skulle fylla i enkäterna var tredje månad och att enkäterna skulle användas för att följa utvecklingen hos varje individ kan detta anses som relativt lågt.

Svarsalternativen är i vissa fall svårtolkade. Eventuellt hade mer kunnat göras för att säkerställa tillförlitlig data för utvärdering av studiens effekter.

Trots att endpoint inte kan mätas kan studiens innehåll troligen bedömas vara relevant för deltagarna eftersom få deltagare hoppat av studien i ett tidigt skede.

## **5. Rekommendationer och förslag för framtida verksamhet**

Rekommendationerna grundar sig på en samlad bedömning av det som framkommit i uppföljningen och presenteras nedan för HPÖ/HSF att ta ställning till:

- HVLs språkkunskaper och kulturella bakgrund har varit av betydelse för HVLs arbete
- HVLs arbete genomförs troligen bäst om den utförs av en part som inte är en del av BMMs/BVCs ordinarie verksamhet
- Om HVLs arbete ska fortsätta bör rekrytering fortsatt ske på BMM- och BVC-mottagningar i områden med hög andel överviktiga vuxna
- Inklusionskriterierna för deltagare kan möjligen utvidgas och inkludera fler grupper, t.ex. föräldrar med barn äldre än 12 månader, män på BMM, m.fl.
- Registrering av mat- och fysisk aktivitet är betydelsefullt och användbart när deltagarna identifierar sina mål
- Verktygen för samtal med deltagare och enkäter för utvärdering bör vara olika verktyg
- Enkäter bör användas regelbundet. Var tredje månad är kanske för ofta och eventuellt kan deltagarna svara var sjätte månad och därmed eventuellt öka chansen till svar
- Enkäterna skulle kunna förbättras gällande frågornas precision för bättre kunna bedöma effekter
- HVLs utbildning skulle kunna stärkas, utvecklas och kvalitetssäkras
- HVLs roll bör diskuteras gällande hur hantera rollen som koordinator. En viktig roll för HVLs arbete med beteendeförändringar för mat/fysisk aktivitet men även

relevant för andra grupper såsom nyanlända etc. Är detta något som kan utvecklas i samarbete med andra aktörer inom SLL?

- HVL-rollen bör tydligare definieras, vad göra/inte göra vad gäller den koordinerande funktionen, exempelvis hur söka jobb etc.
- HVLs arbete skulle eventuellt kunna standardiseras t.ex. uppföljningstid 1 år, och därefter innehålla kontinuerliga kontakter vid fasta milstolpar t.o.m. barnet fyller fyra år
- Om studien med HVL kan bedömas kostnadseffektiv är svårt att avgöra då endpoint inte kunnat mätas. Att göra en hälsoekonomisk analys kan övervägas.
- För att få en tydligare bild av studiens effekter kan som komplement:
  - index-barnens vikt vid treårs kontroll studeras
  - separat enkät användas på deltagarna (nuvarande BMI hos föräldrarna, detaljerade frågor om matvanor för familjen etc. )
- HVL på andra arenor och i ett mer strukturerat samarbete med andra aktörer såsom Öppna förskolan, förskolan m.fl. kan övervägas
- För att tillvarata aktörernas erfarenheter av- och ett sätt att utveckla studien på skulle kunna vara genom workshop(s)
- Icke-mätbara effekter såsom integration, egenmakt etc. är svåra att mäta men kan bedömas vara av betydelse för deltagarna i studien och deras familjer

## 6. Referenser

1. Kark M, Tynelius R, and Rasmussen F, *Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv*. 2011, Stockholms läns landsting.
2. van den Hurk, K., et al., *Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997*. Arch Dis Child, 2007. **92**(11): p. 992-5.
3. Hedley, A.A., et al., *Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002*. JAMA, 2004. **291**(23): p. 2847-50.
4. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Förstudie för att utvärdera förutsättningar för riktad prevention av övervikt och fetma hos barn*. 2012: opublicerad data.
5. O'Rahilly, S. and I.S. Farooqi, *Genetics of obesity*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 2006. **361**(1471): p. 1095-105.
6. Rasmussen F, *Barn ärver föräldrars fetma och orörlighet*. . 2007, FAS publikation.
7. Danielzik, S., et al., *Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)*. Int J Obes Relat Metab Disord, 2004. **28**(11): p. 1494-502.
8. Padez, C., et al., *Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children*. Acta Paediatr, 2005. **94**(11): p. 1550-7.
9. Stockholms läns landsting, *Barnhälsovård Årsrapport 2011, årg 28*. 2011.
10. Baker, U. and P. Allebeck, *Hälsokommunikatörer i Stockholms län. En utvärdering av projektverksamheten 2010-2011*. 2012, Samhällsmedicinska kliniken, Stockholms Läns Landsting and Avdelningen för Socialmedicin, Karolinska Institutet.
11. Jiryae, N., et al., *Comparing of goal setting strategy with group education method to increase physical activity level: A randomized trial*. J Res Med Sci, 2015. **20**(10): p. 987-93.

## **7. Bilagor**

**Bilaga 1. Uppdragsbeskrivning**

**Bilaga 2. Enkäter som använts i studien**

**Bilaga 3a Samtycke BMM och 3b Samtycke BVC (*OBS separata PDF-filer*)**

**Bilaga 4. Underlag för hälsosamtal (*OBS separat PDF-fil*)**

**Bilaga 5. Medelålder per mottagning**

**Bilaga 6. Kontakter per år per mottagning**

**Bilaga 7. Medelantalet kontakter från och med rekrytering tom uppföljning per mottagning**

**Bilaga 8. Svarsfrekvenser för enkäter per mottagning**

## **Bilaga 1. Uppdragsbeskrivning för uppföljning av interventionsstudie med hälsovägledare**

### Bakgrund:

Både svenska och internationella studier visar att prevalensen av övervikt och fetma hos barn ökar. En kartläggning av situationen inom SLL visar att uppskattningsvis 20 % (70 000 barn och ungdomar) av alla i åldern 4 till 18 år inom Stockholms län har övervikt eller fetma. Trots de insatser som redan görs, huvudsakligen samhällsinriktade, saknas idag en positiv trend mot mindre övervikt i gruppen. En relativt liten grupp av alla barn och unga har en kraftigt förhöjd risk att utveckla övervikt och fetma. Riskerna är 10-15 gånger högre hos ett barn med överviktiga föräldrar jämfört med barn till normalviktiga. För barn i socioekonomiskt utsatta områden är risken att utveckla fetma 2,5 gånger högre jämfört med genomsnittet i länet, och 10 gånger högre jämfört med de geografiska områden där prevalensen är som lägst.

Övervikt och fetma medför en ökad risk för stigmatisering och psykisk och fysisk ohälsa. För alla åldrar beräknas de totala samhällsekonomiska kostnaderna av övervikt inom SLL till knappt fyra miljarder årligen. De största kostnadsdrivarna är inkomstbortfall på grund av sjukskrivning och för tidig död samt direkta hälso- och sjukvårdskostnader. Framöver beräknas dessa kostnader öka. Till detta kommer de livskvalitetsförsämringar som tillstånden leder till för dem som drabbas och deras anhöriga.

Det finns evidens för att tidiga, riktade preventiva åtgärder till barn med hög risk att utveckla övervikt och fetma är effektiva. Viktiga framgångsfaktorer har visat sig vara att:

- (1) tidigt och att med tillräcklig precision identifiera riskgrupper;
- (2) utforma och leverera interventioner lokalt som leder till tillräckligt omfattande och varaktig beteendeförändring; och
- (3) kunna följa upp resultat kontinuerligt och utan allt för långa ledtider, så att resultat snabbt kan omvandlas till förbättrad behandling för många.

HSF genomför i samarbete med företaget Health Navigator en interventionsstudie för att utvärdera hur det preventiva arbetet mot övervikt och fetma hos barn kan förstärkas.

Det övergripande syftet med studien är att utvärdera effekten av ett kliniskt utvecklingsarbete där överviktiga eller obesa föräldrar och gravida kvinnor vid sju utvalda BVC och MVC får tillgång till specialutbildade hälsovägledare. Dessa skall genom föräldrautbildning och motiverande stöd till föräldrarna ("coachning") öka kunskapen hos dem och verka för att familjens beteende kring mat och fysisk aktivitet förändras så att överviktsproblematiken i familjen försvinner eller förebyggs. Hälsovägledarna är legitimerade sjuksköterskor, dietister eller sjukgymnaster med utbildning i och arbetserfarenhet av motiverande samtal (MI). Merparten av dem har också språk- och kulturkunskaper som passar till olika målgrupper i områdena.

Målet med interventionsstudien är att studera effekten av införandet av hälsovägledare som arbetar med riktad prevention genom att i första hand följa två utfall:

- Vikt hos gravida kvinnor, föräldrar och barn
- Förändring i beteende hos gravida och föräldrar kring mat och fysisk aktivitet

### Uppdraget

Syftet med detta uppdrag är att följa och bedöma genomförandet av den pågående interventionsstudien med hälsovägledare och, där så är möjligt, effekterna av interventionen. Mer specifikt ska detta uppdrag belysa följande frågeställningar:

Hur bedrivs verksamheten med hälsovägledare?

Hur ser genomförandeprocessen av projektet ut?



Vilken utbildning har hälsovägledarna fått?  
Hur arbetar hälsovägledarna?  
Antal kontakter/deltagare (medelvärde/månad och spridning) och typ av kontakter  
Vad fungerar bra/mindre bra enligt hälsovägledarna?  
Vad fungerar bra/mindre bra enligt MVC/BVC personalen?  
Vad fungerar bra/mindre bra enligt målgruppen?  
Hur fungerar interventionen i relation till ordinarie verksamhet på MVC/BVC?  
När interventionen den avsedda målgruppen? Är det skillnader i rekrytering av klienter mellan hälsovägledare, MVC/BVC eller vårdcentral - antal? Typ?  
Vad har projektet presterat (volym) och vad har det kostat?  
Vilka mätbara effekter har interventionen haft så långt?  
Kan interventionen ha haft effekter som inte är mätbara nu, men senare eller inte alls (av tekniska skäl)?  
Kan effekterna förväntas vara bestående över tid?  
Kan effekterna förväntas om interventionen erbjuds på annat sätt och i annan kontext?  
Är det skillnader i effekter mellan hälsovägledare, MVC/BVC eller vårdcentral?  
Vilken är den samlade bedömningen av interventionen? Om den förefaller kostnads-effektiv, vilka steg bör tas för att skapa en hållbar implementering på längre sikt?  
Vilka rekommendationer till HSF kan ges för verksamheten?

#### Metod

Information kommer att samlas in genom:

analyser av befintliga kvantitativa data

intervjuer med hälsovägledare

personal hos genomföraren (Health Navigator), inklusive hälsovägledarna  
sjuksköterskor på BVC/MVC där hälsovägledarna arbetar med målgruppen

#### Förväntat resultat

En rapport som utifrån ovanstående frågeställningar beskriver interventionsstudien, dess effekter och de faktorer som varit av betydelse för utfallet. De utmaningar som interventionen ställts och ställs inför skall belysas och en diskussion med rekommendationer för fortsatt handläggning skall inkluderas. Rapporten skall redovisas senast 30 mars 2016.

Projekttid:

**1 december 2015-29 februari 2016**

#### Utförare

Elin Larsson genom avtal med Institutionen för kvinnor och barns hälsa, Karolinska Institutet. Elin Larsson är utbildad forskare från Karolinska Institutet och hennes forskning har nu inriktning på immigranternas hälsa. Hon var tidigare verksam i det s.k. Adlon-projektet i vilket 8 landsting samarbetade för förbättringar av hälsoundersökningar bland nyanlända.

## Bilaga 2. Enkäter

### Kartläggning av vanor kring mat, fysisk aktivitet och återhämtning

#### VUXNA gravida/föräldrar

##### Måltider och matvanor

Jag äter på regelbundna tider, minst 3 måltider per dag (frukost, lunch, middag, samt 0-3 mellanmål)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag äter måltider ensam

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag äter samtidigt som jag tittar på TV (till exempel mat, mellanmål, kakor, snacks eller godis)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag äter på natten (efter kl. 21)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

##### Val av livsmedel och drycker

Jag äter färdiglagad eller nästan färdiglagad mat (till exempel snabbmat, hämtmat eller halvfabrikat)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag dricker läsk, juice, saft eller andra söta drycker

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag äter glass, kakor, godis eller snacks

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag äter grönsaker till måltider eller mellanmål

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag äter frukt till måltider eller mellanmål

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

##### Gränssättning och belöning

Jag använder sötsaker eller annan mat som belöning

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag använder sötsaker eller annan mat som tröst

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Det händer att jag tappar kontrollen över mitt ätande

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

##### Fysisk aktivitet och stillasittande

Jag ägnar mer än 2 timmar av min fritid på TV, mobiltelefon/smartphone, surfplatta eller dator

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag rör mig minst 1 timme varje dag (t.ex. tar trappor istället för hiss, promenerar istället för att åka buss eller bil, leker rörliga lekar med barn)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag tränar så att jag blir svettig flera gånger varje vecka

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Sömn och avkoppling**

Jag har svårt att somna

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag sover oroligt

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag känner mig utvilad

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Kartläggning av vanor kring mat, fysisk aktivitet och återhämtning**

#### **BARN 5-18 månader**

#### **Måltider och matvanor**

Mitt barn äter smakportioner eller mat till varje måltid

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter måltider tillsammans med resten av familjen

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter samtidigt som barnet tittar på TV (exempelvis mat, mellanmål, kakor, snacks eller godis)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn, 10 månader eller äldre, äter på natten

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

#### **Val av livsmedel och drycker**

Mitt barn dricker läsk, juice, saft eller söta drycker

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter glass, kakor, godis eller snacks

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter grönsaker till måltider eller mellanmål

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter frukt till måltider eller mellanmål

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Gränssättning och belöning**

Vår familj använder sötsaker eller annan mat som belöning (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis om man gör något bra)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Vår familj använder sötsaker eller annan mat som tröst (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis när man gråter eller är ledsen)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

I vår familj bestämmer barnet (till exempel ändrar mat eller planerad aktivitet om barnet protesterar)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Fysisk aktivitet och stillasittande**

Mitt barn tillbringar mer än 1 timme per dag med TV, videospel, mobiltelefon/smartphone, surfplatta och/eller dator

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn övar sin grovmotorik mer än 1 timme varje dag (till exempel ligger på mage, kryper, klättrar, går)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn vistas utomhus varje dag

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Sömn och avkoppling**

Mitt barn har regelbundna sovrutiner

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn har störd eller orolig sömn

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### ***Kartläggning av vanor kring mat, fysisk aktivitet och återhämtning***

**BARN 19-48 månader**

### **Måltider och matvanor**

Mitt barn äter frukost (hemma eller på förskolan)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter måltider tillsammans med resten av familjen

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter samtidigt som barnet tittar på TV (exempelvis mat, mellanmål, kakor, snacks eller godis)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter på natten

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Val av livsmedel och drycker**

Mitt barn dricker läsk, juice, saft eller söta drycker

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter glass, kakor, godis eller snacks

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter grönsaker till måltider eller mellanmål

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn äter frukt till måltider eller mellanmål

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Gränssättning och belöning**

Vår familj använder sötsaker eller annan mat som belöning (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis om man gör något bra)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Vår familj använder sötsaker eller annan mat som tröst (till exempel att barnet eller andra familjemedlemmar får godis när man gråter eller är ledsen)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Jag kan säga nej till mitt barn (till exempel när barnet ber om godis, inte vill gå och lägga sig eller protesterar)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

I vår familj bestämmer barnet (till exempel ändrar mat eller planerad aktivitet om barnet protesterar)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Fysisk aktivitet och stillasittande**

Mitt barn tillbringar mer än 1 timme per dag med TV, videospel, mobiltelefon/smartphone, surfplatta och/eller dator

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

Mitt barn leker fysiskt aktivt mer än 2 timmar varje dag (till exempel utomhus eller annan lek där barnet inte sitter still)

Aldrig Ibland Vanligtvis Alltid

### **Sömn och avkoppling**

Mitt barn går och lägger sig ungefär samma tid varje dag

Aldrig                                      Ibland                                      Vanligtvis                                      Alltid

Mitt barn har störd eller orolig sömn

Aldrig                                      Ibland                                      Vanligtvis                                      Alltid

### ***Enkät för utvärdering av tilltro till den egna förmågan att anamma och bibehålla hälsosamma vanor för kost och fysisk aktivitet***

**VUXNA gravida/föräldrar**

#### **Bedömning av Skala**

Svarsalternativen är 1-4 där; (1) mycket osäker, (2) ganska osäker, (3) ganska säker, och (4) mycket säker.

#### **Tilltro till den egna förmågan beträffande matvanor/kost:**

*"Hur säker är du på att du kan hålla dig till hälsosamma mat-och motionsvanor?"*

Jag klarar att hålla mig till hälsosam mat/matvanor...

1. ... även om du behöver försöka flera gånger innan du når målen
2. ... även om du måste se på mat och motion på ett nytt sätt
3. ... även om du måste ändra dina vanor själv utan stöd från familj och vänner
4. ... även om du måste hålla dig till en bestämd plan
5. ... även om du känner dig ledsen och orolig
6. ... även om du är trött
7. ... även om du har många andra saker som behöver göras

**Bilaga 3a. Samtycke BMM och 3b. Samtycke BVC (separat som PDF)**  
**Bilaga 4. Underlag för hälsosamtal (separat som PDF)**

**Bilaga 5. Medelålder av deltagare per mottagning**

<b>Mottagning</b>	<b>Medelålder</b>
Husby BVC	32,7
Mama Mia Kista BMM	31,1
Mama Mia Kista BVC	32,1
Rinkeby BMM	30,9
Rinkeby BVC	30,8
Skärholmens BMM	31,3
Skärholmens BVC	30,6 år

**Bilaga 6. Fördelningen av typ av kontakt över tid från och med rekrytering tom januari 2016 (n=376)**

<b>Deltagare/ mottagning</b>	<b>År 1</b>			<b>År 2</b>			<b>År 3 (7 mån)*</b>		
	<b>Besök</b>	<b>Tel</b>	<b>Tel. deltag ringer</b>	<b>Besök</b>	<b>Tel</b>	<b>Tel. deltag ringer</b>	<b>Besök</b>	<b>Tel</b>	<b>Tel. deltag ringer</b>
Husby BVC	27 %	63%	10%	12%	76%	12%	13%	87%	0
Mama Mia Kista BMM	36%	50%	14%	13%	66%	21%	9%	65%	26%
Mama Mia Kista BVC	40%	48%	11%	11%	76%	13%	12%	71%	17%
Rinkeby BMM	24%	65%	11%	8%	78%	14%	0%	100%	0%
Rinkeby BVC	29%	58%	12%	15%	67%	19%	8%	61%	31%
Skärholmens BMM	29%	61%	10%	11%	77%	12%	9%	78%	13%
Skärholmens BVC	37%	54%	9%	18%	72%	10%	12%	80%	8%

\*År tre är enbart sju månader eftersom första rekryteringen gjordes i maj 2013



### Bilaga 7. Medelantalet kontakter från och med rekrytering tom uppföljning per mottagning

Mottagning	Medelantal kontakter hela studieperioden (medelvärde, spridning)	Medelantalet kontakter år 1 (medelvärde, spridning)	Medelantalet kontakter år 2 (medelvärde spridning)	Medelantalet kontakter år 3 (7 mån)* (medelvärde spridning)
Husby BVC	23 (2-55)	16 (2-29)	8 (1-28)	3(1-5)
Mama Mia Kista BMM	16 (1-72)	12 (1-26)	8 (1-47)	5 (1-11)
Mama Mia Kista BVC	17 (3-42)	12 (3-24)	7 (1-18)	5 (1-13)
Rinkeby BMM	20 (4-51)	15 (4-30)	10 (1-27)	2 (2-2)
Rinkeby BVC	18 (6-40)	14 (6-28)	6 (1-15)	7 (1-12)
Skärholmens BMM	21 (1-142)	12 (1-36)	14 (1-92)	7 (1-23)
Skärholmens BVC	29 (3-95)	16 (3-41)	17 (2-51)	21 (8-43)

\*År tre är enbart sju månader eftersom första rekryteringen gjordes i maj 2013

### Bilaga 8. Svarsfrekvens för de fyra olika enkäterna totalt per mottagning

Typ av enkät	Vuxna-vanor (antal mätpunkter, spridning)	Vuxna-tilltro till egen förmåga (antal mätpunkter, spridning)	Barn- 5-18 mån (antal mätpunkter, spridning)	Barn- 19-48 mån (antal mätpunkter, spridning)
Husby BVC	21 (1-4)	21 (1-4)	10 (1-4)	7 (1-2)
Mama Mia Kista BMM	68 (1-6)	61 (1-4)	30 (1-2)	8 (1-2)
Mama Mia Kista BVC	16 (1-4)	12 (1-3)	12 (1-3)	2 (1-2)
Rinkeby BMM	27 (1-3)	23 (1-2)	10 (1-2)	2 (1-2)
Rinkeby BVC	23 (1-3)	17(1-3)	8 (1-1)	2 (1-1)
Skärholmens BMM	89 (1-5)	72 (1-4)	28 (1-3)	6 (1-1)
Skärholmens BVC	9 (1-4)	8 (1-4)	5 (1-2)	5 (1-3)