

Hur kan man inom mödra- och barnhälsovården stimulera till goda kostvanor?

Elisabet Hagelin

Elisabeth Kylberg

Margaretha Magnusson

Artikeln tar upp hur och varför matinformation bör prioriteras högt inom mödra- och barnhälsovården.

Elisabet Hagelin barnsjuksköterska/distriktssköterska, arbetar som forskningsassistent i projektet "Barnfamiljerna och samhällets service i Uppsala, institutionen för pediatrik, Uppsala

Elisabeth Kylberg nutritionist/Dr med vet arbetar med kostundersökningar på Statens livsmedelsverk och WHO-projekt på Enheten för internationell barnhälsovård, institutionen för pediatrik, Uppsala

Margaretha Magnusson är samordnande sjuksköterska för Barnhälsovården i Uppsala län

Amning och kostvanor idag

Barn amrades i allt mindre omfattning från slutet av 40-talet fram till början av 70-talet. Många faktorer bidrog till denna nedgång i amningsfrekvensen, bl a den ökande lättillgängligheten på modersmjölkersättning, "amningsfientliga" vådrutiner och råd som urholkade amningskunsken. Sedan början av 70-talet har amningstrenden vänt och alltför många kvinnor ammar sina barn, men den senaste statistiken i landet tyder på en viss stagnation (12). Bröstmjölkens unika egenskaper bekräftas ständigt med nya forskningsrön, t ex dess infektionsskyddande egenskaper och skyddet till allergiriskbarn. Allergidebuten mildras/förskjuts genom att barnet ammas åtminstone de första 6 månaderna. Att amma sitt barn är inte bara ett sätt för barnet att få mat och ett sätt att vara tillsammans mor

och barn utan också förebyggande av ohälsa. Det är viktigt att amningen uppmuntras och att mammor får det stöd de så väl behöver. Enligt WHO:s (Världshälsoorganisationens) kod om marknadsföring av modersmjölkersättning uppmannas hälsovårdspersonal att befrämja och värna om amningen (14).

Intresset för barnets mat under det första levnadsåret är stort och de flesta barn får en tillfredsställande kost under detta år. Under andra levnadsåret övergår barnet till familjens kosthåll och familjens kostvanor får stor betydelse för hur barnets matvanor grundläggs (3, 11).

En undersökning om kostvanor hos barn i åldern 4 månader – 2 år visade en enorm variation av såväl måltidsmönster som livsmedelsval. Barnens kostvanor registrerades vid 4, 9, 15 och 24 månaders ålder. De två stora förändringarna i barnens kost var övergången från modersmjölk/modersmjölkersättning till fast föda och övergången från "barnmat" till familjens mat. Båda dessa förändringar är förenade med vissa problem som kräver en individuell rådgivning. Antalet söta mellanmål fördubblades från det att barnet var 15 månader till att det blev 24 månader. Vid 2 års ålder åt vart fjärde barn otillfredsställande. Livsmedelsvalet var torftigt och/eller måltids-

Bröstmjölkens unika egenskaper bekräftas ständigt med nya forskningsrön, t ex dess infektionsskyddande egenskaper och skyddet till allergiriskbarn.

Vid 2 års ålder åt vart fjärde barn otillfredsstäl-
lande.

ordningen hade för få eller för många mål. Föräldrar-
na fick ange vilken informationskälla som låg till
grund för att barnet åt just den mat det åt och som
framgår av tabell 1 minskar BVC:s roll som informa-
tionskälla fram till 2 års ålder och familjens matvanor
får en allt större betydelse. Erfarenheten från äldre
barn var också av stor betydelse och visar på vikten
att nå ut till förstagångsföräldrar. Detta understryker
också behovet av intensifierad kostrådgivning till ny-
blivna föräldrar framförallt under andra levnadsåret
(7).

Tabell 1. Den främsta källan till barnets aktuella
matvanor per åldersgrupp (i %) (Källa (7))

Källa till information	Åldersgrupp			
	4 mån	9 mån	15 mån	24 mån
BVC	22	15	11	8
Barnmatsindustrin	5	8	16	0
Familjens egna matvanor	0	5	24	50
Egen utbildning/yrke	8	8	10	8
Böcker och tidningar	8	15	8	8
Erfarenhet från äldre barn	25	28	18	15
Släktingar, vänner	15	15	5	5
Andra skäl	17	6	8	6
n =	40	40	38	40

En alltmer resurskrävande del inom barnsjukvården
är barn med olika former av ätproblem. I en under-
sökning av hälsoläget i Uppsala län visas att det under
en 10-årsperiod har skett en ökning av barn med
ätproblem som kräver sjukvård. Detta gäller matväg-
rande spädbarn, överviktiga barn samt tonåringar
med anorexi. Dessa problem fordrar såväl medicinsk
som psykosocialt omhändertagande både inom den
slutna och öppna vården. Genom ett gott omhänder-
tagande i primärvården hade framförallt de matväg-
rande spädbarnens problem kunnat uppmärksammas
tidigt och därmed minskat de negativa konsekvenser-
na för barnet och dess familj (16).

Mödra- och barnhälsovårdens roll som kostråd- givare

En av huvuduppgifterna inom mödra- och barnhäl-
sovården, då dessa verksamheter startade i början av
seklet, var att ge vägledning och råd angående den
gravida kvinnans och det späda barnets kost. Brist-
sjukdomar och ensidigt kosthåll var då vanliga pro-
blem framför allt bland barnen. Idag råder inte någon
brist på mat och de kostproblem som förekommer är
relaterade till olämpligt livsmedelsval och otillfreds-
ställande måltidsordning. Dessa problem kan påverka
hälsan negativt på kort men framförallt på lång sikt
(5).

Barnmorskor och sjuksköterskor har spelat en stor
roll som kostinformatörer inom hälso- och sjukvår-
den. De senaste årens utbyggnad av primärvården har
inneburit att personalen har fått allt fler arbetsuppgif-
ter utan att antalet tjänster utökats i motsvarande
omfattning. För barnhälsovården, i framför allt stads-
regioner, har detta fått till följd att de sjukvårdande
uppgifterna har måst prioriteras framför de preven-
tiva. Förhoppningsvis är denna situation övergående
och blir bättre då primärvården byggs ut.

Det preventiva arbetets vikt betonas starkt av
WHO, som har sammanställt och rekommenderar 38
hälsopolitiska delmål för att uppnå målet "Hälsa för
alla år 2000". Ett flertal målsättningar innefattar ar-
bete för att stärka och stimulera befolkningen till sun-
da levnadsvanor. WHO understryker också vikten av
att alla samhällsorgan medverkar i arbetet för att
uppnå en bättre hälsa för befolkningen och poäng-
terar primärvårdens ansvar i detta arbete. Se separat
utdrag av WHO:s olika mål (17).

Såväl föräldrar som personal upplever att de har
otillräckliga kunskaper i kostfrågor. Det är emellertid
inte enbart brist på kunskap hos personalen som gör
att de tycker att det är svårt att diskutera kost. Kost-
området gäller inte bara energi och näringsämnen,
livsmedelsval och måltidsordning utan innefattar

Den som ska ge kostinformation bör vara klar
över sin egen inställning till mat och hälsoupp-
lysningsfrågor.

Några av WHO:s hälsopolitiska mål:

MÅL 14: År 1990 skall alla medlemsländer ha särskilda pro-gram för att stärka familjens och andra gruppers viktiga roll för att utveckla och främja sunda levnadsvanor.

MÅL 15: År 1990 skall alla medlemsländer ha utbildnings-program för att förbättra människors kunskaper, motivation och förmåga att uppnå och bibehålla bästa möjliga hälsa.

MÅL 16: År 1995 skall det i alla medlemsländer kunna ses en klar ökning av positiva och sunda levnadsvanor, såsom en balanserad kost, icke-rökning, allsidig fysisk aktivitet och bra kontroll av stress.

MÅL 22: År 1990 skall alla medlemsländer ha minskat hälso-risker med livsmedelsföroreningar samt skadliga livsmedels-tillsatser.

MÅL 26: År 1990 skall alla medlemsländer ha en hälso- och sjukvårdsorganisation som är baserad på primärvård och stöds av läns- och regionssjukvård, såsom skisserats vid Al-ma-Ata-konferensen.

MÅL 28: År 1990 skall primärvården i alla medlemsländer omfatta ett brett utbud av hälsobefrämjande, behandlande, rehabiliterande och stödjande tjänster för att möta befolkningens basala behov och speciellt rikta uppmärksamhet mot högriskgrupper, kroniskt sjuka samt individer och grupper som har otillfredsställande behov eller är särskilt sårbara.

MÅL 29: År 1990 skall primärvården i alla medlemsländer bygga på lagarbete mellan olika personalgrupper, individer, familjer och grupper i lokalsamhället.

MÅL 30: År 1990 skall alla medlemsländer byggt upp sam-ordningsfunktioner i lokalsamhället för all service som har betydelse för hälsan.

också den enskilda människans sätt att leva och den omgivande kulturen. Sjuksköterskan kan därför lätt känna som om hon kommer med kritik och ger pek-pinnar inom ett känsligt och privat område. Den som ska ge kostinformation bör vara klar över sin egen inställning till mat och hälsoupplysningsfrågor. Bud-skapets utformning och upplysningens innehåll styrs i stor utsträckning av den egna attityden. Hälsovårds-personalens grundinställning bör vara att ge föräld-rarna kunskap så att de får en *möjlighet* att själva göra ett aktivt val. Det är ju inte hälsovårdspersonalen som ska genomföra förändringarna, utan föräldrarna

själva som måste uppleva att en förändring är nöd-vändig. Personalen bör ta vara på blivande och ny-blivna föräldrars ökade motivation att förändra sin kost. Den gravida kvinnan är i den situationen att det hon äter inte bara påverkar hennes eget, men också barnets, välbefinnande. För att personalen skall kun-na ge kostupplysning krävs förutom engagemang och kunskap också en organisation som gör det möjligt att arbeta preventivt med hälsoupplysning.

I en undersökning av barnfamiljernas syn på bla mödra- och barnhälsovårdens service, uppgav 82 % av föräldrarna att det var viktigt/mycket viktigt att få information om kost inom mödrahälsovården men endast 33% av föräldrarna var nöjda/mycket nöjda med den information de fått. Nittio procent av för-äldrarna uppgav att det var viktigt/mycket viktigt att få råd om barnens kost och uppfödning på BVC men endast 37 % var nöjda/mycket nöjda med den givna informationen. I förhållande till de medicinska hälso-undersökande arbetsuppgifterna bedömdes hälsoin-formationen som något mindre viktig. Föräldrarna var också betydligt mer nöjda med den medicinska servicen (8).

Resultat från en undersökning av sjuksköterskor-nas kostrådgivning inom barnhälsovården visade att sjuksköterskorna bedömde amnings- och kostrådgiv-nings som en av de viktigaste delarna i hälsoupplys-ningsarbetet. Endast hälften av sjuksköterskorna gav rutinemässigt kostinformation efter barnets första lev-nadsår. Kostrådgivningen bestod då av kostanamnes samt diskussion om barnets måltidsordning, livsme-delsval, näringsbehov samt måltidens psykiska och sociala betydelse för barnet. De flesta sjuksköterskor gav dock kostinformation vid kostrelaterade pro-blem. Hälften av sjuksköterskorna upplevde den egna kostrådgivningen som otillfredsställande och angav att deras utbildning inte givit dem tillräckliga kunska-per för denna arbetsuppgift. De ansåg sig speciellt dåligt rustade vad gäller kunskaper om andra kultu-

.....
Sjuksköterskorna efterfrågade fortlopande ut-bildning samt tillgång till dietist för att kunna ge kostrådgivning.
.....

Det är också viktigt att ge en riktad och individuellt anpassad kostinformation till dem som behöver eller efterfrågar detta.

rers mat och matvanor. De efterfrågade fortlöpande utbildning samt tillgång till dietist för att kunna ge kostrådgivning (2, 4).

Idag arbetar såväl mödra- som barnhälsovården efter ett av Socialstyrelsen rekommenderat basprogram med regelbundna hälsoundersökningar som kombineras med olika hälsoupplysningsteman, dvs generell information (13). De tätaste baskontakterna för gravida kvinnor är förlagda till graviditetens senare del och för barnet under dess första levnadsår. Det saknas centralt utarbetade riktlinjer för vad en generell kostinformation ska innehålla. Idag är det upp till varje enskild "kostinformatör" vilket budskap som förmedlas. Den *generella kostinformationen* kan ges till alla och förmedla en allmän kunskap om bra livsmedelsval, måltidsordning och näringsbehov vid graviditet och barns olika åldrar. Det är också viktigt att ge en *riktad och individuellt anpassad kostinformation* med konkreta råd och praktiska lösningar till dem som behöver eller efterfrågar detta.

Föräldrautbildning

Riksdagen beslöt 1979 att en allmän föräldrautbildning skulle genomföras och erbjudas alla blivande och nyblivna föräldrar under barnets första levnadsår (15). Det främsta syftet med reformen var att "medverka till att barn och barnfamiljer får en bättre situation i samhället". För att uppnå detta anges tre huvudmålsättningar för föräldrautbildningen: att öka kunskaper, att skapa möjlighet till kontakt och gemenskap och att skapa möjligheter till medvetenhet om och påverkan av samhälleliga förhållanden. I betänkandet anges att man inom såväl mödra- som barnhälsovård bla ska ge ökade kunskaper om kostens betydelse för barnet och att den basinformation som normalt ges skall kunna ingå vid gruppträffarna. Införandet av föräldrautbildningen skulle ske inom de befintliga ramarna och mycket få extraresurser tillkom i samband med detta. I en undersökning om

utbyggnaden av föräldrautbildningen vid MVC och BVC i landet visas att ca 50% av förstagångsföräldrarna deltar i föräldrautbildningen på MVC. Sjuettiofem procent av landets BVC bedrev föräldrautbildning, men speciell statistik över deltagande i föräldragrupper visade att endast ca 30% av spädbarnsföräldrarna deltog i föräldrautbildning (1). Ett flertal undersökningar visar att de flesta föräldrar är positivt inställda till den föräldrautbildning som erbjudits dem och det som uppskattats mest är att få kontakt med andra föräldrar och att få ökade kunskaper om barnet. De föräldrar som inte erbjudits föräldrautbildning efterfrågar en sådan. Många sjuksköterskor anser att de kan ge en utförligare basinformation vid gruppträffar än vad som hinns med vid individuell information. Föräldragrupper skulle kunna vara ett utmärkt forum för att stimulera föräldrar att ge sina barn goda matvanor. Utbyggnaden av primärvården och omorganisationen av barnhälsovården som tidigare nämnts, har dock medfört att föräldrautbildningen har lagts ner på många håll. Detta beror på resursbrist men kan också bero på att distriktssköterskor med ansvar för ett litet barnantal inte kan starta grupper pga för litet barnunderlag.

Vad har prövats och genomförts?

För att möta önskemål från personal om utbildning i kostfrågor har Uppsala läns landsting tagit fram ett studiecirkelmateriel. Materialet vänder sig till personal inom barnhälsovård och barnomsorg. Tanken är att stimulera distriktssköterskor och barnomsorgspersonal att inhämta kunskap och arbeta gemensamt med kostfrågorna. Studiecirkeln tar upp matlagning, livsmedelshantering, matsedelsföreläsningar, näringslära, "gifter" och tillsatser i maten, specialkost, mat från andra kulturer och hur hälsoupplysning ska gå till. Cirkelmaterialet har nu använts i hela Uppland och uppläggningsen har sett olika ut. I vissa cirkel har det endast varit barnhälsovårdspersonal som distrikts-

För att möta önskemål från personal om utbildning i kostfrågor har Uppsala läns landsting tagit fram ett studiecirkelmateriel.

sköterska, läkare och psykolog. På andra ställen har personal från barnomsorg tillsammans med distrikts-sköterskor arbetat igenom materialet. Än har ingen utvärdering gjorts av om materialet hjälpt personalen att förmedla en bra kostinformation. Emellertid tror vi att den bidragit till att öka medvetenheten hos både förskole- och barnhälsovårdspersonalen att mat är viktigt för att barn ska må bra på kort och lång sikt.

På flera ställen i landet, bla Örebro och Uppsala, har barnhälsovården förmedlat matlagningskurser för nyblivna föräldrar. Hushållslärare har lett kurser på dagtid, där föräldrarna lärt sig enklare matlagning. Dessa kurser har fått mycket positivt gensvar. Antalet deltagare beror i hög grad på hur föräldrarna informeras om kursen. För att informera om kursen satte en BVC i Uppsala först upp ett informationsblad på en anslagstavla i väntrummet. Denna informationsmetod gav 2 anmälningar. Då distriktssköterskan inbjöd personligen blev kursen snabbt fulltecknad.

Då det gäller att identifiera riskbarn finns det erfarenhet av arbete med olika kostanamnesformulär. Ett formulär utarbetat i samband med det ovan nämnda studiecirkelmaterialet för personal är tänkt som ett hjälpmedel för sjuksköterskan att diskutera kostfrågor kring måltidsordning och livsmedelsval. Samuelson har utarbetat ett kostanamnesformulär som är tänkt att användas vid screening. Här får föräldrarna själva fylla i hur ofta barnet äter olika livsmedel och hur måltidsordningen ser ut för barnet (6). Sjuksköterskan får då en snabb överblick över barnets matsituation och kan anpassa sin information efter denna.

Hur kan vi gå vidare?

Vi har nu ovan presenterat hur kostinformation ges inom mödra- och barnhälsovården idag. Olika hinder för att bedriva förebyggande information har påvisats. Valet av informationsstrategi är beroende av hur dessa hinder undanröjs och detta måste lösas på en övergripande nivå:

- Tillgången på resurser kommer att ge svar på frågan: Hur mycket tid får verksamheterna till förfogande till det förebyggande arbetet?
- Valet av organisation för framförallt barnhälsovården kommer att ge svar på frågan: På vilket sätt kan det förebyggande arbetet bedrivas?

– Kommer vi att få resurser för att bedriva generell information enligt WHO:s rekommendationer eller kommer resurser att prioriteras endast för speciellt utsatta grupper?

För att få till stånd kunskap, medvetenhet om och en förändring till bra kostvanor bör man rikta in kostinformationen redan i tonåren så att mödra- och barnhälsovården har en grundkunskap att utgå ifrån. I tonåren ökar medvetenheten om den egna kroppen och ofta finns det en motivation att leva sunt.

Nästa milstolpe är familjebildningen – MVC har en viktig uppgift i att fånga upp den gravida kvinnan och diskutera matfrågor, därefter bygger BVC vidare med kunskap och stöd. Förskola och skola har också viktiga uppgifter att förmedla kunskaper och vara positiva föredömen. I förskolan är det viktigt att personalen äter tillsammans med barnen för att skapa goda matvanor. Det är också viktigt att servera maten på ett trevligt sätt, skapa trivsel och glädje samt lugn och ro kring matsituationen. Hur vill vuxna att matmiljön ska vara utformad? Vill vi ha en bullrig miljö och tidspress? Detta borde våra planerare tänka på så att vi får ungdomar med en positiv inställning till mat.

Det är viktigt att hela samhället prioriterar kostfrågan. Alla nivåer måste vara involverade som i "Västerbottenprojektet" och "Hälsomålet". Dessa projekt strävar efter att förändra levnadsvanor och kostvanor för att i "Västerbottenprojektet" minska på förekomsten av hjärt- kärlsjukdomar och i "Hälsomålet" minska på sjuklighet och dödlighet i cancer (9, 10). Båda projekten har också engagerat många olika grupper i hälsoupplysningsarbetet som t ex livsmedelshandeln, livsmedelsproducenter, skolan, tandhälsovården, studieförbund.

När det gäller hälsoupplysning måste man hela tiden pröva nya vägar för att nå ut med budskapet. Från centralt håll pågår ett arbete med att ta fram ett nytt basprogram för barnhälsovården och det är här viktigt att hälsoupplysning får en framträdande roll. I

.....
Det är viktigt att hela samhället prioriterar kostfrågan.
.....

.....

När det gäller hälsouppllysning måste man hela tiden pröva nya vägar för att nå ut med budskapet.

.....

hälsoövervakningsprogrammet ingår både att spåra riskbarn och att arbeta preventivt. Den springande punkten inom mödra- och barnhälsovården är att ge personalen tid att arbeta med kostfrågorna. Prioriterar man inte hälsovård idag får vi sjukvård i morgon.

REFERENSER

1. Bjurgård I, Höjer B, Widlund G, 1989: Dagens hälsopolitik ett hot mot föräldrautbildningen. Läkartidningen vol 86 nr 4 1989, sid 243–46.
2. Hagelin E 1986: Sjuksköterskans kostrådgivning vid barnavårdscentralen. *Pediatricus* nr 1 (16), s 33–35.
3. Hagelin E, Bondestam M, 1985: Kostvanor bland små barn 1–6 år. Bilaga till *Små Nyheter* (1) 1985, sid 3–7.
4. Hagelin E & Ödmark I-S 1985: Sjuksköterskornas kostrådgivning inom barnhälsovården. Explorativ och jämförande studie inom Uppsala läns landsting och Stockholms läns landsting. Uppsala universitet, stencil.
5. Hagman U, Bruce Å, Persson L-Å, Samuelson G, Sjölin S, 1986: Food habits and nutrient intake in childhood in relation to health and socio-economic conditions. *Acta Paediatr Scand*, suppl 328.
6. Holm A-K, Samuelson G 1981: Kostrådgivning inom hälso- och tandhälsovård för barn – förslag till kostanamesformulär. *Läkartidningen*. 78:151–52.
7. Kylberg E, 1986: Diets of healthy Swedish children 4–24 months old. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from Faculty of Medicine* 58, Uppsala, 1986.
8. Lagerberg D, Larsson G 1988: Barnfamiljernas syn på samhällets service. En rapport från projektet "Barnfamiljerna och samhällets service". Institutionen för Pediatrik, Akademiska sjukhuset, 751 85 Uppsala.
9. Lagerman I, 1988: Norsjö – modell för nya lokala satsningar för bättre hälsa. *Dietisten* okt 1988 s 13.
10. Lindvall C, 1989: Hälsomålet – vardagsnära projekt i samarbetets tecken. *Vår Näring* 1 1989 s 10–11.
11. Persson L-Å, 1984: Nutrition and health in infancy and childhood. Umeå University Medical dissertations, Umeå 1984.
12. Samuelson G, 1989: Från fattigdom till överflöd. Kostrådgivning viktig också idag. *Läkartidningen* 86 (4), sid 237–38.
13. Socialstyrelsen, 1979. Mödra- och barnhälsovård. Förslag till principprogram. Socialstyrelsen redovisar 1979:4.
14. Socialstyrelsen, 1983. Marknadsföring av bröstmjölksersättningar. Svensk tillämpning av den internationella koden för marknadsföring av bröstmjölksersättningar. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1983:2.
15. SOU 1978:5 Föräldrautbildning 1. Kring barnets födelse. Betänkande från Barnomsorgsgruppen.
16. Thunström M, Sundelin C 1989: Barnhälsoprofil. En analys av hälsoläget bland barn och ungdom, 0–19 år, i Uppsala län i ett 10- årsperspektiv. Barnhälsovården, Barnmedicinska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.
17. WHO 1988: 38 hälsopolitiska mål för Europaregionen. *Nordisk Medicin* Vol 103:5 1988 s 156–57.