



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# **Att använda pedagogiskt bildmaterial inom barnhälsovården i syfte att förebygga övervikt**

## **– Sjuksköterskors erfarenheter**

**Huvudområde:** *Omvårdnad*  
**Författare:** *Sofia Brattwall-Eilert  
och Emelie Tysk*  
**Handledare:** *Berit Munck*  
**Jönköping 2018**



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# **Tackling child obesity; experiences of promoting health in child health care using educational imagery**

**Main subject:** *nursing*  
**Author:** *Sofia Brattwall-Eilert  
and Emelie Tysk*  
**Supervisor:** *Berit Munck*  
**Jönköping 2018**

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Många barn har övervikt vilket ofta medför övervikt även senare i livet. Det är viktigt att tidigt etablera goda levnadsvanor och barnhälsovården har en viktig roll i detta. *Grunda Sunda Vanor* vill med hjälp av ett bildmaterial hjälpa sjuksköterskorna att främja goda levnadsvanor och möjliggöra att familjen blir mer delaktig i hälsobesöket.

**Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med ett hälsofrämjande pedagogiskt bildmaterial inom barnhälsovården.

**Metod:** Studien utformades som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor. I studien medverkade 15 sjuksköterskor och analysen genomfördes utifrån Graneheim och Lundmans innehållsanalys.

**Resultat:** Tre kategorier identifierades; *materialet ger struktur* då det är ett stöd i sjuksköterskorna hälsofrämjande arbete, *materialet fungerar som ett kommunikationshjälpmedel* då bilderna leder till ökad förståelse samt stimulerar ett neutralt förhållningssätt i relation till familjerna och *materialet gör familjen delaktig* i samtalen kring levnadsvanor genom att skapa en dialog.

**Slutsats:** Materialet fungerade som en checklista och sjuksköterskorna kunde rikta information efter familjens egna behov. Bilderna väckte intresse och involverade familjen i samtalet vilket medförde att samtalet blev enklare. Relationen mellan profession och familj blev mer jämställd, vilket ökade möjligheten att uppnå empowerment.

**Nyckelord:** hälsosamtal, delaktighet, kommunikationshjälpmedel, empowerment

## Summary

**Background:** Children who are overweight are more likely to become overweight or obese as adults. It's therefore important to establish good eating habits early, and the child health care has a significant role to play. *Grunda Sunda Vanor* is an image based tool which helps nurses encourage healthier lifestyles and interaction between families and health professionals.

**Aim:** The objective of the study is to showcase the experience of working with imagery to promote health and manage child obesity within children's health.

**Methodology:** The study was based on qualitative interviews with semi-structured questions. 15 nurses were interviewed and the results were analysed through Graneheim and Lundman's analysis of content.

**Results:** Identified categories within the results were; *structure* as the tool helps nurses to promote health, *communication* since it increases understanding and promotes a neutral approach and *involvement of the family*.

**Conclusion:** The material served as checklist and helped the nurses tailor the information to the needs of individual families. The imagery created curiosity and made the family feel involved. The relationship between the family and the health professionals became more neutral, which increased the opportunity to achieve empowered

**Keywords:** health dialogue, participation, tool of communication, empowerment

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Övervikt hos barn .....	1
Faktorer som påverkar övervikt hos barn .....	2
Barnhälsovårdens roll.....	2
Sjuksköterskors hälsofrämjande arbete .....	3
Sjuksköterskors samtal med barn och föräldrar .....	4
Grunda sunda vanor .....	4
Syfte .....	5
Material och metod.....	5
Design.....	5
Urval .....	5
Datainsamling.....	6
Dataanalys .....	6
Etiska överväganden.....	7
Resultat .....	8
Materialet ger struktur .....	8
Är ett stöd i hälsosamtalet.....	8
Möjlighet göra materialet till sitt eget.....	8
Kan användas som återkoppling.....	9
Materialet fungerar som ett kommunikationshjälpmedel .....	9
Bilderna bidrar till ökad förståelse.....	9
Bilderna är en hjälp vid känsliga frågor.....	10
Materialet gör familjen delaktig .....	10
Skapar en dialog med familjen .....	10
Involverar barnet i samtalet .....	11
Diskussion.....	11
Metoddiskussion .....	11
Resultatdiskussion .....	13
Slutsatser.....	15
Kliniska implikationer .....	15
Referenser .....	16
Bilaga 1. Grunda Sunda Vanor Bildmaterial .....	
Bilaga 2. Minibok.....	
Bilaga 3. Informationsbrev till verksamhetschef .....	
Bilaga 4. Informationsbrev till sjuksköterskor .....	
Bilaga 5. Intervjuguide.....	
Bilaga 6. Samtyckesblankett.....	

# Inledning

Barn i Sverige väger allt mer (Folkhälsomyndigheten, 2016). Bland fyraåringarna i Sverige är 8-14 % överviktiga och 2-3 % lider av fetma. Barn som är överviktiga i förskoleåldern har större benägenhet att vara överviktiga även i vuxen ålder (Evardsson, Evardsson & Hörnsten, 2009). Det är därför av stor betydelse att identifiera barn som är överviktiga innan 5-års ålder för att förhindra långsiktiga problem med övervikt (Evardsson et al., 2009; Water, 2011). Målet med barnhälsovården i Sverige är bland annat att främja barns hälsa och förebygga ohälsa samt tidigt identifiera och påbörja åtgärder vid problem med barns hälsa. Det finns ett generellt behov bland sjuksköterskor att öka sin kompetens i hälsopedagogik, samtals teknik och hälsosamma matvanor (Socialstyrelsen, 2014). I dagsläget erbjuder sjuksköterskorna hälsobesök inom barnhälsovården vid 4 års ålder (Rikshandboken, 2013). Detta samtal har tidigare haft en rådgivande karaktär och barn och föräldrar har fått liten möjlighet att involveras i samtalet (Bohman, Forsberg, Ghaderi & Rasmussen, 2012). Kunskapscentrum för barnhälsovård Skåne och projektet *Grunda Sunda Vanor* har gett ut ett pedagogiskt bildmaterial för att främja goda levnadsvanor, som kan användas vid 4-årsbesöket. Projektet började som en pilotstudie i två kommuner och idag används materialet av cirka 350 sjuksköterskor inom barnhälsovården i södra Sverige. Det är av intresse att studera sjuksköterskornas erfarenheter av materialet för att komma till en slutsats om materialet skall fortsätta implementeras inom barnhälsovården i hela landet.

## Bakgrund

### Övervikt hos barn

För att definiera övervikt används måttet body mass index (BMI). Då detta mått inte ger ett rättvist resultat för barn har Iso-BMI utvecklats. Iso-BMI tar hänsyn till barnets ålder och kön. Vid ett Iso-BMI motsvarande BMI över 25 anses det att ett barn har övervikt, och BMI över 30 definieras som fetma (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Prevalensen av övervikt i världen har ökat bland barn under fem år. Många barn växer idag upp i en miljö som uppmuntrar viktuppgång och övervikt, detta då det skett förändringar av matvanor med mer energität kost samt stor förekomst av reklam för ohälsosam mat. Detta tillsammans med lägre fysisk aktivitet samt ökad skärmtid har lett till en ökning av övervikt bland barn (WHO, 2016). Även i Sverige ses en ökning av övervikt bland barn (Petersen, Brulin & Bergström, 2003). Övervikt och fetma är ett folkhälsoproblem och en riskfaktor för att utveckla sjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2017). Bland annat ses koppling mellan övervikt hos barn och diabetes typ 1 (Censin et al., 2017). Det ses även ett samband mellan övervikt bland barn och nedsatt självförtroende, lägre livskvalitet samt psykisk sjukdom, som exempelvis depression (Rankin et al., 2016). Det är viktigt att upptäcka övervikt tidigt i livet. Detta för att barn som har övervikt har stor risk att behålla sin övervikt även senare i livet, samt för att motverka eventuella framtida fysiska och psykosociala problem (Evardsson et al., 2009).

Synen på övervikt bland barn har förändrats de senaste åren (Isma, Bramhagen, Ahlström, Östman, & Dykes, 2012). Fler barn är överviktiga, vilket medför att de barn som är överviktiga inte längre uppmärksammas på samma sätt och de som är normalviktiga ses som smala. Det svenska samhället har på så sätt accepterat och anpassat sig till de nya normerna. Sjuksköterskor inom barnhälsovården upplever att övervikt bland barn är ett ofta negligerat problem och övervikten tas inte på allvar av föräldrarna. Vissa föräldrar är medvetna om barnets övervikt, men upplever det inte som ett problem utan tänker att det kommer att lösa

sig med tiden (ibid). Barn som är överviktiga blir ofta stigmatiserade och utsätts i större utsträckning för att bli retade av andra barn och mobbning. Detta kan leda till emotionella problem och sämre psykiskt välmående (Rankin et al., 2016). Utseendet kan upplevas som ett större problem än hälsan. Rädsla för att bli utsatt för mobbning gör i större utsträckning att föräldrar söker hjälp för övervikt än rädsla för att övervikten har betydelse för barnets hälsa (Isma et al., 2012).

## **Faktorer som påverkar övervikt hos barn**

Barn till föräldrarna med övervikt har en större risk att själva utveckla övervikt än om föräldrarna är normalviktiga (Donkor et al., 2017; Lindkvist, Ivarsson, Silfverdal & Eurenus, 2015; Mangrio, Lindström & Rosvall, 2010). Föräldrarnas ekonomi och utbildning har även visat sig vara av betydelse. Barn till föräldrar med lägre utbildning har visat sig i större utsträckning vara överviktiga (Donkor et al., 2017; Isma et al., 2012). Ekonomin har betydelse både när det gäller vilken mat föräldrarna ger sina barn, men även om de har möjlighet att låta dem medverka i olika typer av aktiviteter på fritiden (Isma et al., 2012). Barn från familjer med låg socioekonomisk status har dock visat sig vara mindre stillasittande och mer fysiskt aktiva. Trots detta är barnen i dessa familjer till större del överviktiga, än barn från familjer med högre socioekonomisk status (Beckvid Henriksson, Franzén, Elinder, & Nyberg, 2016). Sambandet mellan övervikt bland barn och sociodemografiska samt beteendefaktorer visar på att miljöfaktorerna är viktiga och har betydelse för att hitta förebyggande åtgärder mot barns övervikt (Donkor et al., 2017). I en annan studie återfinns däremot inget samband mellan sociodemografiska faktorer och barns övervikt (Lindkvist et al., 2015).

## **Barnhälsovårdens roll**

Målet med barnhälsovården i Sverige är att möjliggöra att alla barn erbjuds förutsättningar för att uppnå fysisk, psykisk och social hälsa. Detta ska ske genom att tidigt identifiera och hitta åtgärder ifall ett barn har problem kring utveckling, hälsa eller uppväxtmiljö. Det är viktigt att främja barns hälsa och förebygga ohälsa. Sjuksköterskor inom barnhälsovården möter i stort sett alla föräldrar och barn i Sverige. Barnhälsovården som bedrivs är kostnadsfri och samtliga barn erbjuds ett grundläggande barnhälsovårdsprogram. Utöver detta är somliga familjer i behov av kompletterande insatser som exempelvis extra stöd eller återkommande samtal och rådgivning. Sjuksköterskan har en viktig uppgift, att med respekt för föräldrarnas värderingar och erfarenheter, hjälpa och vägleda familjerna för att barnet ska uppnå god hälsa och utveckling. En betydelsefull del av hälsobesök inom barnhälsovård är att främja hälsa. Det är eftersträvansvärt att varje ordinarie hälsobesök inom barnhälsovården innefattar ett åldersanpassat samtal kring goda matvanor och fysisk aktivitet. Syftet med samtalen är att föräldrarna ska få kunskap och olika verktyg för att hela familjen ska uppnå goda levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2014). Det har däremot visat sig att matvanor och fysisk aktivitet får ett litet utrymme i besöken inom barnhälsovården (Bohman et al., 2012).

Syftet med att följa tillväxten är att kunna uppmärksamma avvikelser från den förväntade utvecklingen och därefter finna orsaken och sedan ta ställning till eventuella vidare åtgärder (Socialstyrelsen, 2014). Barnets tillväxt följs med täta besök det första levnadsåret och glesas sedan ut och genomförs sedan med cirka ett års mellanrum (Rikshandboken, 2016). Tillväxtkurvan anses vara ett bra verktyg att utgå ifrån för att inleda ett samtal om barnets övervikt. Eftersom tillväxtkurvan visar på konkreta fakta och inte sjuksköterskornas personliga åsikt kan det medföra att samtalet upplevs enklare att initiera av sjuksköterskorna. Tillväxtkurvan hjälper även föräldrarna få en tydlig bild och inse problemet med barnets övervikt (Edvardsson et al., 2009; Socialstyrelsen, 2014).

Barnhälsovården erbjuder insatser för att upptäcka tidiga tecken på övervikt och erbjuder samtal kring hälsosamma levnadsvanor. Trots denna strategi ökar problemen med övervikt hos barn dramatiskt (Lindhe Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2009). Att arbeta utifrån barnet och dess familj är ett viktigt perspektiv. Barnets hälsa, utveckling, jämlikhet, etik och genus är centrala begrepp samt att arbeta i linje med barnkonventionen och förändringar i samhällsutvecklingen. Tyngd läggs på att skapa hälsofrämjande möten där barn och föräldrar är delaktiga (Socialstyrelsen, 2014).

## **Sjuksköterskors hälsofrämjande arbete**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården utformas och arbeta för att förebygga ohälsa. Målet med hälso- och sjukvården är att uppnå god vård som hela befolkningen får ta del av på samma villkor (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS:2017:30). Hälsa är ett tillstånd mer än endast avsaknad av sjukdom, det är ett tillstånd med fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Det är en grundläggande rättighet att få möjlighet att uppnå god hälsa och det är varje lands uppgift att skydda och främja individens hälsa (WHO, 1946). Empowerment är en process som syftar till att hjälpa människor få kontroll över faktorer som påverkar deras liv. Varje individ har det yttersta ansvaret för sin egen hälsa och vårdpersonal har ansvaret att främja hälsan (Gibson, 1991). Sjuksköterskorna har ansvar att initiera och stödja åtgärder för att möta varje individs hälsobehov och därmed främja hälsa. Detta ska ske med respekt för varje individ och hens familjs värderingar och integritet. Sjuksköterskan ska vara lyhörd samt visa på medkänsla (International Council of Nurses [ICN], 2012). Sjuksköterskorna kan hjälpa en individ att utvecklas, stödja och använda resurser som främjar tron på den egna förmågan. Empowerment fokuserar på lösningen istället för själva problemet och inriktar sig mer på individens styrkor, rättigheter och förmågor än på individens behov (Gibson, 1991). Det ultimata målet för empowerment är välmående (Menon, 2002).

Målet att uppnå hälsofrämjande vård kräver att sjuksköterskan har utbildning och kunskap kring hälsofrämjande arbete. Hälsofrämjande vård kan ses som en process med syfte att stärka individens egen upplevelse av hälsa genom att stödja de sociala, individuella samt miljömässiga förutsättningarna (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Begreppet empowerment innefattar både individens ansvar för att uppnå hälsa, men även effekten av den sociala miljöns påverkan på den personliga hälsan (Gibson, 1991).

Utifrån barnkonventionen har varje barn rätt till att uppnå bästa möjliga hälsa. Detta ska bland annat uppnås genom att barn och föräldrar får nödvändig information och råd angående barnhälsovård och näringslära (UNICEF Sverige, 2009). Varje individ har kapaciteten och förmåga att fatta egna beslut, men de kan behöva information och hjälp i denna process (Gibson, 1991). Sjuksköterskor får ofta en styrande roll i samtal inom barnhälsovården, då sjuksköterskorna äger agendan och de individuella behoven hos familjerna inte alltid tas hänsyn till. Det finns risk att mötet präglas av en monolog med information från sjuksköterskan, där föräldrar inte har möjlighet att bryta in (Baggens, 2004). Samtalet mellan sjuksköterska och föräldern bör fungera som en dialog, där sjuksköterskorna har en stödjande roll (Socialstyrelsen, 2014). Det är viktigt att som sjuksköterska ge motivation och involvera individen i processen (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I strävan mot empowerment skall kontakten vara jämställd och besluten skall tas gemensamt med samförstånd (Gibson, 1991; Nyatanga & Dann, 2002). Ömsesidig respekt mellan sjuksköterskorna och individen samt förtroende är nödvändiga förutsättningar för empowerment (Gibson, 1991)



## Sjuksköterskors samtal med barn och föräldrar

Sjuksköterskor inom barnhälsovården anser att det kan vara svårt att samtala om hälsosamma matvanor. Framförallt med tanke på föräldrarnas egen hälsostatus med eventuell förekomst av övervikt (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm, 2013; Isma et al, 2012). Sjuksköterskor vill inte göra föräldrarna illa till mods och använder sig av neutralt språk och pratar om kost i generella termer, vilket är något som kan försvaga interventionen i hälsosamtalet (Isma et al., 2012; Edvardsson et al., 2009). Föräldrarna kan reagera negativt på information om barnets övervikt och i vissa fall inta försvarsställning. Det händer då att sjuksköterskor inte ger den information som de egentligen hade tänkt (Edvardsson et al., 2009).

En god relation mellan sjuksköterskan och föräldrarna är en viktig faktor i samtalet kring barnets övervikt. Om sjuksköterskan följt barnet sedan födseln och på så sätt skapat en god och trygg kontakt, medför det att föräldrarna vet att sjuksköterskan vill barnets bästa och det möjliggör ett bättre samtal (Edvardsson et al., 2009). Det är viktigt att barn görs delaktiga och får utrymme i samtalen vid hälsobesök. Detta kan ske genom att samtalet utgår ifrån frågor riktade till barnet och på så sätt får barnet inflytande (Shier, 2001). Utifrån barnkonventionen har alla barn rätt att uttrycka sin åsikt (UNICEF Sverige, 2009).

## Grunda sunda vanor

Kunskapscentrum för barnhälsovård Region Skåne startade under hösten 2014 projektet *Grunda Sunda Vanor*. Detta till följd av att Socialstyrelsen kommit fram till att det fanns stora skillnader i arbetet inom barnhälsovården och att arbetet hade för lite hälsofrämjande fokus (Socialstyrelsen, 2013). Projektet började som en pilotstudie i två kommuner i södra Sverige. Syftet var att utveckla en samtalsmodell med tillhörande bildmaterial (Bilaga 1) för att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga övervikt. Som en vidareutveckling av projektet är nu 35 barnavårdscentraler och cirka 80-100 sjuksköterskor med i ytterligare en studie om barncenterade hälsosamtal.

Bildmaterialet *Grunda Sunda Vanor* syftar till att främja och öka barnets delaktighet i hälsosamtalet. Bilderna är delvis abstrakta för att möjliggöra fritt tolkande och tänkande för barnet. Bilderna är utvecklade att kunna användas till barn från 2,5 år och kan anpassas utifrån barnets mognad. Projektet omfattar även en praktisk fortbildning kring samtalsmetodik riktat till sjuksköterskorna, som skall användas vid hälsosamtal i fyra års ålder (Vårdgivare Skåne, 2016). Till varje bild finns det en text som är tänkt som stöd för sjuksköterskan som håller i hälsosamtalet. Målet är att genom användningen av bilderna i samtalet möjliggöra att barnets perspektiv lyfts fram och fungera som dörröppnare i hälsosamtalet samt stimulerar till empowerment (Rikshandboken, 2013).

En intervjustudie i form av en magisteruppsats, genomfördes 2015 med ett urval på sex sjuksköterskor som arbetat med materialet. Det framkom att arbetsmodellen med tillhörande bildmaterial hade medfört att hälsosamtalet blivit enklare att genomföra. Bildmaterialet gav stöd i samtalet åt sjuksköterskan samt ökade delaktigheten hos barn och föräldrar, då det bjöd in barn och den vuxne i samtalet (Håkansson, 2015). Som en vidareutveckling av projektet har bilderna förändrats något och det finns nu ett nytt komplement till arbetsmodellen och bildmaterialet, en minibok (Bilaga 2). Denna bok är tänkt att barnet får ta med sig hem efter besökets slut. Det är därför av intresse att följa upp och utvärdera materialet från *Grunda Sunda Vanor*, för att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med materialet. Denna studie kommer att vara en fristående studie som ett komplement till en doktorandstudie via Lunds Universitet och ett led i att eventuellt implementera arbetsmodellen och bildmaterialet i hela landet.

# Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med ett hälsofrämjande pedagogiskt bildmaterial inom barnhälsovården.

## Material och metod

### Design

Studien utformades som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer. Detta då målet med en kvalitativ studie är att beskriva subjektiva erfarenheter. Genom att använda en kvalitativ design studeras fenomenet utifrån ett holistiskt perspektiv (Polit & Beck, 2012). Till studien valdes en induktiv ansats eftersom fenomenet förutsättningslöst studerades (Polit & Beck, 2012).

### Urval

Både sjuksköterskor med specialistutbildning inom barn eller distrikt har valts att benämnas som sjuksköterskor i denna studie. Urvalet bestod av 15 sjuksköterskor som arbetade inom barnhälsovården på olika barnavårdscentraler och familjecentraler i södra Sverige. Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna deltagit i den pågående studien *Barncentrerade hälsosamtal för att Grunda Sunda Vanor* samt haft möjlighet att arbeta med det pedagogiska materialet med fokus på hälsosamma levnadsvanor. Sjuksköterskorna har haft möjlighet att arbeta med materialet mellan cirka 6 månader upp till drygt 1,5 år. Genom projektledaren i studien om barncentrerade hälsosamtal för Grunda Sunda Vanor, gavs förslag på sjuksköterskor som kunde vara aktuella att kontakta för denna studie. Deltagarna i studien valdes utifrån ett strategiskt urval, det vill säga olika arbetsplatser, varierande åldrar, yrkeserfarenheter samt upptagningsområde. Strategiskt urval möjliggjorde olika erfarenheter och varierande beskrivningar av fenomenet och på så sätt skapades ett bra underlag för att besvara syftet (Polit & Beck, 2012).

Ett informationsbrev om studiens syfte (Bilaga 3) skickades först ut till verksamhetschefer. Efter godkännande av dem skickades ett informationsbrev om studien vidare till aktuella sjuksköterskor (Bilaga 4). Totalt kontaktades 22 sjuksköterskor för deltagande i studie via mail och/eller telefon. Sju sjuksköterskor valde av olika anledningar att inte medverka i studien. Sjuksköterskornas arbetsplatser hade varierade upptagningsområde där både låg och hög socioekonomisk standard förekom. Både glesbygden och tätorter är representerade i denna studie samt förekomst av familjer med utländsk och svensk härkomst.

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer i urvalet

Kön		
	Kvinnor	15
	Män	0
Ålder		
	26-35 år	5
	36-45 år	5
	46-55 år	3
	>55 år	2
Utbildning		
	Distriktsjuksköterska	8
	Barnsjuksköterska	7
Yrkeserfarenhet inom barnhälsovård		
	1-5 år	10
	6-10 år	3
	11-15 år	
	16-20 år	
	> 20 år	2

## Datainsamling

Datainsamlingen skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer under hösten 2017. En del av intervjun byggde på förberedda frågor samt följdfrågor för att få mer detaljerad information av intervjudeltagarna (Polit & Beck, 2012). En intervjuguide (Bilaga 5) användes som grund i intervjuerna. Frågorna handlade om hur sjuksköterskorna arbetade med materialet, eventuella fördelar och nackdelar samt familjens reaktion på materialet. Det är intervjuarens uppgift att personen som intervjuas uppmuntras att prata fritt om ämnet och berättar med sina egna ord om sina erfarenheter. Intervjun baserades på öppna frågor, detta då öppna frågor ger deltagarna möjlighet att svara med sina egna ord (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna pågick mellan 17 och 38 minuter samt genomfördes på respektive sjuksköterskas arbetsplats. Intervjuer där intervjuaren möter deltagarna personligen och ställer frågor är den mest respekterade intervjumetoden eftersom den ger god kvalitet av data (Polit & Beck, 2012). Alla intervjuer spelades in med hjälp av en mobiltelefon, med godkännande av intervjudeltagare. Alla deltagare fick information om studien, samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Deltagarna gav ett skriftligt informerat samtycke (Bilaga 6). En pilotintervju genomfördes först för att testa intervjufrågorna. Då ingenting ändrades efter denna intervju inkluderades den i studien.

## Dataanalys

Studiens data analyserades med kvalitativ innehållsanalys utifrån Graneheim och Lundmans metod (2004). Denna är lämplig för en mindre datamängd då innehållet kan beskrivas och tolkas mer djupgående. En tolkande analys är beskrivande och kan göras på olika nivåer. Både manifest och latent innehåll grundas i tolkningar men varierar i djup och abstraktion (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studie utgick ifrån det manifesta innehållet. Det manifesta innehållet beskriver det synliga innehållet och de uppenbara komponenterna

(Downe-Wamboldt, 1992). Intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjuens genomförande. De transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger för att få en tydlig bild av datans helhet. Datan bröts sedan ner i mindre meningsbärande enheter, som hade betydelse för syftet. Att bryta ner datan i meningsbärande enheter är viktigt för det manifesta innehållet och medför att innehållet i texten delas upp (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna för att korta ner texten, men samtidigt bevara innehållet. Dessa kodades och liknande innehåll sammanställdes i subkategorier och grupperades sedan i kategorier (Figur 1). Det manifesta innehållet presenteras oftast i olika kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsbärande enhet	Kondenserade enheter	Kod	Subkategori	Kategori
Jag bläddrar förbi, hoppar över en del bilder, om jag redan fått veta att det är inget problem med sömnen eller tandborstningen i den här familjen, då går jag inte in på det i detalj. Jag använder det som känns mest relevant.	Använder de bilder som är mest relevanta för familjen	Anpassar materialet efter familjens behov	Skapa en dialog med familjen	Göra familjen delaktig
Jag riktar mig alltid till barnet. Det är barnet och jag som ska jobba tillsammans	Riktar sig alltid till barnet.	Pratar med barnet	Involvera barnet i samtalet	

Figur 1. Exempel på analysprocessen

## Etiska överväganden

Inför denna studie genomfördes en etisk egengranskning. Där framkom det att risken för att deltagarna skulle fara illa var låg. Denna studie tog hänsyn till de tre etiska principerna som framkom i Belmontrapporten, autonomiprincipen, rättvisepincipen och göra-gott-principen (Belmontrapporten, 1978). Autonomiprincipen innebär att alla deltagare har rätt att själva bestämma, har rätt att ställa frågor och neka att ge information (Polit & Beck, 2012). Deltagandet i studien var frivilligt i överensstämmelse med autonomiprincipen. Sjuksköterskorna hade möjlighet att bestämma tid och plats för intervju, var fria att välja vilka svar de gav samt neka deltagande i studien om de ansåg att de inte hade tid, ork eller vilja att delta. Sjuksköterskorna hade även möjlighet att lyfta egna frågor under intervjutillfället samt fritt lägga till information vid en avslutande fråga under intervjun.

Deltagarna godkände sitt deltagande i studien genom informerat samtycke. Enligt Helsingforsdeklarationen finns det flera viktiga kriterier för ett informerat samtycke. Deltagarna ska få information om studiens syfte, vilken typ av data som ska insamlas, hur det kommer att gå tillväga och att de när som helst kan fransäga sig deltagandet i studien (WMA, 2013). Deltagarna fick i förväg veta vad som krävdes av dem i form av tid, att deltagandet var frivilligt och hur de skulle ta kontakt ifall de hade några ytterligare frågor. Detta genom att ett informationsbrev om studien skickades ut till alla deltagare. Informationen kring studien upprepades även genom muntlig information innan varje intervju.

Utifrån rättvisepincipen ska alla deltagare behandlas lika (Belmontrapporten, 1978). Detta skedde genom att alla deltagare fick samma information, intervjufrågor och blev bemötta på likvärdigt vis. Utifrån göra-gott-principen ska individens välbefinnande vara i fokus och åtgärder ska tas för att maximera fördelarna samt minimera skadan, därför ska konfidentialiteten skyddas (Belmontrapporten, 1978). Enligt Helsingforsdeklarationen ska

försiktighetsåtgärder vidtas för att skydda deltagarnas personliga information och integritet (WMA, 2013). Deltagare i studier har rätt att förvänta sig att data hanteras med konfidentialitet, då denna studie baseras på kvalitativa intervjuer är det inte möjligt att tillgodose full konfidentialitet (Polit & Beck, 2012). Däremot hanterades den insamlade datan för att uppnå så god konfidentialitet som möjligt. Ingen obehörig person utanför studien fick tillgång till insamlad data, eventuella namn och platser aidentifieras och varje deltagare får sin egen kod istället för namn. Eftersom studien innefattar få deltagare är det extra viktigt att skydda deltagarnas identiteter (Polit & Beck, 2012).

## Resultat

Resultatet av sjuksköterskornas erfarenheter av att använda materialet från *Grunda sunda vanor* i sitt hälsofrämjande arbete presenteras i tre kategorier samt sju subkategorier.

Subkategori	Kategori
Är ett stöd i hälsosamtalet Möjlighet att göra materialet till sitt eget Kan användas som återkoppling	Materialet ger struktur
Bilderna bidrar till ökad förståelse Bilderna är en hjälp vid känsliga frågor	Materialet fungerar som ett kommunikationshjälpmedel
Skapar en dialog med familjen Involverar barnet i samtalet	Materialet gör familjen delaktig

Figur 2. Resultatredovisning

### Materialet ger struktur

#### Är ett stöd i hälsosamtalet

Sjuksköterskorna uppgav att materialet användes i stor utsträckning vid 4-års besök inom barnhälsovården. Sjuksköterskorna hade ofta en inövad ordning av bilderna som de använde. Det var inte alltid bilderna användes under samtalet med barnen, men sjuksköterskorna menade ändå att de gav en struktur i hur de valde att utforma samtalet. Var barnen kommunikativa, kunde samtalet fungera även utan bilderna.

*Jag använder det i minst 50 procent av fallen. Tiden är den viktigaste faktorn, ibland skulle det behövas ett extra besök // Jag använder det i synnerhet då det finns en övervikt. (15)*

Ibland användes bilderna även vid 18 månaders besök, 2,5-års besök och 5-års besök. Vid dessa besök användes materialet mer riktat, till exempel om föräldrarna hade mycket frågor, om det inte fanns rutiner kring mat eller om det fanns tendens till övervikt och stigande BMI. Bilder som valdes att användas vid besöken var beroende på vilka problem familjen hade. Sjuksköterskorna ansåg att samtalet kring kost och levnadsvanor hade blivit enklare med hjälp av materialet. Föräldrarna förstod att materialet var genomtänkt och att materialet gav mer tyngd åt sjuksköterskornas budskap. Det var lättare att komma ihåg allt som skulle diskuteras genom att materialet fungerade som en checklista. Sjuksköterskorna arbetade mer aktivt med goda levnadsvanor samt på ett mer strukturerat sätt, då de börjat använda sig av materialet.

#### Möjlighet göra materialet till sitt eget

Sjuksköterskorna ansåg att de hade makt över materialet och kunde välja hur de ville arbeta med materialet i hälsobesöken och på så sätt kunde de göra materialet till sitt eget. Det var positivt att kunna påverka omfattningen av guiden, genom att kunna välja hur många bilder som skulle användas, då de ansåg att materialet var omfattande. Ibland hade barnen svårt att hålla fokus och sitta still, eftersom 4-års besök innehöll många delar och många barn blev

trötta i slutet på besöket. Om det inte fanns något uppenbart intresse från varken barnet eller föräldern, då återkom sjuksköterskorna till ämnet vid ett senare tillfälle av besöket, utan att ta fram materialet igen. Materialet kunde användas vid olika tidpunkter under besöket beroende på hur besöket såg ut och det anpassades efter barnet. Ofta valde sjuksköterskorna att prioritera bilderna med handmodellen, drycken, tänderna och fysisk aktivitet. Det kunde vara svårt att ta till sig det nya materialet och ändra sitt sätt att arbeta kring levnadsvanor, eftersom sjuksköterskorna redan hade sin egen inarbetade struktur i hälsosamtalet.

*Jag tyckte nog att det var ganska svårt i början att hitta ingångar till när jag skulle använda materialet för att inte verka så präktig. (15)*

### **Kan användas som återkoppling**

Att förstärka budskapet genom återkoppling var viktigt. Barnen brukade ofta komma ihåg trollet från bilderna när sjuksköterskan träffade barnen igen. Om bilderna visats vid 4-årsbesöket kunde de användas som återkoppling vid 5-års besök eller vid eventuella återbesök på grund av övervikt. Det var ett bra sätt att minnas tillbaka och återkoppla till samtalet om levnadsvanor.

Miniboken brukade delas ut i slutet av besöket som en present till barnet, vilket sjuksköterskorna upplevde blev som en belöning till barnet. Sjuksköterskorna ansåg att miniboken kunde ha en återkopplande funktion, genom att fungera som påminnelse till det som diskuterats under samtalet. Boken bidrog även till att förmedla att det var viktigt att läsa för sina barn. Sjuksköterskorna såg det som positivt att dela ut miniboken, eftersom då kunde familjen fortsätta att prata om levnadsvanor hemma. I de fall när de inte hade hunnit gå igenom hela materialet, eller om en förälder inte varit med på besöket inom barnhälsovården, fick de chansen att läsa mer hemma. På så sätt kunde hela familjen få möjligheten att diskutera frågorna som lyfts. Däremot så var sjuksköterskorna osäkra på om boken verkligen lästes av familjerna.

*Många vill ju hellre se en film idag än att läsa en bok. Jag tror att det hade varit lättare att nå dem om man hade haft en film att visa upp. (10)*

## **Materialet fungerar som ett kommunikationshjälpmedel**

### **Bilderna bidrar till ökad förståelse**

Sjuksköterskorna ansåg att bilderna gjorde att de inte behövde ställa direkta frågor i hälsosamtalet. Istället kunde samtalet vara kring bilderna och det blev lättare för barnet att förstå. Det kunde vara svårt att prata om hälsa med barnen, men när barnen såg bilderna kunde de enklare sätta sig in i situationen och förstå ämnet. Även vid tolkbesök så ansåg sjuksköterskorna att materialet var en hjälp i kommunikationen, genom att de då kunde peka på bilderna. En bild förstår alla, oavsett modersmål. Det fanns däremot kulturella referenser i materialet, såsom valet att använda ett troll, vilket inte alla familjer visste vad det var.

*Det är svårt att nå barnet om det finns tolkbehov, för då har jag ett nät att ta mig igenom för att nå fram // om orden inte riktigt räcker till eller kroppsspråket inte räcker till, de behöver se det bildligt. (14)*

Sjuksköterskorna ansåg att vissa bilder var svårtolkade av barnen. Detta kunde skapa en rolig diskussion, men även leda bort barnet från ämnet. Ett exempel var bilden där trollet drömmer. Barnet hade ofta svårt att ta till sig illustrationen av trollets dröm, och detta kunde ta onödigt mycket tid i anspråk. Sjuksköterskorna valde ofta att inte använda sig av bilden på grund av detta. En favorit hos sjuksköterskorna var "handmodellen", som på ett tydligt sätt illustrerade hur mycket barnet behövde äta och ökade förståelsen både för barn och föräldrar. Den fungerade bra att använda i alla åldrar. Bilden var väldigt bra både när föräldrarna var oroliga över att deras barn åt för lite, men även för de barn som åt många portioner. Sjuksköterskorna ansåg att många föräldrar trodde att barnen borde äta mer än de gjorde. Genom att visa bilden

kunde sjuksköterskorna lugna många föräldrar. Det saknades däremot en bild på sötsaker, frågan kring sötsaker lyftes istället i samband med bilden med drycken eller tandborstningen.

Det fanns illustrationer i bildguiden som sjuksköterskorna inte ansåg passa alla barn. Studsmattan som skulle inspirera till fysisk aktivitet ansågs vara exkluderande. Sjuksköterskorna hade hellre sett en illustration på en allmän lekplats eller en cykel, då fler har tillgång till det och därmed kan det på så sätt vara lättare att motivera till att leka och röra på sig genom de bilderna.

### **Bilderna är en hjälp vid känsliga frågor**

Sjuksköterskorna menade att det blev mer naturligt att börja prata om levnadsvanor utifrån materialet. Att prata om levnadsvanor kunde vara känsligt för vissa familjer, men genom att använda sig av materialet medförde det att ämnet blev mindre tabubelagt. Varken familjen eller sjuksköterskan behövde lägga någon värdering i bilderna och samtalet blev därför mer neutralt. Bildmaterialet gjorde att samtalet inte uppfattades som att de pekade ut familjen, utan detta var något som de gick igenom med alla familjer och inte för att det förekom övervikt hos det individuella barnet. Sjuksköterskorna ansåg att det var en fördel att materialet riktade sig till alla barn och att alla familjer på så sätt fick ta del av samma information. Det blev även tydligt med bildmaterialet att det var en del av besöket och att det var självklart att prata om levnadsvanor på ett neutralt sätt.

*Jag tror att jag har lättare att prata om det med materialet och det i sin tur leder ju säkert till att föräldrarna kommer tillbaka, man sätter ju ingen skuld med materialet. (3)*

## **Materialet gör familjen delaktig**

### **Skapar en dialog med familjen**

Genom materialet fick sjuksköterskorna en bra bild av hela familjen och deras levnadsvanor.

*Sammantaget genom att sitta och prata om det här i 10 minuter så har jag fått en väldigt bra bild av hur de lever, det är många delar i det. (1)*

Sjuksköterskorna försökte prioritera bilderna efter det som var viktigt för den specifika familjen. Märkte de att familjen hade kunskap och fungerande rutiner kring exempelvis tandborstning eller tallriksmodellen, så valde de att hoppa över den delen och istället fokusera på det som var av störst betydelse för just den familjen. Genom materialet kunde sjuksköterskorna ge information och rekommendationer genom att föra ett samtal med familjerna. Miniboken upplevdes vara av betydelse för att poängtera att ämnet levnadsvanor är viktigt.

Sjuksköterskorna ansåg att familjerna hade väldigt olika sociala bakgrunder. Det var viktigt att försöka sätta sig in i hur den specifika familjen hade det, deras förutsättningar och vilken kunskap de hade sedan tidigare för att kunna skapa en dialog med familjen. Familjerna kunde se ut på olika sätt och hur de tog till sig information kring materialet och vilken respons de gav i samtalet, berodde till stor del på uppfattning, vanor och kultur. Sjuksköterskorna ansåg att det var svårt att stimulera till en förändring eller skapa en dialog, om familjen inte var mottaglig för ämnet. Sjuksköterskorna menade att familjer med utländsk härkomst inte hade samma behov av att prata om levnadsvanor. Föräldrarna ansåg inte att det var något problem att deras barn var överviktiga och då kunde det vara svårt att skapa en dialog med familjen.

*Om man har familjer som nyligen kommit till Sverige, då vill de gärna ge sina barn det där lilla extra // de ska vara mätta och belåtna och de ska få vad de vill, men det är oftast en kompensation för att de haft det svårt tidigare. (6)*

## **Involverar barnet i samtalet**

Materialet väckte ofta nyfikenhet och intresse hos barnet. Barnen var intresserade av det som visades på bilderna, de var med, tittade och pekade och ville gärna bläddra vidare för att se vad som fanns på nästa bild.

*De är positiva, de tycker att det är kul. Det är ett moment i att man är här och leker// de är så vana barnen vid pedagogisk lek så de är med på noterna. (13)*

Många fyraåringar var blyga och det kunde vara svårt att få igång en dialog. Materialet väckte nästan alltid barnets uppmärksamhet och barnen kunde börja med att peka, nicka eller skaka på huvudet. Bilderna kunde därför användas för att bryta isen i mötet. Det blev ett naturligt sätt att prata med barnet och det skapade en bra dialog mellan barnet och sjuksköterskorna. Det var ibland svårt att hålla kvar intresset hos barnet, då materialet var så omfattande. Vissa barn var nyfikna i början men orkade inte sitta någon längre stund med varje bild.

Om materialet användes tidigare än vid fyra års besök, riktade sig sjuksköterskorna till föräldrarna, eftersom barnen var små och hade svårare att medverka i samtalet. Sjuksköterskorna försökte annars att rikta sig till barnet när de använde materialet vid 4-års besök, 5-års besök eller till återbesök med äldre barn. Föräldrarna fick inflika och sen kunde sjuksköterskan summera hälsosamtalet tillsammans med föräldrarna. Bilderna riktades de flesta gånger mot barnet, vilket resulterade i att föräldrarna tycktes förstå att detta var något som barnet skulle höra, och föräldrarna var i sin tur intresserade av vad barnet sa. Däremot så kunde barnet ibland tappa fokus och tröttna, och då vände sig sjuksköterskan till föräldern och lät barnet leka istället. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att prata med barnen och få höra deras åsikter. Sjuksköterskorna poängterade ändå att kosten var föräldrarnas ansvar och inte barnets. Därför kunde det upplevas fel att vända sig till barnet och diskutera levnadsvanor när det förelåg övervikt. Det var inte rätt att lägga det ansvaret på barnet, eftersom det trots allt var föräldern som bestämde över maten, drycken och hur mycket sötsaker barnet fick.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och innehållsanalys. Trovärdigheten i kvalitativa studier beskrivs med hjälp av begreppen giltighet (credability), tillförlitlighet (dependability) och överförbarhet (transferability). Giltigheten i studien påverkas av valet av studiens fokus, deltagare och insamlingen av datan. Att välja deltagare med varierande erfarenheter och åldrar ökar möjligheten att få svar på frågeställningen utifrån flera aspekter (Graneheim & Lundman, 2004). Sjuksköterskorna som deltog i studien valdes utifrån strategiskt urval och kom ifrån olika barnavårdscentraler belägna i olika städer och områden i södra Sverige. Olika upptagningsområden var representerade genom både stark och svag socioekonomisk standard och vissa områden hade en hög andel nysvenskar i populationen. Det fanns även spridning i ålder och yrkeserfarenhet hos sjuksköterskorna som deltog. Detta tyder på att studien har hög giltighet. En svaghet var att alla sjuksköterskor som deltog i studien var kvinnor. Detta beror troligtvis på att majoriteten av sjuksköterskorna som arbetar inom barnhälsovården är kvinnor. En brist i studien kan vara att vid några tillfällen, så intervjuades mer än en sjuksköterska på samma barnavårdscentral. Möjligen kan sjuksköterskorna på detta sätt ha påverkat varandra. Däremot hade de deltagande sjuksköterskorna inte tillgång till intervjufrågorna innan intervjun och hade därför inte möjlighet att diskutera dem.

Alla sjuksköterskor som deltog i denna studie medverkade även i en tidigare studie och ingår i ett projekt genom *Grunda Sunda Vanor*. Därför fanns det en risk att de önskade vara



lojala mot de som drev det primära projektet och på detta sätt inte ville neka deltagande i denna studie. Deltagarna fick information om att deltagandet var frivilligt både i den initiala kontakten via mail samt vid mötet för intervju. Ett informerat samtycke gavs. Innan varje enskild intervju beskrevs vidare författarnas samarbete med projektet *Grunda Sunda Vanor*. Sjuksköterskorna erhöll information om att denna studie är fristående samt att det inte fanns några förväntningar på deltagande samt att de fritt kunde beskriva både positiva och negativa erfarenheter av bildmaterialet. Författarna hade ingen tidigare koppling till materialet från *Grunda Sunda Vanor*, dess utformning eller dess ansvariga projektledare.

Att välja den metod för datainsamlingen som ger mest värdefull information utifrån syftet var också av stor betydelse för studiens giltighet (Elo et al., 2014; Graneheim & Lundman, 2004). Syftet anses ha blivit besvarat genom den valda metoden av intervjustudie. Val av intervjuer istället för observationsstudie eller enkät, har resulterat i en god förståelse av sjuksköterskornas erfarenhet av att arbeta med pedagogiskt bildmaterial. Detta då det fanns möjlighet att ställa följdfrågor för att få fördjupad förståelse. Frågorna till deltagarna utgick ifrån en intervjuguide, vilket bidrog till att alla deltagare fick samma frågor och detta stärker trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). När induktiv ansats används är det även viktigt att datan är ostrukturerad (Elo et al., 2014). Intervjuerna var semistrukturerade och därför varierade följdfrågorna. Vid samtliga intervjuer användes följdfrågor för att få en djupare förståelse för sjuksköterskornas erfarenheter samt leda tillbaka informanten till det aktuella ämnet. Författarna hjälptes åt att ringa in ämnet med dessa frågor och ansåg att det var en styrka att båda närvarade och kunde stötta varandra under intervjuerna. Vid semistrukturerade intervjuer är det viktigt att inte styra deltagarna för mycket för att behålla den induktiva datan (Elo et al., 2014). Datainsamling, granskning och analys kan ha påverkats av brist på erfarenhet av forskningsstudier hos författarna. Detta visade sig bland annat i de ibland slutna följdfrågorna under intervjuerna och vid enstaka fall styrda frågor. Detta kan i sin tur ha begränsat den data som kom fram. Däremot så förbättrades intervjutekniken under studiens gång.

Studiens resultat baseras på 15 intervjuer som var mellan 17-38 minuter långa, med ett medelvärde på 27 minuter. Genom att genomföra intervjuer som är tillräckligt omfattande för att täcka ämnet, men samtidigt nog avgränsade för att kunna hållas i minnet under analysprocessen, tillämpas innehållsanalysen på bästa sätt (Graneheim & Lundman, 2004). Ingen ny information framkom som var av betydelse för resultatet efter tionde intervjun, vilket tyder på att mättnad i resultatet nåddes och att intervjuerna varit tillräckligt omfattande.

För att innehållsanalysen skall ha hög tillförlitlighet, krävs att forskaren redovisar stegen i analysen tydligt (Sandelowski, 2000). Detta illustrerades i metoddelen i form av en figur över hur analysmodellen såg ut. Resultatet stärks av att författarna genomfört intervjuerna och analysen tillsammans. Under analysprocessen så ströks subkategorier efterhand, då data platsade i samma subkategori. Det fanns ingen data som var relaterad till studiens syfte som lämnats obehandlad, vilket stärker giltigheten av studien. Graneheim & Lundman (2004) beskriver att ingen data från intervjutext som är relaterad till studiens syfte, skall uteslutas för att den inte platsar in i framtagna kategorier. Det är även viktigt att data inte kan placeras i mer än en angiven kategori eller faller mellan olika kategorier. Det kan vara svårt att göra distinkta kategorier, då det ligger i ämnets natur att erfarenheter kan glida mellan kategorier. Resultatet har vidare stärkts genom att utomstående kurskamrater och handledare kontrollerat att resultatbeskrivningarna varit rimliga (Graneheim & Lundman, 2004).

En text har alltid olika betydelse och tolkningen av texten påverkas av forskarens bakgrund. Eftersom det oftast är forskaren som samlar in datan och analyserar materialet är det viktigt att belysa forskarens erfarenheter och utbildning (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna har inte arbetat inom barnhälsovården eller kommit i kontakt med materialet innan studien och har därför ingen förförståelse av betydelse. Det är viktigt att resultatet är

tydligt beskrivit utifrån deltagarnas beskrivningar och inte utifrån författarnas perspektiv. För att förtydliga detta kan citat användas i resultatet (Elo et al., 2014), vilket illustrerades i studiens resultat.

Överförbarheten syftar på hur väl studiens resultat kan överföras till andra grupper än den som studerats. Författarna kan endast ge förslag på överförbarheten, men det är läsarnas beslut om resultatet är överförbart. Det är viktigt att tydligt beskriva urvalsprocessen, deltagarna, datainsamlingen och dataanalysen för att kunna bedöma överförbarheten i studien (Elo et al., 2014; Graneheim & Lundman, 2004). Denna process har tydliggjorts i metoddelen och studien anses överförbar på andra enheter inom barnhälsovård där de valt att arbeta med det pedagogiska bildmaterialet.

## Resultatdiskussion

Resultatet visade att bildmaterialet hjälpte sjuksköterskorna att hitta struktur i hälsosamtalet och materialet kunde användas likt en checklista. Materialet riktade sig till alla familjer och det hjälpte sjuksköterskorna att arbeta mer aktivt med goda levnadsvanor. Socialstyrelsens (2013) utredning visar på att det finns skillnader på hur barnhälsovården arbetar med hälsosamma matvanor och anser att det finns brister i hälsopedagogik och kompetens kring matvanor hos sjuksköterskorna. Vid hälsosamtalen inom barnhälsovården läggs ett stort fokus på fysisk undersökning och generella råd, snarare än personcentrerade samtal om hälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2013). Sjuksköterskornas uppdrag är att inspirera till goda levnadsvanor samt informera om eventuella risker med ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Studier visar att sjuksköterskor anser att de behöver mer utbildning och träning i att prata med föräldrar om riskerna med övervikt och det fanns behov av ett mer strukturerat arbetssätt (Dera-de Bie, Brink- Melis, Jansen & Gerver, 2016). Resultatet av denna studie stärker således att det finns ett behov av att använda ett material som tillåter sjuksköterskor inom barnhälsovården att arbeta mer strukturerat kring hälsosamma levnadsvanor. Materialet fungerar på detta sätt som en kvalitetssäkring genom att alla familjer får samma information samt att samtalen blir mer personcentrerade.

Resultatet visade att materialet från *Grunda Sunda Vanor* medförde att sjuksköterskorna fick ett neutralt förhållningssätt till att diskutera levnadsvanor och varken barn eller förälder behövde känna sig utpekade. Att diskutera levnadsvanor och övervikt kan vara känsligt. Vissa föräldrar kan reagera negativt på att sjuksköterskorna uppmärksammade övervikt hos deras barn och förnekar att det fanns något problem (Regber, Mårild & Johansson Hanse, 2013). Den dominerande anledningen till att sjuksköterskor inte pratar om levnadsvanor och övervikt inom barnhälsovården, beror på att de är oroliga över hur föräldrarna ska ta emot informationen (Laws et al., 2015). Materialet är således en resurs för sjuksköterskan vilket underlättar att våga börja prata om levnadsvanor och detta ger i sin tur en positiv effekt på barnens hälsa. Övervikt behöver inte vara anledningen till att sjuksköterskan pratar om levnadsvanor vid besöket, genom att använda materialet ligger istället fokus på att leva hälsosamt och bygga upp goda vanor, något som alla barn och familjer drar nytta av.

Sjuksköterskorna i studien beskrev att materialet bidrog till att familjerna blev delaktiga och att de bjöd in barnet i samtalet kring levnadsvanor. Sjuksköterskor ska uppmuntra, stödja och främja barnets och föräldrarnas delaktighet och förmåga till kontroll över sin hälsa och utveckla en förmåga att förbättra den (Baggens, 2002; Socialstyrelsen, 2014). Det är av stor vikt att sjuksköterskorna stärker föräldern i sin föräldraroll. Detta kan ske genom att sjuksköterskorna etablerar en god kommunikation och erbjuder föräldern att själv lyfta saker som väcker oro (Hallberg, Lindbladh, Råstam & Håkansson, 2000). Kommunikationen mellan profession och familj kan stärkas, genom att sjuksköterskan visar på omtänksamhet,

förståelse och respekt samt värderade barnets åsikter (Mikhailovich &, Morrison, 2007). Genom att föräldrar och barn blir delaktiga i samtalet, får de en mer betydande roll i besöket och kommunikationen kan förbättras. Detta kan i sin tur medföra att familjen blir mer motiverad till att göra en eventuell livsstilsförändring och med detta utveckla sin förmåga att tro på att de klarar av att göra en sådan förändring. Genom att ta hälsofrämjande beslut själv, bör känslan av ansvar öka.

Resultatet visade att materialet hade en förmåga att involvera familjen och föräldrarnas roll kunde stärkas och förmåga till att uppnå empowerment ökade. Ofta vet individen vilka förändringar hen behöver göra för att påverka sin framtid och varje individ måste själv uppnå empowerment, sjukvårdspersonalen kan inte ta över en persons empowerment (Gibson, 1991). Det kan vara svårt att uppmuntra till empowerment, då begreppet är abstrakt och sjuksköterskorna äger två uppdrag; en roll av expertis och en där hen skulle stärka föräldrarna genom att engagera dem (Baggens, 2002).

Genom att använda materialet *Grunda Sunda Vanor*, fick sjuksköterskorna inte enbart berätta och informera, de kunde skapa en dialog med familjen där alla parter kom till tals. Sjuksköterskorna ansåg att de fick en bra bild av familjen och deras levnadsvanor genom att använda materialet. De behövde inte sitta och informera om sådant som familjen inte efterfrågade, utan kunde möta familjen med transparens genom att låta barnet prata kring bilderna. Sjuksköterskorna kunde även anpassa sättet de använde materialet efter den individuella familjens behov. Vården blir mer personcentrerad om sjuksköterskorna har förmåga att anpassa sig efter familjen, vara lyhörd inför familjen samt värna om familjens integritet (International Council of Nurses, 2012). Tidigare inom barnhälsovården har sjuksköterskorna arbetat mer mot prevention. Sjuksköterskorna har försökt uppmana föräldrar att förändra sitt sätt att leva och får då en föreläsande roll som liknade en moralisk auktoritet som inte ställde frågor, utan som enbart presenterade lösningar. Föräldrarna blir på detta sätt passiva, tvärtemot vad som är målet med processen empowerment (Baggens, 2002). Bildmaterialet kan därför hjälpa sjuksköterskor inom barnhälsovården att sätta sig in i familjens situation, bidra till att öka förståelsen och därmed stärka relationen parterna emellan. Detta genom att sjuksköterskorna visar familjen att de inte enbart vill informera, utan lyssna på familjens egna lösningar och funderingar. Det är svårt för sjuksköterskor inom barnhälsovården att komma bort från den föreläsande rollen och undvika att ge standardiserade lösningar. Materialet *Grunda Sunda Vanor* bjuder aktivt in familjen genom att utgå från barnets berättelse, vilket medför att sjuksköterskorna får ett interaktivt arbetssätt.

Resultatet visade vidare på vikten av att inte lägga skuld på det individuella barnet vid förekomst av övervikt. Det var föräldrarna som hade ansvaret för barnets kost, men genom att aktivt bjuda in barnet i samtalet och rikta sig mot barnet, kunde det ses som att ansvar och skuld lades på barnet. Barnkonventionen har beskrivit barns rätt att komma till tals och uttrycka sin åsikt, vilken skall beaktas utifrån barnets mognad och ålder. Det är barnets vårdnadshavare som huvudansvaret för barnets utveckling och som skulle möjliggöra att barnet får de behov tillgodosedda som barnet hade rätt till (UNICEF Sverige, 2009). Sjuksköterskor inom barnhälsovården anser att det är föräldrarna som kan påverka barnets övervikt och egentligen inte barnen själva. Familjen har på detta sätt stor betydelse för barns övervikt (Isma et al., 2012). Att diskutera levnadsvanor med barn, kan ses som både någonting positivt och negativt. Genom att bjuda in barnen i samtalet kan de göras delaktiga i sin framtida hälsa. Då det finns en stor förekomst av övervikt bland barn idag, så måste professionen hitta nya strategier att plana ut trenden. Att barn får grundläggande kunskap kring levnadsvanor och kosthållning, så att de själva kan förstå och påverka föräldrarnas beslut, har möjligen en betydelse. Nackdelen är att det kan läggas ett allt för stort ansvar på det individuella barnet, eftersom det är föräldrarna som har det yttersta ansvaret över barnets

kost- och aktivitetsvanor. Informationen skall vara anpassad till barnet, men det finns en osäkerhet i vilken ålder som barnen kan ta till sig denna information.

Resultatet visade att det var viktigt som sjuksköterska att ta hänsyn till familjernas olika kultur och vanor för att kunna skapa en dialog med familjerna. Detta styrks av Gibson (1991) som beskriver att det krävs att sjuksköterskan är medveten om de komplexa sociala, politiska, ekonomiska och demografiska faktorerna, för att uppnå empowerment. Sjuksköterskorna i studien ansåg att familjer med utländsk härkomst ofta inte kände något behov av att prata om levnadsvanor. Familjer med utländsk härkomst vill ofta bevara sin matkultur som en del av familjens identitet. Om sjuksköterskan inte tar hänsyn till de kulturella skillnaderna, kan det leda till att familjen inte känner sig engagerad, respekterad eller involverad i samtalet kring kost och levnadsvanor (Garneweidner, Terragni, Pettersen, Mosdol, 2012). Sjuksköterskor inom barnhälsovården möter familjer med olika härkomst och sociala förhållanden. Det är viktigt som sjuksköterska värna om en god relation för att kunna bygga upp ett förtroende med familjerna. Detta genom att lyssna och försöka förstå deras olika vanor, förutsättningar och önskemål. Sjuksköterskan skall sträva efter att skapa en trygg och tillåtande miljö, där alla familjer får möjlighet att diskutera levnadsvanor utifrån ett hälsofrämjande perspektiv.

## Slutsatser

Resultatet visade att det fanns fördelar med att använda bildmaterialet *Grunda Sunda Vanor* vid hälsosamtalen. Materialet var ett stöd i sjuksköterskornas arbete, då det fungerade som en checklista, de kunde rikta information efter familjens behov och bättre nå fram till familjer med språksvårigheter. På detta sätt bidrog bilderna till att samtalet blev mer strukturerat och materialet kunde fungera som ett kommunikationshjälpmedel. Sjuksköterskorna kunde få ett neutralt förhållningssätt vilket medförde att de pratade med samtliga familjer, även om samtal kring hälsosamma levnadsvanor kan upplevas komplicerat. Genom att använda materialet blev familjerna i större utsträckning än tidigare delaktiga i hälsosamtalen. Detta kunde stärka sjuksköterskornas och familjens relation och dialogen blev mer jämställd vilket ökade möjligheten att uppnå empowerment.

## Kliniska implikationer

Studien kan vara till hjälp i att fortsätta utveckla materialet och motivera till att sprida materialet vidare till andra regioner. Genom att använda materialet i större utsträckning kan förhoppningsvis det hälsofrämjande arbetet kring levnadsvanor inom barnhälsovården förbättras och medföra att alla familjer får samma information och förutsättningar. I framtiden hade det varit intressant att visa på fortsatt forskning kring föräldrar och barns erfarenheter av bildmaterialet *Grunda Sunda Vanor* i hälsosamtalen vid 4 års ålder.

## Referenser

Baggens, C. (2004). The Institution Enters the Family Home: Visit in Sweden to New Parents by the Child Health Care Nurse. *Journal of Community Health Nursing*, 21(1), 15-27. doi:10.1207/s15327655jchn21012

Baggens, C. (2002). Nurses' work with empowerment during encounters with families in child healthcare. *Critical Public Health*, 12(4), 351-363, doi: 10.1080/0958159021000029559

Beckvid Henriksson, G., Franzén, S., Elinder, L. S., & Nyberg, G. (2016). Low socio-economic status associated with unhealthy weight in six-year-old Swedish children despite higher levels of physical activity. *Acta Paediatrica*, 105(10), 1204-1210. doi: 10.1111/apa.13412.

Belmontrapporten. (1978). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Government Printing Office.

Bohman, B., Forsberg, L., Ghaderi, A., & Rasmussen, F. (2012). An evaluation of training in motivational interviewing for nurses in child health services. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 329-343. doi: 10.1017/S1352465812000331

Bohman, B., Erkksson, M., Lind, M., Ghaderi, A., Forsberg, L., & Rasmussen, F. (2013). Infrequent attention to dietary and physical activity behaviors in conversations in Swedish childhealth services. *Acta Paediatrica*, 102(5), 520-524. doi:0.1111/apa.12176. Epub 2013 Feb 12.

Censin, J. D., Nowak, C., Cooper, N., Bergsten, P., Todd, J. A., & Fall, T. (2017). Childhood adiposity and risk of type 1 diabetes: A Mendelian randomization study. *PLoS Med*, 14(8), doi: 10.1371/journal.pmed.1002362.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243. doi:https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1136/bmj.320.7244.1240

Dera-de Bie, E. G. E., Brink- Melis, W., Jansen, M., & Gerver, W. J. (2016). Characteristics of child health care practitioners in overweight prevention of children. *Applied Nursing Research*, 29(1), 157-162. doi:http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.apnr.2015.06.008

Donkor, H. M., Grundt, J. H., Júlíusson, P. B., Eide, G. E., Hurum, J., Bjercknes, R., & Markestad, T. (2017). Social and somatic determinants of underweight, overweight and obesity at 5 years of age: a Norwegian regional cohort study. *BMJ Open*, 7(8), doi:10.1136/bmjopen-2016-014548

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313-321. doi: 10.1080/07399339209516006

Edvardsson, K., Edvardsson, D., & Hörnsten, Å., (2009). Raising issues about children's overweight - maternal and child health nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2542-2551. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x

- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H., (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*. doi:<https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016 årlig rapportering*. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). Övervikt och fetma. Hämtat 2017-08-21 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>
- Garnweidner, L. M., Terragni, L., Pettersen, K. S., & Mosdøl, A. (2012). Perceptions of the Host Country's Food Culture among Female Immigrants from Africa and Asia: Aspects Relevant for Cultural Sensitivity in Nutrition Communication. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(4), 335-342. doi:[10.1016/j.jneb.2011.08.005](https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.08.005)Get rights and content
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. doi:[10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x)
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-113. doi:[10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
- Hallberg, A-C., Lindblad, E., Råstam, L., & Håkansson, A. (2000). Parents: the best experts in child health care? Viewpoints from parents and staff concerning child health services. *Patient Education and Counseling*, 44(2001), 151-159. doi:[S0738-3991\(00\)00183-x](https://doi.org/S0738-3991(00)00183-x)
- Hälso- och sjukvårdslag [HSL]. (SFS 2017:30). Hämtat 2017-08-24 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- Håkansson, L. (2015). *Sjuksköterskans erfarenhet av samtal om hälsosamma matvanor inom barnhälsovården* (Master's thesis). Härnösand: Institutionen för Folkhälsovetenskap, Mittuniversitetet. Hämtat 2017-09-12 från <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:867420/FULLTEXT01.pdf>
- International Council of Nurses. (2012). The ICN code of ethics for nurses. Hämtat 2017-08-24 från [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)
- Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlström, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2012). Swedish Child Health Care nurses' conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(57), 1-11. doi:[10.1186/1471-2296-13-57](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-57)
- Laws, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Ball, K., Lynch, J., Russell, G., Taylor, R., & Denney-Wilson, E. (2015). Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. *BMC Nursing*, 14(1), 1-14. doi:<http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1186/s12912-015-0077-7>
- Lindhe Söderlund, M., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counseling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3), 442-449. doi:[10.1093/her/cyn039](https://doi.org/10.1093/her/cyn039)

- Lindkvist, M., Ivarsson, A., Silfverdal, S. A., & Eurenus, E. (2015). Associations between toddlers and parents' BMI, in relation to family socio-demography: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, *15*(1252), 1-9. doi:10.1186/s12889-015-2602-8
- Ljungkrona-Falk, Brekke, & Nyholm. (2013). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, *29*(4), 730-738. doi:10.1093/heapro/dat023
- Mangrio, E., Lindström, M., & Rosvall, M. (2010). Early life factors and being overweight at 4 years of age among children in Malmö, Sweden. *BMC Public Health*, *10*(764), doi:10.1186/1471-2458-10-764.
- Menon, S.T. (2002). Towards a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities. *Nurse Education Today*, *22*(1), 28-39. doi:10.1054/nedt.2001.0721
- Mikhailovich, K., & Morrison, P. (2007). Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *Journal of child health care*, *11*(4), 311-322. doi:10.1177/1367493507082757
- Nyatanga, L., & Dann, K. L. (2002). Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, *(3)*, 234-239. doi:10.1046/j.1466-769X.2002.00107.x
- Petersen, S., Brulin, C., & Bergström, E. (2003). Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umea, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatrica*, *92*(7), 848-853. doi:10.1111/j.1651-2227.2003.tb02545.x
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9. ed.). Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rankin, J., Matthews, L., Cobley, S., Han, A., Sanders, R., Wiltshire., H. D., & Baker, J. S. (2016). Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *14*(7), 125-146. doi:10.2147/AHMT.S101631
- Regber, S., Mårild, S., & Johansson Hanse, J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, *12*(27), doi:10.1186/1472-6955-12-27.
- Rikshandboken. (2013). Pedagogiskt bildmaterial. Hämtad 2017-02-12 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Grunda-sunda-vanor/Pedagogiskt-bildmaterial-med-manual/>
- Rikshandboken. (2015). Programförklaring. Hämtad 2017-02-12 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Oversikt/Programforklaring/>
- Rikshandboken. (2016). Vid vilka åldrar och hur mäter BVC barn. Hämtat 2017-02-02 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Vid-vilka-aldrar-och-hur-mater-BVC-barn/>

Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G

Shier, H. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities and obligation. A new model for enhancing children's participation in decision making in line with article 12.1 of the united convention on the rights of the child. *Children and Society*, 5, 107-117. doi:10.1002/CHI.617

Socialstyrelsen. (2013). *Insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar*. Hämtad 2017-11-28 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19230/2013-10-24.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Indikatorer för hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtat 2017-08-24 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad\\_webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.indikatorer.for.halsoframjande.omvardnad_webb.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtat 2017-08-24 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Söderlund Lindhe, L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2008). Applying motivational interviewing to counseling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3), 442-449. doi:10.1093/her/cyn039

UNICEF Sverige. (2009). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

Water, T. (2011). Critical moments in preschool obesity: the call for nurses and communities to assess and intervene. *Contemporary Nurse*, 40(1), 60-70. doi:10.5172/conu.2011.40.1.60

WHO. (1946). *Constitution of WHO: principles*. Hämtat 2017-03-17 från <http://www.who.int/about/mission/en/>

WHO. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Hämtat 2017-08-21 från [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1)

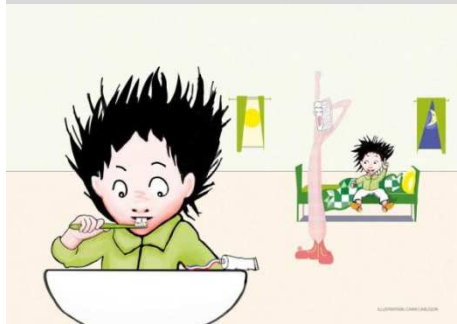
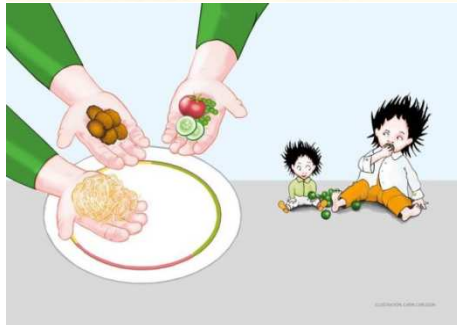
WMA. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtat 2017-03-11 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Vårdgivare Skåne. (2016). *Grunda Sunda Vanor på BVC*. Hämtad 2017-02-14 från <http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/framja-halsosamma-levnadsvanor/>



# Bilaga 1. Grunda Sunda Vanor Bildmaterial

(Rikshandboken, 2013)



# Bilaga 2. Minibok

(Rikshandboken, 2013)

## Grunda Sunda Vanor



Hej! \_\_\_\_\_

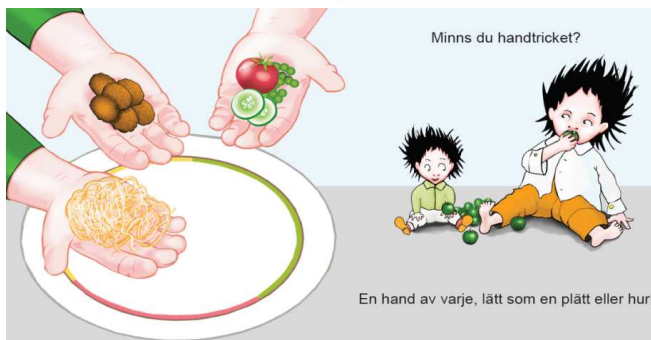
Känner du igen mig? Det är jag, Trollet. Vi sågs på BVC. Där pratade vi och gjorde olika saker tillsammans.

Du träffade även några frukt- och grönsaksfigurer.

Varför är det bra att äta frukt och grönsaker, tror du? Vad tror dina föräldrar?



Här kan du rita en frukt eller en grönsak som du tycker om.



Minns du handtricket?

En hand av varje, lätt som en plätt eller hur!

Mmmm, vatten är bäst!  
Kroppen och tänderna gillar det allra mest.



## Grunda Sunda Vanor – hälsosamma levnadsvanor!

"Alla barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa"  
(artikel 24, Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter)



Text:  
Linda Håkansson, Distriktsköterska/Vårdutvecklare  
Marianne Dervig, Barnhälsovårdsöverstare  
Ulrika Björjesson Munk, Barnsjuksköterska  
Granskning Malin Bergdahl, Grundskollärare  
Illustration: Carin Carlsson

Här är de ju!

Vilken gillar du bäst?

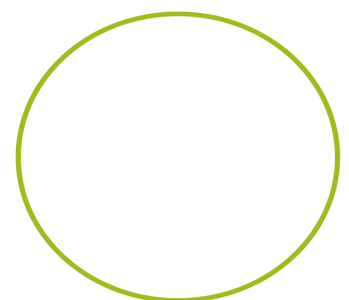


Apelsinen, moroten, bananen, gurkan, fikonet och melonen.



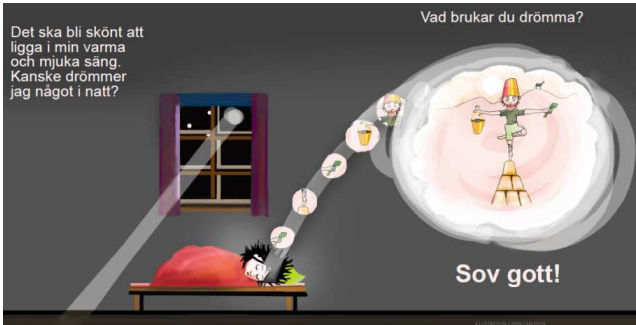
För att växa och må bra behöver vi olika sorters mat. Därför ser min tallrik ut så här.

Vilken är din favoritmat?  
Här kan du rita om du vill.



Det är roligt att leka, hoppa, springa och klättra.

Vad tycker du om att leka?



### Grunda Sunda Vanor

- Äta frukt och grönsaker varje dag
- Äta något från varje del på tallriken
- Handtricket en hand av varje
- Vatten är bäst



### Grunda Sunda Vanor

- Leka, hoppa, springa och klättra varje dag
- Läsa tillsammans en stund varje dag
- Borsta tänderna morgon och kväll



Vi ses igen på BVC när du är 5 år

# Bilaga 3. Informationsbrev till verksamhetschef

## Bakgrund

Fetma anses vara en av de största utmaningarna som det moderna samhället står inför. Barnhälsovården har en viktig uppgift i att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande angående barns övervikt. Grunda Sunda vanor har utarbetat en samtalsmodell med pedagogiskt bildmaterial för att stötta sjuksköterskor i deras samtal med barn och föräldrar kring hälsosamma levnadsvanor vid 4-årsbesöket. Detta behöver nu utvärderas för att undersöka betydelsen det har för samtalen samt möjliggöra utveckling inom det hälsofrämjande arbetet.

## Syfte

Beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med pedagogiskt bildmaterial i hälsofrämjande syfte i samband med fyraårsbesöket inom barnhälsovården

## Tillfrågan om deltagande

Önskemålet är att få komma till Er enhet och genomföra intervjuer med sjuksköterskor inom barnhälsovården och som arbetat med bildmaterialet från *Grunda sunnda vanor*. Sjuksköterskorna på er enhet medverkar i Grunda Sunda Vanors projekt sedan tidigare, och har varit i kontakt med Mariette Derwig samt gett sitt godkännande angående att även delta i denna studie. Varje intervju beräknas ta cirka 40 minuter och kommer att ske i september/oktober 2017.

## Hantering av data

Intervjun kommer att spelas in och sedan användas till en examinationsuppgift vid Jönköpings universitet. Resultatet kan eventuellt komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. I fall resultatet från studien publiceras, kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

## Kontakt

Vi önskar ert godkännande/nekande via mail till att genomföra denna studie inom er verksamhet. Om ni inte har svarat inom två veckor kommer vi åter försöka kontakta er för att inhämta svar.

## Handledare för studien

Berit Munck, universitetslektor Jönköpings universitet, tel. 036- 10 12 10, berit.munck@ju.se  
Mariette Derwig, Barnhälsovårdsöverläkare, kunskapscentrum för barnhälsovård och doktorand via Lunds Universitet, Tel: 040-623 94 29, mariette.derwig@skane.se

## Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

Sofia Brattwall-Eilert, tel: 070-580 30 26 eller mail: sbrattwalleilert@gmail.com  
Emelie Tysk, tel: 0708-12 66 65 eller mail: emelietysk@gmail.com

# Bilaga 4. Informationsbrev till sjuksköterskor

## Sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med pedagogiskt bildmaterial från projektet Grunda Sunda Vanor

### Bakgrund

Fetma anses vara en av de största utmaningarna som det moderna samhället står inför. Barn som är överviktiga i förskoleåldern, har större benägenhet att vara överviktiga i vuxen ålder. Barnhälsovården har en viktig uppgift i att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande angående barns övervikt. Grunda Sunda vanor har utarbetat en samtalsmodell med pedagogiskt bildmaterial för att stötta sjuksköterskor i deras samtal med barn och föräldrar kring hälsosamma levnadsvanor vid 4-årskontrollen. Detta behöver nu utvärderas för att undersöka betydelsen det har för samtalen samt möjliggöra utveckling inom det hälsofrämjande arbetet.

### Syfte

Beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med pedagogiskt bildmaterial från Grunda Sunda vanor i samband med fyraårskontrollen.

### Tillfrågan om deltagande

Du tillfrågas eftersom du har arbetat med Grunda Sunda Vanors material. Önskemålet är att få intervjua dig angående dina erfarenheter kring materialet. Intervjun kommer att spelas in. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avstå från deltagande, eller avbryta din medverkan i studien och du behöver inte ange någon orsak.

### Hantering av data

Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en examinationsuppgift vid Jönköpings universitet. Resultatet kan eventuellt komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift. I fall resultatet från studien publiceras, kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

### Kontakt

Kan du tänka dig att delta i studien? Jag kontaktar dig två veckor efter att du fått brevet för mer information och planering för intervju.

### Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

Sofia Brattwall-Eilert, Sjuksköterska tel. 070-580 30 26 och sbrattwalleilert@gmail.com  
Emelie Tysk, Sjuksköterska tel. 0708-12 66 65 eller mail. emelietysk@gmail.com

### Handledare för studien

Berit Munck, universitetslektor Jönköpings universitet, tel. 036- 10 12 10, berit.munck@ju.se  
Mariette Derwig, Barnhälsovårdsöverläkare, kunskapscentrum för barnhälsovård och doktorand via Lunds Universitet, Tel: 040-623 94 29, mariette.derwig@skane.se

## Bilaga 5. Intervjuguide

- Beskriv hur du använder Grunda Sunda Vanor-materialet i ditt hälsofrämjande arbete?
- Kan du berätta vad som fungerar bra när du använder dig av bildmaterialet vid 4 års hälsobesök?  
*- Har du något exempel på ett hälsobesök när det fungerade bra*
- Kan du berätta vad som fungerar mindre bra när du använder dig av bildmaterialet 4 års hälsobesök?  
*- Har du något exempel på ett hälsobesök när det fungerade mindre bra*
- Hur upplever du att barnen reagerar på materialet?
- Hur upplever du att föräldrarna reagerar på materialet?
- Hur upplever du att miniboken kompletterar det övriga bildmaterialet?  
*- vilken betydelse tror du att miniboken har?*
- På vilket sätt upplever du att bildmaterialet kan utvecklas för att uppnå en förbättring?

Följdfrågor kommer att ställas till huvudfrågorna vid behov, såsom kan du utveckla, vill du beskriva?

- Är det något mer du tänker på, vill fråga om eller vill tillägga?

# Bilaga 6. Samtyckesblankett

## Samtycke till deltagande

Jag har fått ta del av skriftlig och muntlig information kring intervjustudien *Erfarenheter av att arbeta hälsofrämjande med barns övervikt med hjälp av pedagogiskt bildmaterial*. Deltagandet sker frivilligt och får när som helst avbrytas under studiens gång, utan att orsak behöver anges.

Jag samtycker till medverkan i studien

---

Datum

---

Underskrift deltagare

---

Underskrift studiens ansvariga sjuksköterska

---

Underskrift studiens ansvariga sjuksköterska