



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

# Föräldrars upplevelse av ett samtal om kost på barnavårdscentralen

Författare: Jenny Petersson

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Maria Nyholm

Examinator: Carin Staland-Nyman och Annette Sverker

---

Sahlgrenska akademien  
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Föräldrars upplevelse av ett samtal om kost på barnavårdscentralen

Engelsk titel: Parents experience of a conversation about diet on the Child Health Care centre

Författare: Jenny Petersson

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Maria Nyholm

Examinatorer: Carin Staland-Nyman och Annette Sverker

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** I Skaraborg hålls sedan 2005 ett standardiserat samtal om kost och fysisk aktivitet på 1,5- och 3-års- hälsokontrollen på barnavårdscentralerna (BVC). Samtalet hålls för att förebygga övervikt och fetma hos barnet. **Syfte:** Syftet med uppsatsen är att undersöka hur föräldrarna upplever detta samtal, samt vad de upplever att det bidragit med efter drygt sex månader. **Metod:** Kvalitativ insamling av data genom 11 intervjuer, som hölls med föräldrarna direkt efter samtalet på BVC och fem telefonintervjuer efter sex till åtta månader senare. Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Tre huvudkategorier kom fram i analysprocessen, *det egna förhållningssättet*; med underkategorierna; förväntningar på BVC samt påverkan från andra aktörer, som visade att det finns ett förtroende för BVC när det gäller kostfrågor. Kategorin *tolkning av hälsosamtalet*; med underkategorierna; det praktiska utförandet och upplevelse av att tala om kost, visade att föräldrarna tyckte att samtalet hölls på ett bra sätt men med vissa förslag på förändringar. Den tredje kategorin *motivation* hade underkategorierna det som känns viktigast samt vad som kommer att anammas. För många av föräldrarna blev bekräftelsen det viktigaste med samtalet, en del kände också att det fanns saker de ville förbättra i sin kosthållning. Efter sex till åtta månader kom två kategorier fram: *bekräftelse* samt *förändring*. För några av föräldrarna var samtalet en bekräftelse på att de åt rätt, för andra ledde samtalet till en praktisk förändring i matvanorna. **Diskussion:** Samtalet om kost upplevdes som positivt av föräldrarna. För många av föräldrarna gav samtalet en bekräftelse på att de redan hade en bra kost hemma, för andra gav det motivation till förändring av vissa vanor. Undersökningen kan användas för att förstå föräldraperspektivet i ett samtal om kost och hälsosamma vanor och kan ge ett underlag för att förbättra detta samtal ännu mer.

**Sökord:** Barnfetma, hälsopromotion, hälsosamtal, kost, barnavårdscentral

## Abstract

**Introduction:** In Skaraborg, a standardized dialogue is being held since 2005 about diet and physical activity, during the 1,5- and 3-years health control at the Child Health Care centre (CHCC). The aim of the dialogue is to prevent overweight and obesity among children. **Aim:** The aim of this study is to examine the parents' experience of this dialogue, and what they perceive that the dialogue has contributed with after six months. **Methods:** Qualitative collection of data through 11 interviews held immediately after the dialogue, in addition to five telephone interviews conducted six to eight months after the dialogue. The interviews was transcribed and analysed with content analysis. **Results:** Three main categories emerged during the process of analysis; *the individual approach*, with the sub-categories expectations on CHCC and the influence of other actors showing that there is a trust in CHCC regarding diet issues. The category *interpretation of the health dialogue*, with the sub-categories the practical performance and experience of talking about diet, showed that the parents thought that the dialogue was being held in a satisfactory way but with room for some improvements. The third category *motivation* had the sub-categories the most important aspects and what is going to be embraced. For many of the parents, confirmation was the most important aspect of the dialogue, some also felt that there were things they wanted to improve in their diet. After six to eight months, two categories emerged: *confirmation* and *change*. For some of the parents the dialogue was a confirmation that their diet was satisfactory, for others the dialogue led to a change in the eating habits. **Discussion:** The dialogue about diet was perceived positively by the parents. For many of the parents, the dialogue was a confirmation that they already had a healthy diet at home, for others it gave motivation to change of some habits. The results can be used to understand the parents' point of view in a dialogue about diet and healthy habits and could give a foundation to improve this dialogue further.

**Key words:** Child obesity, health promotion, health dialogue, diet, Child Health Care centre

# Innehållsförteckning

<b>1.0 Inledning</b>	<b>1</b>
<b>2.0 Bakgrund</b>	<b>2</b>
2.1 Barnfetma ur ett folkhälsoperspektiv	2
2.2 Hälsöfrämjande arbete	3
2.3 Hälsöfrämjande arenor	4
2.4 Handlingsplan för att förebygga övervikt och fetma i Skaraborg	4
<b>3.0 Syfte</b>	<b>6</b>
<b>4.0 Metod</b>	<b>7</b>
4.1 Metodval	7
4.2 Informanter	7
4.3 Datainsamling direkt efter hälsosamtalet	7
4.4 Datainsamling sex månader efteråt	8
4.5 Dataanalys	8
4.6 Dataanalys av intervjuer direkt efter hälsosamtalet	8
4.7 Dataanalys av telefonintervjuer sex månader efter hälsosamtalet	9
4.8 Etiskt övervägande	10
<b>5.0 Resultat</b>	<b>11</b>
5.1 Föräldrars upplevelse av samtalet	11
5.1.1 Det egna förhållningssättet	11
5.1.2 Tolkning av hälsosamtalet	13
5.1.3 Motivation	16
5.2 Effekter efter drygt sex månader	18
<b>6.0 Diskussion</b>	<b>20</b>
6.1 Resultatdiskussion	20
6.2 Metoddiskussion	22
<b>7.0 Konklusion</b>	<b>24</b>
<b>8.0 Referenser</b>	<b>25</b>
<b>Bilagor</b>	
1. Frågeguide för intervjun direkt efter hälsosamtalet	27
2. Frågeguide för telefonintervjun sex månader efter hälsosamtalet	28
3. Checklista för 1,5-årskontrollen	29
4. Checklista för 3-årskontrollen	30

## 1.0 Inledning

Övervikt och fetma är ett allvarligt folkhälsoproblem i Sverige och globalt. Detta problem drabbar både barn och vuxna. Övervikt och fetma bland barn ger en ökad risk för sjukdom och för tidig död. Även då ökningstakten av fetma hos barn verkar ha avstannat i Sverige, krävs det att man fortsätter att aktivt förebygga detta problem (Marcus, 2009). Det är också viktigt att satsa på förebyggande arbete eftersom uppkommen övervikt och fetma kan vara svårbehandlat (Britton, 2005).

Av Statens Folkhälsoinstituts elva nationella folkhälsomål är det tredje barns och ungas uppväxtvillkor. I detta ingår att främja barns hälsa långsiktigt, till exempel genom program som syftar till goda levnadsvanor (Statens folkhälsoinstitut). Viktiga arenor att satsa på är familjen, mödra- och barnhälsovård, förskola och skola, hälso- och sjukvård, livsmedelsindustri och medier, samt att få till en samverkan mellan dessa områden (Perlhagen et al., 2007).

I Skaraborg har ett handlingsprogram mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar startats. Som en del av detta handlingsprogram hålls sedan 2005 ett standardiserat samtal på 15-20 minuter om familjens matvanor på alla Barnavårdscentraler i Skaraborg i samband med den ordinarie verksamheten under 1,5- och 3-årshälsokontrollen.

## 2.0 Bakgrund

### 2.1 Barnfetma ur ett folkhälsoperspektiv

Övervikt och fetma uppkommer i en kombination av gener och miljö. Den snabba ökningen av övervikt och fetma som skett i västvärlden de senaste decennierna visar att det framförallt handlar om livsstilsfrågor. Dagens samhälle uppmuntrar till ett stillasittande liv med bilåkande, mycket tid framför datorer, tv-tittande och en vardag som inte ställer så stora krav på fysisk aktivitet och detta ökar risken för övervikt. Det genetiska arvet spelar dock också in, till exempel går personer upp olika mycket i vikt vid ett lika stort energiintag (Asp, 2002). Kroppsvikten beror på balansen mellan energiintag och energiförbrukning. Övervikt uppkommer när energiintaget är för stort i förhållande till energiförbrukningen. Detta sker vanligtvis under en längre period och överskottsenergin lagras i kroppens energiförråd, fettväven (Lindroos and Rössner, 2007).

Ett indirekt mått som ofta används för att mäta övervikt och fetma är World Health Organisations (WHO) Body Mass Index (BMI) som är vikt/längd<sup>2</sup>. Gränsen för övervikt för vuxna är 25 och gränsen för fetma är 30. Det behövs dock andra gränsvärden för barn eftersom deras BMI-värden förändras mycket under uppväxten (Mårild et al., 2007). Cole et. al. utarbetade 2000 via organisationen International Obesity Task Force (IOTF) ålders- och könsjusterade BMI-värden för att skapa en internationell definition för övervikt och fetma bland barn i åldrarna två till 18. Detta gör det också lättare att jämföra förekomsten mellan länder (Cole et al., 2000). Dessa värden kallas i Sverige för Iso-BMI.

Övervikt och fetma är ett växande problem i både i- och u-länder och det har skett en dramatisk ökning bland barn och ungdomar. Ett exempel på detta är att förekomsten av fetma bland barn i åldern sex till elva år har ökat ungefär tre gånger i USA de senaste 25 åren (från 4 till 13 %). I England har de ökat över två gånger de senaste tio åren bland barn fyra till 11 år gamla (från 0,6 till 1,7 % bland pojkar och 1,3 till 2,6 % bland flickor) (Ebbeling et al., 2002). Denna snabba ökning av övervikt och fetma har även skett hos barn i Sverige. Ungefär 15-20 % av alla barn (0-15 år) är överviktiga och 3-5 % lider av fetma. De senaste 20 åren har antalet överviktiga barn fördubblats och andelen barn med fetma har fyr- till femdubblats (2009). I Stockholm hade åtta procent av sjuåringarna övervikt eller fetma 1989, men idag ligger siffran på 20 procent (Perlhagen et al., 2007). Ökningstakten av fyraåringar med ett BMI som indikerar övervikt eller fetma de senaste fem åren i fem landsting i Sverige verkar dock ha stannat av och även minska i vissa fall (Bråbäck et al., 2009). På undersökningar av tioåringar i Stockholm har man sett samma trend, där andelen överviktiga var stabilt och även med en liten minskning, främst bland flickorna (Sundblom et al., 2008). En vikande utveckling, dock är det viktigt att fortsätta preventionen på grund av den stora ökningen som ändå skett under de senaste decennierna (Marcus, 2009).

De fysiska hälsoproblem som barn och ungdomar kan drabbas av är till exempel gallsten, sömnapné, astma, typ 2-diabetes och ledbesvär. De psykosociala är bland annat i form av dålig självkänsla, depression och ätstörningar (Ebbeling et al., 2002). Fortsätter övervikten in i vuxen ålder, vilket det är stor sannolikhet för, ökar risken ytterligare att drabbas av dessa eller fler följsjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och cancer (Daniels, 2006) .

Tidigare har man trott att det inte varit någon fara om barn i förskoleåldern varit lite runda och att de kommer att springa av sig det, men studier har visat på att övervikten ofta grundläggs tidigt och sedan blir kvar. Risken verkar dock vara liten om barnet varit överviktigt under tre års ålder. För sjuåringar som har övervikt så har studier visat att 40-50 procent har det även som vuxna (Asp, 2002). I en studie fanns det en kraftigt ökad risk för fortsatt fetma i 10-årsåldern om barnet fått fetman mellan fyra till fem års ålder (Bråbäck et al., 2009). Om barnet har fetma i 6-7-årsåldern ökar risken att barnet ska ha fetma även som vuxen (Mårild et al., 2007). Det finns dock beräkningar på att det bara är 50 procent av de vuxna med fetma som haft det i barndomen eller tonåren. Men för barnet med fetma är alltså risken stor att den fortsätter in i vuxenlivet (Livingstone, 2001).

Den ekonomiska kostnaden för följsjukdomarna från övervikt och fetma om den följer med in i vuxen ålder riskerar att bli en tung börda för samhället ekonomiskt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) beräknade 2002 att ungefär 2 % av Sveriges utgifter för hälso- och sjukvård går till behandling av fetma och dess följsjukdomar, vilket innebär ungefär tre miljarder kronor (Asp, 2002).

## **2.2 Hälsöfrämjande arbete**

Prevention i det hälsöfrämjande arbetet handlar om att förebygga sjukdom. Primär prevention är insatser som görs för att sjukdom inte ska uppstå och sekundär prevention handlar om insatser för den som redan blivit sjuk för att den inte ska bli sämre (Kostenius and Lindqvist, 2006). Eftersom sekundär prevention mot övervikt och fetma inte visat sig vara så effektivt, det är med andra ord svårt att behandla, är det viktigt att satsa på primär prevention (Britton, 2005). Men även bland det förebyggande arbetet är det många studier som inte kan visa någon effekt. Det bör utformas och utvärdera nya bättre insatser för att främja goda matvanor bland barn samt att öka den fysiska aktiviteten (Asp, 2002).

Enligt en systematisk litteraturgenomgång som SBU gjort med 39 studier av förebyggande åtgärder mot fetma bland barn i åldern fem till tolv hade 41 % av studierna positiv effekt jämfört med kontrollgruppen och resten hade neutral effekt. SBU:s slutsats blev att skolbaserade program som går ut på att ge information och främja till goda mat- och dryckesvanor tillsammans med att öka intresset för fysisk aktivitet kan anses evidensbaserade (Britton, 2005). Det finns ännu inte så många studier på preventiva insatser riktade till barn under fem år. De som finns är framförallt riktade till förskolan, till hemmet och till barnhälsovården. Enligt en systematisk

översikt visade en tredjedel av studierna i förskolan positiva resultat när det gäller på att förändra beteenden som kan leda till övervikt, de som var riktade till hemmet visade några positiva effekter. De två studierna som var baserade på insatser till barnhälsovården visade också vissa positiva resultat och det föreslås att barnhälsovården kan vara en viktig arena (Hesketh and Campbell, 2010).

## **2.3 Hälsöfrämjande arenor**

En arena i folkhälsoarbetet är en plats eller verksamhet där människor samlas och dit insatser kan riktas för att påverka dem att leva mer hälsosamt (Janlert, 2000). Intresset för att använda arenaperspektivet har ökat sedan 1990-talet. Hälsöfrämjande skolor, hälsöfrämjande städer och hälsöfrämjande sjukhus är exempel på detta. Exempel på andra arenor kan vara arbetsplatser, universitet eller frivilligorganisationer (Pellmer and Wramner, 2002).

### **2.3.1. Barnavårdscentralen som en hälsöfrämjande arena**

Barnavårdscentralen (BVC) är en strategisk arena att bedriva folkhälsoarbete på eftersom BVC både har ett befolkningsinriktat och individinriktat arbete som är både hälsöfrämjande och förebyggande (Olander, 2003). Man når också så gott som alla barn, 99,6 % av alla föräldrar kommer dit även då det är helt frivilligt (Jansson et al., 1998). Barnavårdscentralen är en del av primärvården och platsen där barnhälsovården i Sverige bedrivs och besöken är helt kostnadsfria. Barnhälsovården har en lång historia, redan 1901 startade Mjölkdroppen som sedan utvecklades 1937 då statsbidrag gavs åt kommuner och landsting för att de skulle ta hand om mödra- och barnhälsovården. Framförallt inriktade man sig på barnets fysiska hälsa och hur barnet växte under det första året. På 1970-talet började verksamheten gälla alla förskoleåldrar. Det blev också en större betoning på det psykosociala, till exempel att försöka hjälpa och stödja föräldrarna i deras föräldraroll. De främsta arbetsuppgifterna inom BVC:s verksamhet är hälsoövervakning, vaccinationer och screening, hälsovård i förskola, föräldrautbildning och hälsovägledning. BVC-sjuksköterskan, föräldrarna och barnet träffas som tätast barnets första ett och ett halvt år, sedan är besöken ungefär ett per år. BVC-sjuksköterskorna har mycket erfarenhet av hälsovägledning och att möta föräldrar och barn från olika bakgrunder med skiftande förutsättningar och behov (Olander, 2003).

Att rikta sig med primärprevention till föräldrar med barn i 1,5- och 3-årsåldern är strategiskt då de flesta barn börjar äta familjens mat mellan dessa tidpunkter (Ljungkrona-Falk, 2008). Dessutom tar man tillvara på motivationen som finns hos föräldrarna att lära sig nya saker och ändra sin livsstil efter att de fått barn (Olander, 2003).



## 2.4 Handlingsprogram för att främja hälsosamma vanor i Skaraborg

Skaraborg är den östra delen av Västra Götaland och har ungefär 250 000 invånare, med städer som Falköping, Mariestad och Skara. Skövde är den största staden med 50 000 invånare. Områden med landsbygd har generellt högre förekomst av övervikt och fetma än stadsbebyggelse. Skaraborg är ett område med mycket landsbygd och har sedan 70-talet haft en högre förekomst av övervikt och fetma i befolkningen än i till exempel i Göteborg (Nyholm et al., 2008). År 2003 togs ett beslut om ett åtgärdsprogram: ”Handlingsprogram mot övervikt och fetma bland barn och ungdom i Skaraborg” och innefattar både primär- och sekundärprevention. Som primärprevention finns ett hälsosamtal som riktar sig till alla föräldrar som besöker BVC. Sekundärpreventionen består i att om barnet har övervikt eller fetma på fyra- eller fem och ett halvt-årskontrollen får föräldrarna erbjudande om att delta i en föräldragrupp (Ljungkrona-Falk, 2008).

Hälsosamtalet började som ett pilotprojekt men blev implementerat på alla BVC i Skaraborg 2005. Detta består av ett standardiserat samtal på 15-20 minuter om familjens matvanor på 1,5-årskontrollen och även om fysisk aktivitet på 3-årskontrollen<sup>1</sup>. Hälsosamtalet görs med hjälp av en checklista och tillhörande broschyrer. Ämnena som finns på checklistan (se bilaga 3 och 4) är **måltidsordningen** (om man äter regelbundna måltider och lagade mål), **måltidsdrycker och törstsläckare** (vad barnet får till måltiderna och när det är törstigt), **mellanmål** (fokus på hur mycket socker mellanmålen innehåller) och **godis** (hur ofta barnet äter det). På 3-årskontrollen tillkommer även frågor om **fett** (t.ex. vilket smörgåsmargarin som används hemma) och **fysisk aktivitet** (hur mycket och ofta barnet är aktivt och hur mycket stillasittande aktiviteter barnet har). Checklistan är till för att underlätta för sjuksköterskorna som håller hälsosamtalen så att de vet vilka ämnen som är bra att ta upp. Målet med hälsosamtalet är att föräldrarna ska fundera över familjens vanor kopplat till hälsa och vilka förändringar som skulle kunna göras för att förbättra hälsan (Ljungkrona-Falk, 2008).

Hälsosamtalet har tidigare utvärderats med fokusgruppsintervjuer och enkäter med BVC-sjuksköterskorna som är involverade, om deras erfarenheter och upplevelser (Ljungkrona-Falk, 2008). Att undersöka vad föräldrarna tycker är viktigt för att även förstå föräldraperspektivet, och vilka effekter samtalet ger. Detta kan även ge underlag för eventuella förbättringar.

---

<sup>1</sup> När denna studie gjordes var det vid 3-års ålder, numera görs denna hälsokontroll vid 2,5 års ålder.

### **3.0 Syfte**

Syftet med denna studie är att undersöka hur föräldrar med barn i förskoleåldern upplever ett hälsosamtal om kost och fysisk aktivitet vid besök på barnvårdscentralen, samt vilka effekter de upplever av detta samtal efter drygt sex månader.

## 4.0 Metod

### 4.1 Metodval

Intervjuer valdes som metod för att undersöka hur hälsosamtalet uppfattades av föräldrarna. Metoden valdes med avsikten att föräldrarna skulle få berätta med egna ord om sina upplevelser (Kvale, 1997). Tanken var att få del av föräldrarnas spontana tankar kring hälsosamtalet samt hur de kan relatera det till sin egen vardag. Intervjuerna var halvstrukturerade, vilket innebär att ett antal teman med förslag till frågor användes och att frågorna varierades i ordning och uppbyggnad för att följa vad föräldrarna berättade (Kvale, 1997).

### 4.2. Informanter

Intervjuerna genomfördes på två barnvårdscentraler i två kommuner i Skaraborg. Föräldrar tillfrågades av BVC-sjuksköterskan om att delta i studien. I nio av intervjuerna ringde sjuksköterskan en vecka innan hälsosamtalet och frågade, i två fall precis innan hälsosamtalet började. Det var sjuksköterskan som valde ut informanterna, men urvalet berodde i huvudsak på vilka 1,5- och 3-årskontroller som var inbokade de aktuella dagar som var möjliga för intervjuerna att komma. En person tackade nej som blev tillfrågad i samband med sitt hälsosamtal i kommun två. Det var åtta kvinnor och tre män som blev intervjuade, i olika åldrar. Det fanns både föräldrar som hade ett barn, och de som hade fler barn sedan innan. Efter intervjun tillfrågades föräldrarna om det gick bra att de blev uppringda om ungefär sex månader för att göra ytterligare en kort intervju. Efter drygt sex månader ringdes föräldrarna upp igen. Då blev fem föräldrar intervjuade, av dessa var tre kvinnor och två män. Detta gjordes under uppsatsskrivandens praktikperiod. På grund av tidsbrist föll de föräldrar bort som inte gick att få tag i de dagar det fanns möjlighet att göra telefonintervjuer. De två intervjuerna i kommun två gjordes under denna period vilket gjorde att inget uppföljande samtal var möjligt att genomföra under samma period.

**Tabell 1. Antalet intervjuer i studien (och bortfall inom parantes)**

<b>Kommun</b>	<b>Direkt efter hälsosamtalet</b>	<b>Efter 6 månader</b>
<b>1</b>	<b>9</b>	<b>5 (4)</b>
<b>2</b>	<b>2 (1)</b>	<b>0 (2)</b>
<b>Summa:</b>	<b>11 (1)</b>	<b>5 (6)</b>

### 4.3. Datainsamling direkt efter hälsosamtalet

För att besvara den första delen i syftet utfördes intervjuer direkt efter samtalet med sjuksköterskan. Samtalen för 1,5- och 3-åringar var hos två barnvårdssjuksköterskor; nio samtal hos en, som handledaren till uppsatsen gjorde och två hos den andra, som

uppsatsskrivanden gjorde. Intervjuaren var med under hälsosamtalen, den del av hälsokontrollen som handlade om kost och fysisk aktivitet, samt observerade och förde anteckningar. Sedan gick föräldern, barnet och intervjuaren till ett angränsande rum där intervjuaren gav en kort muntlig information om studiens syfte. Deltagandet var helt frivilligt och föräldrarna kunde när som helst dra sig ur. Det informerades också om att en bandspelare skulle användas. En bekräftelse på att föräldern fått denna information, ett informerat samtycke, skrevs på av föräldern. Efter detta hölls intervjun med hjälp av en intervjuguiden (se bilaga 1) och varade i cirka tio minuter.

#### **4.4. Datainsamling ca sex till åtta månader efteråt**

Ungefär sex till åtta månader efter första intervjun ringdes föräldrarna upp igen av uppsatsskrivanden, med hjälp av en intervjuguide (se bilaga 2), med frågor om hälsosamtalet; t.ex. vad föräldrarna mindes och om de förändrat något i kosthållningen sedan hälsosamtalet osv. Av dessa var tre kvinnor och två män. Svaren antecknades under samtalets gång och intervjuerna blev cirka sju minuter långa.

#### **4.5. Dataanalys**

Materialet analyserades med innehållsanalys där materialet delades upp i under- och överkategorier och blev en sammanfattning av föräldrarnas åsikter, tillsammans med citat. En innehållsanalys kan fokusera på att antingen beskriva och tolka det manifesta innehållet, vad som sägs öppet i ord eller att fokusera på att tolka den underliggande meningen till det som sägs, det latenta innehållet. De meningsbärande enheterna är sammanhållande text eller meningar om ett och samma ämne. Dessa enheter utkristalliseras, kondenseras, till kondenserade meningsbärande enheter och får i sin tur en kod. Meningsbärande enheter om samma ämne samlas i kategorier. Kategorier är en grupp av meningsbärande enheter om ett ämne. Det ska finnas kategorier för all data som berör syftet och ingen data ska hamna mellan eller kunna passa i två olika kategorier. Av kategorierna kan sedan huvud- och underkategorier skapas (Lundman and Graneheim, 2008) (Graneheim and Lundman, 2004). Analysen i denna studie fokuserar på det manifesta innehållet. Texten har delats upp i meningsbärande enheter som kondenserats och sedan fått olika koder. Dessa koder har i sin tur delats upp i kategorier. Tillvägagångssättet som beskrivs ovan har använts.

#### **4.6. Dataanalys av intervjuer direkt efter hälsosamtalet**

Intervjuerna lästes igenom i sin helhet några gånger för att ge en större bild av innehållet. Sedan delades intervjuerna upp i meningsenheter, det som handlade om samma sak. Dessa kondenserades och fick koder. Koderna skrevs upp på pappersbitar och för att hålla koll på varifrån alla koder kom, sammanlagt blev det ungefär 130 stycken, så skrevs en siffra för varje kod om något var tvunget att dubbelkollas. Exempelvis 5.8, vilket innebar intervju fem, kod nummer åtta i ordningen. Sedan

sorterades dessa lappar in i grupper efter sammanhang. Detta blev de olika underkategorierna. Några underkategorier var snarlika och kunde sammanföras till en underkategori. Efter detta söktes ett samband mellan de olika underkategorierna för att se vilka som hörde ihop och i denna process kom huvudkategorierna fram. Det har även skett en triangulering då handledaren analyserade en intervju och resultaten jämfördes.

#### 4.7. Dataanalys av telefonintervjuer sex månader efter hälsosamtalet

Tillvägagångssättet var likadant som för intervjuerna direkt efter hälsosamtalet, men här rörde det sig om en betydligt mindre textmassa och det blev endast två underkategorier.

**Tabell 2. Exempel på processen för att få fram underkategorier och huvudkategorier**

<b>Huvudkategori</b>	<i>Det egna förhållningssättet</i>	<i>Tolkning av hälsosamtalet</i>	<i>Motivation</i>
<b>Underkategori</b>	Förväntningar på BVC	Det praktiska utförandet	Vad som kommer att anammas
<b>Kod</b>	Få veta att allt är normalt	Ok börja övergripande	Skära upp grönsaker
<b>Kondensering</b>	Det är bra att få koll på att allt ser okej ut.	Det är okej att börja övergripande med måltidsordningen	BVC-sjuksköterskan sa att man kan skära upp grönsakerna i stavar, att man kan göra lite fräscht av det, eftersom grönsaker inte är så populärt hemma.
<b>Meningsenhet</b>	”Och så att liksom få koll på att allt ser bra ut exempelvis. Okej och så där.”	”Nej, det tyckte jag var ganska bra för måltidsordningen är väl ganska övergripande när det gäller mat, att man får in alla måltider så, det verkar väl okej.”	”Jag tänkte just på det här att man kan... eh... som vad heter det... X sa, det här att man kanske kan försöka att skära upp det liksom i stavar, eller ja. Jag tänker på grönsaker eftersom det inte är så populärt hemma. Att man kan försöka göra lite fräscht av det.”

#### 4.8 Etiskt övervägande

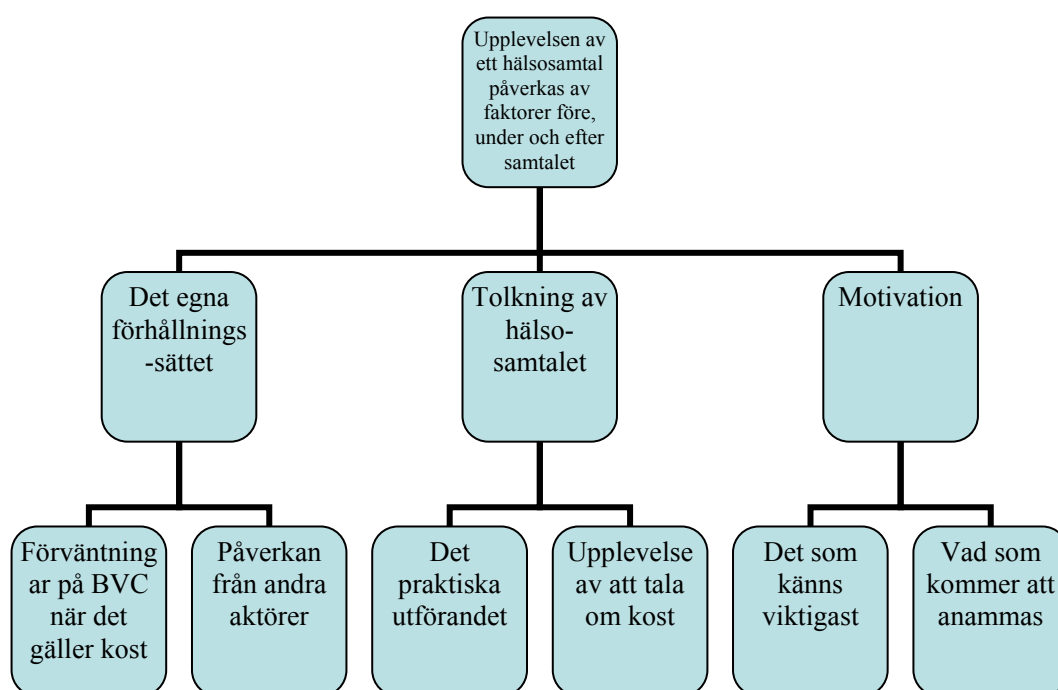
Uppsatsen är en del av en större utvärdering av hälsosamtalet som görs av Skaraborgsinstitutet i Skövde. Etikprövning för utvärderingen har gjorts och är godkänd av en etisk kommitté på Göteborgs universitet.

När det gäller forskning finns det fyra viktiga saker att tänka på; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Nyberg, 2000). Informationskravet: Föräldrarna fick ett informationsblad hem en vecka innan hälsosamtalet där det stod om studiens syfte och kontaktpersoner och telefonnummer. Föräldrarna blev även informerade igen precis innan intervjun skulle börja om syftet med studien och om hur den skulle gå till. De fick veta att det var helt frivilligt att delta och att de kunde dra sig ur när som helst om de valde att delta. Samtyckeskravet: föräldern fick skriftligt bekräfta att de fått informationen och att de själva valde att delta genom att skriva på ett informerat samtycke innan intervjun. Konfidentialitetskravet har beaktats genom att endast uppsatsskrivanden och handledaren har hanterat intervjuerna i tal och i skrift. Dessutom har personuppgifter för de intervjuade inte förvarats tillsammans med intervjuerna, för att någon utomstående inte ska kunna identifiera dem. Nyttjandekravet innebär att uppgifterna bara får användas för forskningsändamål och de kommer att förvaras inlåsta på Skaraborgsinstitutet i Skövde.

## 5.0 Resultat

### 5.1 Föräldrars upplevelse av samtalet

Efter genomförd analys framkom ett latent tema följt av manifest innehåll i form av tre kategorier och sex underkategorier (se figur 1). Temat visar att det finns faktorer innan, under och efter samtalet som påverkar föräldrarnas upplevelse av samtalet. De tre kategorierna är det egna förhållningssättet, tolkning av hälsosamtalet samt motivation.



Figur 1: Tema, kategorier och underkategorier, vilka beskriver hur föräldrar upplever ett samtal om hälsosammare vanor och fysisk aktivitet på BVC .

#### 5.1.1 Det egna förhållningssättet

Kategorin beskrev föräldrarnas egna förhållningssätt till BVC i allmänt och vilka förväntningar man som föräldrar har vid besök på BVC. Kategorin beskrev även vad som annars upplevs som andra viktiga källor för att få kunskaper om mat till barnet. Kategorin inkluderade två underkategorier; förväntningar på BVC och annan påverkan.

## **Förväntningar på BVC när det gäller kost**

Innan hälsosamtalet kommer föräldrarna med förväntningar till besöket på BVC, både negativa och positiva. De har också en inställning till BVC och dess roll och betydelse kring att sprida information om mat. Föräldrarna beskrev att det viktigaste med att komma till BVC var möjligheten att få en koll på att allt ser bra och normalt ut hos barnet. På BVC är det också viktigt att kunna ställa de frågor som de funderar över.

*”Men just att man har chansen att ställa de frågorna som man kanske går och grubblar på hemma. Det är lätt att man kanske oroar sig för saker som det inte alls finns någon anledning att vara orolig för. Ofta är det just för att stilla... stilla eventuell oro! Och så liksom få koll på att allt ser bra ut exempelvis. Okej, och så där. Det är skönt att veta att det är normalt och...”*

En förälder förväntade sig samtalet om kost eftersom den hade haft erfarenhet med ett äldre barn. Några av föräldrarna förväntade sig att få en tillsägelse över saker som de upplever inte fungerar i deras kosthållning och blev lättade när så inte blev fallet.

*”... Hon äter inte bra, som sagt. Att sen att det kan vara svårt att få i henne mellanmål till exempel. Jag kanske var lite rädd, orolig, att hon skulle säga att: Nämen, ni måste se till att hon får i sig det här, och det här och det här. Men det var ju inte så.”*

Föräldrarna uttrycker ett förtroende för råd från BVC när det gäller kost. En förälder menade att skulle det vara någonting som verkligen oroade skulle den definitivt vända sig till BVC. BVC upplevdes av en förälder som en viktig auktoritet när barnen får sin första mat. Föräldrarna har också förväntningar på att få den kostinformation de behöver och tycker att BVC har ett ansvar att informera om vad som är en bra kost.

*”... BVC tycker jag ska stå för den faktakunskapen som krävs; basen... det tror jag på. Jag tror definitivt på vad de säger.”*

*”De har ju liksom en plikt, eller skyldighet så, att informera om vad som är en bra kost och sen så kanske... och kunna se om någonting verkar vara, gå åt fel håll, eller vad man ska säga. Ja, att se till att man har den, all den informationen och kunskapen som man behöver, för att kunna hålla en bra kost hemma. Och sen... om man gör det råder inte de så jättemycket över det. Men man ska veta i alla fall om vad som är rekommenderat.”*

## **Påverkan från andra aktörer**

I dagens samhälle finns mycket information och många diskussioner om kost. Förhållningssättet till BVC när det gäller kost påverkades av vem föräldrarna brukar lyssna på när det gällde frågor om mat och matvanor hemma. En förälder ville gärna tillgodogöra sig ny information men kände att det fanns för mycket, t.ex. forskning, vilket gjorde det svårt att ta till sig. Den upplevde det som jobbigt också att



informationen ständigt förändrades. Föräldrarna hade olika auktoriteter i sina liv när det gäller kost, vem de skulle vända sig till, allt från öppna förskolan, till de egna föräldrarna och att söka information på nätet och på föräldraforum, där föräldrar ger råd till varandra. Någon hade lyssnat på en föreläsare på barnets förskola och flera vanor hade ändrats efter detta. Flera kände också dietister, antingen som släktingar, vänner eller arbetskamrater, och skulle vända sig till dessa i första hand. Överlag tog föräldrarna till sig information på olika ställen.

*”Det är lite överallt man tar till sig information. Jag brukar inte lyssna någonstans specifikt så utan...”*

En förälder tyckte att den fått mycket råd och annan information om hur man ska äta, men följde inte alltid detta ändå. Föräldrarna lyssnade på olika ställen och tog sedan ställning till vad de valde att följa. Råd från deras egna föräldrar tog de till sig om de tyckte att det var rimligt eftersom mycket har förändrats sedan de var små. Ingen förälder sa rakt ut att de skulle vända sig till massmedia för att få råd, men de lyssnade mer eller mindre, en del tog exempelvis till sig information från olika larmrapporter. De menade att de blev påverkade om de hörde mycket om en sak. Några av föräldrarna menade att de inte lyssnar på massmedia utan sökte upp informationen själva.

*”Då skulle man bli knäpp tror jag, om man skulle tro på allt Aftonbladet skriver om vad man ska ge sina barn och inte.”*

Det fanns också en påverkan i form av en inre trygghet som gjorde att en förälder inte kände att den hade så mycket frågor kring det här med kost.

*”/.../ men jag känner mig ganska bekväm nu med vad hon äter.”*

## **5.1.2 Tolkning av hälsosamtalet**

Kategorin beskrev föräldrarnas olika synpunkter på samtalet, både på de praktiska delarna men också på hur de upplevde det att prata om kost. Föräldrarna hade en hel del praktiska synpunkter om samtalet, både negativt och positivt. Kategorin tar upp vad föräldrarna tyckte om checklistan som sjuksköterskan använder för att genomföra samtalet och broschyrerna för föräldrarna att ta med hem. Kategorin beskrev också vilken betydelse föräldrarna tyckte att samtalet hade. Kategorin inkluderar två underkategorier: det praktiska utförandet och upplevelsen av att tala om kost.

### **Det praktiska utförandet**

Föräldrarna tyckte att det var lagom med information som gavs under samtalet, att det blev en bra diskussion och att det fanns möjlighet att få mer information om de hade velat. Längden på samtalet bedömde de vara bra liksom att möjligheten fanns att förlänga samtalet om de hade haft fler frågor eller någon problematik kring maten. En

förälder upplevde dock att samtalet var lite för kort och hade kunnat vara mer omfattande.

Föräldrarna tyckte följande om manualen: det var bra ämnen som togs upp, bra att den började övergripande (med måltidsordningen) och att manualen gjorde samtalet mer överskådligt och tydligt.

*”Det är väl jättebra! I synnerhet för mig, det kanske är för att jag är man. Jag tycker att det är lätt att se när det är överskådligt och bra så.”*

Även om det var saker de redan visste, tyckte de att det var bra att bli påmind. En förälder tyckte att det var bra att bli påmind om att göra mer fysiska aktiviteter med barnen istället för att titta på tv, vilket det är lätt att få dåligt samvete för. Standardiseringen upplevdes positivt, det vill säga att detta är ämnen och frågor som tas upp med alla föräldrar. De upplevde att det är lätt att vara lite blind för vad de ger barnen men frågorna gjorde att de reflekterade över matvanorna.

*”Jag menar att när man får något presenterat framför sig så måste man ta ställning till det, tror jag. Det ger upphov till diskussion, tycker jag. Så jag tror att lappen är väldigt viktig. För det tror, det är inga föräldrar, tror inte jag, som vill se sina barn äta dåligt. Utan får man den frågan: Så hur går det med maten? – Ja, bra. Så kanske det finns massor med saker som man inte tänker på.”*

Det upplevdes värdefullt att få tips och de flesta skulle titta på informationsmaterialet när de kom hem, som ett tillfälle att lära sig mer. Tabellen med alternativ till sockerrika produkter uppskattades av många föräldrar. En förälder upplevde dock att den var svår att förstå på grund av layouten och efterfrågade mer förklaring av BVC-sjuksköterskan. Tabellen skulle komma till användning hemma hävdade en förälder:

*”Men jag kommer ju att visa både min man och son det här och förklara för bägge två. Det är så bra. /.../ Det här är ju bra att kunna hitta. Det kommer jag att ha, det kommer jag nog sätta upp på kylskåpet hemma.”*

En del föräldrar kände inte att de hade så stor nytta av extramaterialet. Någon tackade nej till broschyren med anledning av att det fanns risk att bli lite för fokuserad på maten och hade en önskan att leva vanligt så länge barnet inte hade några problem med vikten. Det fanns även föräldrar som tyckte att extramaterialet inte kändes så aktuellt för tillfället men skulle få användning av det senare, eftersom barnet ännu åt så begränsat. En annan hade fått broschyren tidigare men upplevde att den inte gav några nya kunskaper.

Flertalet av föräldrarna saknade inget i samtalet och kom inte på något mer som de skulle kunna ha frågat om, eller något man kunde ha gjort annorlunda i samtalet men menade att det också beror på vilka vanor man har. De flesta kände att det fanns möjlighet att ta upp fler saker än vad som stod på manualen och kände sig inte begränsade av den. En förälder menade också att den tänkte till innan ett sådant här

samtal och kan ställa de frågor den funderar på vilket gör att ingenting saknades i samtalet.

*”När man blir kallad till hälsosamtal så tänker man till innan tycker jag. Ja, och försöker tänka lite på, ja, hur man lägger upp dagen när det gäller maten. Jag tror att ju bättre, det kanske låter klyschigt, nej, ju mer insatt du är när du kommer hit, ju mer kan du diskutera. Än om du bara skulle negligera det va, tycker jag. Så att jag kan inte säga riktigt att det skulle vara någonting som saknas utan det måste vara någonting man inte tänkt på i så fall.”*

Några av föräldrarna saknade däremot vissa saker som hade kunnat tas upp mer i samtalet. En förälder tyckte att det var bra att samtalet var strukturerat så att man inte skulle glömma något men hade gärna velat att man hade varit lite friare i strukturen. Annat som efterfrågades var mer förklaringar och bakgrund till de råd som gavs under samtalet, för att kunna koppla det mer till hälsa och ohälsa. Ett exempel på detta är varför man inte ska ge barnen socker och söta saker. De ville också få reda på orsaken varför det är så viktigt att börja redan nu och prata om maten, eftersom barnen fortfarande är så små. Andra saker som efterfrågades var information om allergier och laktosintolerans. En förälder ville att man skulle ta upp att barn äter mindre än vad vuxna gör och därför behöver äta regelbundet för att orka en hel dag. En förälder tyckte också att man skulle ta upp ensidigheten i kosten, att det lätt blir samma mat som barnen äter och hur detta påverkar hälsan. Det fanns funderingar om detta var farligt, även om den hade hört att det inte var någon fara. Den menade att man som förälder har stor makt över maten, eftersom man kan servera vad man vill, men samtidigt har barnet ändå alltid sista ordet vad den väljer att äta.

### **Upplevelse av att tala om kost**

Föräldrarna uppskattade att bli påmind i vardagslivet om att kosten är viktig. Det upplevdes som lätt att glömma på vardagarna när man har bråttom och lagar det som går fortast att göra. De tyckte att det var ett viktigt ämne att ta upp för att det är en så stor del i livet. Och några tyckte att det var viktigt att ta upp så här tidigt, för att man som barnfamilj kanske ändrar måltidsmönster och tänker till lite mer. Föräldrarna upplevde att det var lärorikt att prata om kost för att det finns en möjlighet att lära sig nya saker. Men många föräldrar tyckte att det som togs upp under samtalet inte var något nytt utan så som de brukar äta, och tog samtalet som en bekräftelse på att de inte ger fel saker till sina barn. De menade också att det inte bara är viktigt för barnen att man äter rätt, utan att man blir piggare som förälder också om man gör det. Många föräldrar kände sig trygga med vad barnen får för mat hemma och tyckte att det var gick bra att prata om kost.

*”Jag försöker att tänka och vara rätt noga på med vad jag ger dem så att jag var inte besvärad eller någonting så där, eller typ... Det var ingen fara att prata om alls.”*

Samtidigt var det även en förälder som tyckte att det var jobbigt när maten hemma togs upp eftersom dess barn åt dåligt.

*”Ja, eh, det blir ju lite så där, man liksom: Oh nej, man vill inte riktigt prata om mat när det gäller henne...! För att hon är så svår med mat, kan jag känna, då.”*

Att det är enklare att prata om kost om man inte har några egentliga problem hemma var det en förälder som resonerade kring. Men de flesta upplevde det som positivt med dialogen med BVC-sjuksköterskan. De kände att de kunde säga vad de tyckte och tänkte om saker och vara delaktiga i samtalet och att det inte bara var att sitta och lyssna på information. De tyckte också att det var bra att få reda på vad man ska ge och inte ge, och få tips och alternativ och att det var bra att BVC stämmer av vad man ger barnen hemma, så att det inte blir för mycket socker till exempel. BVC upplevdes som en bra plats att diskutera dessa frågor på och att det inte fanns några andra bra ställen att gå igenom det på. Att sjuksköterskan ställde frågor så att de fick tänka till, upplevdes som viktigt och bra. Samtidigt var det några av föräldrarna som uppfattade detta mer som en koll än en dialog.

*”Då, hm... så, men då är jag ändå glad att, att man, att man kollar, att man har möjlighet att kolla också. /.../ ja, lite mer så en koll liksom att så här, ja lite så. Ja, mer än, mer än information... /.../ Men jag tycker att det är okej. För att, jag har inget problem med att man kollar upp mig. Jag menar, jag menar, jag kan ju höra mig själv att jag sa det mer som en koll snarare än som information. Hm... ja, hm... det, det kanske får gå hand i hand så, koll och information, att det... Jag kan nog känna att när man har barn så är man så, jag är så mån om att, att man gör rätt så då ser jag inget problem med att det är någon som bryr sig. Och lägger sig i.”*

### **5.1.3 Motivation**

Denna kategori innehåller vad som upplevdes som viktigast i samtalet och det som skulle kunna motivera till förändringar av matvanor. Efter samtalet kommer den fas där föräldrarna kan omsätta de nya intrycken och lärdomarna i praktiken. Kategorin inkluderar två underkategorier; det som känns viktigast och vad som kommer att anammas. Det handlar dels om vad de tyckte var det viktigaste att prata om i samtalet och vad de eventuellt tänker ändra på hemma. Dessa saker går ofta hand i hand.

#### **Det som känns viktigast**

Föräldrarna tyckte att det var väsentligt att diskutera sockret i maten, eftersom det var ett omtalat ämne i samhället, så det är bra att BVC också belyste det. En annan viktig fråga var törstsläckare och måltidsdrycker, som också är kopplat till socker. Det var flera föräldrar som uppfattade att det viktigaste med samtalet var att få bekräftelse på att de äter rätt.

*”Det var väl att man, att jag fick bekräftat att hon äter rätt bra ändå. Att... just det här med frukost, lunch och middag och så två mellanmål. Att det är bra alltså... Att jag har förstått rätt från den information jag fått tidigare. Det var bra.”*

*”Ja, alltså det är lite komplicerat för det var ingen grej som hon anmärkte på. Och därför är det komplicerat för mig att säga vad som är viktigast för... eftersom vi äter mat på det här sättet och många mål verkade hon inte reagera på, det sätt som vi resonerade om mellanmål och då är det svårt att veta vad... vad som... Vi fick en bekräftelse på att... att vi tänker rätt. /.../ Och sedan så hörde jag att hon, hon var mer för lättmjölk till exempel, anade man. Men... men då när jag sa att vi dricker mellanmjölk hemma så gjorde hon inte en sådan stor grej av det heller. Och då får man det som en bekräftelse, ja, men det, det är nog okej.”*

Måltidsordningen var det flera föräldrar som tyckte att det var det viktigaste i samtalet, att prata om barnen får alla målen; frukost, lunch, middag och mellanmål. En förälder tyckte däremot att det viktigaste var att få reda på vad man inte ska ge dem och få bra alternativ istället. Medan en annan ansåg att det var de nya lärdomar den fick under samtalet, det andra visste den redan, som var viktigast.

*”Alltså, det där med sötsaker och det där vet man redan, men det med typ smör och inte lägga till liksom extra fett och det där med att hon inte behöver mörkt bröd, det är sånt som man liksom inte visste. Så att, det tyckte jag nog var... det kommer jag nog ihåg mer än sockret, för sånt vet man ju att hon inte ska äta.”*

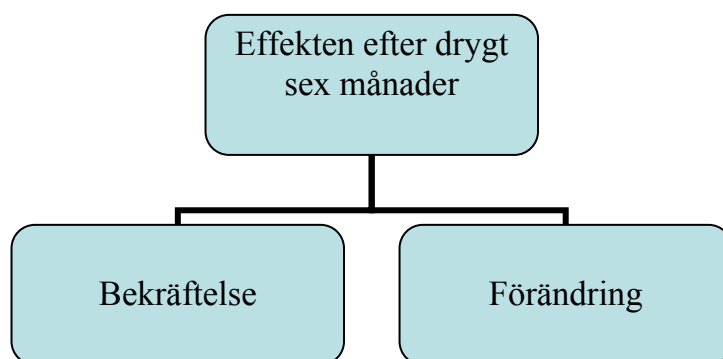
### **Vad som kommer att anammas**

På frågan om vad de kommer att anamma svarade flera föräldrar att de hade fått bekräftelse på att de skulle fortsätta på den vägen de valt och att de redan följer råden som gavs. Andra föräldrar tyckte att samtalet var en påminnelse att de skulle tänka på sockret och tänkte titta ordentligt på listan om socker och använda sig av den. Andra saker som föräldrarna tänkte anamma var att skära upp grönsakerna i stavar för att göra det lite mer aptitligt, försöka blanda fil och yoghurt mer och inte bara servera yoghurt med tanke på sockret. En skulle sluta med krämen som den brukat servera som mellanmål. En förälder tänkte fortsätta med välling på morgonen istället för mannagrynsgröt. Samtalet satte också igång en del funderingar, till exempel att ta reda på hur barnen äter på förskolan.

*”Det jag kommer att tänka på är alltihopa. /.../ Kanske liksom jag kommer kanske observera lite mer vad de dricker, ger för mellanmål på dagis. Det tror jag nog att jag kommer att tänka på lite mer. Kolla vad det är för något, med tanke på att det är så mycket socker i... Det är inget som jag tänkt på så innan. Utan man har bara accepterat... /.../ Ja, det brukar ju vara kräm och yoghurt och sånt. Men man kan ju fråga om det är naturell yoghurt och om de tillsätter färska bär och sånt där istället. Man kan ju fråga lite mer så där. Det tror jag att jag kommer att... titta upp lite mer faktiskt.”*

## 5.2 Effekter efter drygt sex månader

Efter analys av intervjuerna drygt sex månader efter samtalet när det gällde att titta på effekterna kom två kategorier fram, bekräftelse och förändring.



Figur 2: Kategorier som beskriver föräldrars upplevda effekt av hälsosamtalet efter drygt sex månader

När föräldrarna ringdes upp igen efter drygt sex månader så fick de frågan om det förändrat något i sin kosthållning sedan samtalet och det blev olika svar.

### Bekräftelse

För några hade samtalet varit en bekräftelse på att de äter bra och att de skulle fortsätta på den vägen. Samtalet hade inte lett till en större medvetenhet för att de redan var engagerade i frågan.

*”Det var inga nyheter för oss. Vi har försökt sedan innan, så vi äter redan bra. Till exempel det här med hur mycket socker det är i mellanmål, det tänket har vi redan. Så BVC-sjuksköterskan sa att vi skulle fortsätta på den banan.”*

*”Vi var nog ganska klara redan med de här sakerna sedan innan. Till exempel så får de vatten om de är törstiga och vatten eller mjölk till maten. Vi körde redan med de här sakerna, så det blev mer som en bekräftelse.”*

### Förändring

För några andra föräldrar hade samtalet lett till praktisk förändring. En förälder berättade att den fått så dåligt samvete för bärkrämen som barnet fått som mellanmål ibland att den slutat med den. En hade också haft användning för rådet att erbjuda olika mat och hoppas att barnen provar. En annan förälder hade satt upp listan om socker på

insidan av skafferiet och upplevde sig ha haft användning av den. Det hade lett till mer diskussioner hemma om socker och de hade slutat med söt yoghurt.

*”Ja, det är väl söta yoghurtar, det äter vi inte längre. Vi ger henne fil istället, och det accepterar hon. Det var nog kanske lite efter samtalet, och den här listan som vi började att resonera om det hemma.”*

*”Alltså, vi äter redan en bra kost. Vi äter ingen skräpmat, utan lagad mat. Morötter och sånt äter vi också. Det enda jag kan säga är att jag fick så himla dåligt samvete med att de får kräm ibland till mellanmål, så det har vi slutat med.”*

## **6.0 Diskussion**

### **6.2 Resultatdiskussion**

Tre huvudkategorier kom fram under analysprocessen som belyser processen hos föräldrarna före, under och efter ett hälsosamtal; dels vad de kommer dit med för förväntningar vilket givetvis påverkar besöket, sedan hur de upplever själva besöket samt vad de tyckte var det viktigaste, vilket också ger underlag till motivation till förändring efter samtalet.

#### **Det egna förhållningssättet**

Innan föräldrarna kommer till BVC hade de förväntningar på besöket där, framförallt förväntade de sig att få höra att allt är normalt och ser bra ut. Det fanns även föräldrar som förväntade sig en tillsägelse. Detta gjorde att de kände sig lite spända inför samtalet vilket kanske gjorde att det var svårare att lyssna. Föräldrarna hade överlag ett förtroende för BVC när det gäller kostfrågor, därför upplevdes det BVC sa om kost som viktigt och de tyckte också att BVC har ett ansvar att informera om kost. Men det finns också påverkan från många andra aktörer i dagens samhälle som ger information om kost, till exempel massmedia, och föräldrarna hade överlag ett kritiskt förhållningssätt vad de valde att lyssna på. De verkade inte ha några självskrivna auktoriteter när det gällde kost, utan hämtade information på många olika ställen och valde ut vilka råd de valde att följa. Många skulle vända sig till personer i deras närhet, till exempel deras föräldrar, vänner eller arbetskamrater om de hade frågor om mat. I en studie från USA i ett program för låginkomstmödrar så upplevde dessa mödrar det väldigt jobbigt om hälso- och sjukvårdspersonalens råd inte stämde överens med deras släktingars, särskilt mor- och farföräldrars (Chamberlin et al., 2002). Vems råd väger tyngst för föräldrarna om de skulle få motstridiga råd av sina vänner eller släktingar jämfört med råden från BVC? En annan påverkan som också framkom var en inre trygghet att kosthållningen hemma kändes tillfredsställande. Detta gjorde att föräldern inte hade så mycket funderingar över kosten, möjligtvis gör detta att den information som ges inte tas in lika mycket.

#### **Tolkning av hälsosamtalet**

Föräldrarna tyckte att samtalet tog upp några av de grundläggande bitarna inom kosten. De tyckte att det var positivt att en checklista användes så att inget skulle riskeras glömmas bort, och att den gav en bra struktur så att samtalet blev mer överskådligt och tydligt. Föräldrarna ansåg att det var bra att få konkreta frågor riktade till sig eftersom de upplevde att det var så lätt att bli blind för vad de gav barnen hemma, och detta gjorde att de fick tänka till. Skulle det bara frågas: "Hur går det med maten?" skulle kanske många föräldrar bara svara: "Det går bra." Det finns en samstämmighet mellan



föräldrar och BVC-sjuksköterskorna som håller i detta samtal, båda uppskattar att ha en checklista att gå efter och skapa ett samtal omkring denna. Detta gör också att ingen förälder behöver känna sig utpekad över att få vissa frågor eller att BVC-sjuksköterskan inte behöver känna att den pekar ut någon (Ljungkrona-Falk, 2008). I en studie som undersökte användningen av en liknande checklista rörande livsstilsfrågor, kallad Hälsokurvan, på barnavårdscentraler i Sverige upplevde också dessa BVC-sjuksköterskor att detta gav en bra och överskådlig utgångspunkt för samtalet (Golsater et al., 2009). Kanske tyder detta på att användandet av frågeformulär/checklistor är ett bra tillvägagångssätt för hälsovägledning inom barnhälsovården som tilltalar både föräldrar och sjuksköterskor. De flesta av föräldrarna kände sig fria också att gå utanför checklistan, och ta upp andra ämnen kring kosten som de funderat på. Föräldrarna gav förslag på saker som också skulle kunna tas upp, till exempel ville de ha mer förklaringar till de råd som gavs. Kanske har detta att göra med det kritiska förhållningssättet många av föräldrarna har, att de vill ha underlag för att själva kunna göra en bedömning av råden. När det gällde broschyren fanns det ett begränsat intresse för den. Kanske skulle denna kunna förändras för att kännas mer användbar för föräldrarna? Broschyren skulle kunna bli mer omfattande genom att även täcka in lite bakgrund och förklaringar till de råd som ges, eftersom föräldrarna efterfrågade detta. Tabellen med socker var dock mycket populär. Den enda synpunkt som kom fram med den var att en förälder tyckte att layouten skulle kunna förbättras för att öka läsbarheten.

En fundering är hur föräldrarna ser på checklistan, om den upplevs som en samtalshjälp eller en utfrågning, och om samtalet upplevs som en hjälp att få bättre matvanor eller som ett test av hur väl de lyckats med maten. En förälder uttryckte att den upplevde samtalet som en koll, även då den inte hade något emot detta. Om föräldrarna generellt upplever samtalet som en koll eller ett test finns en risk att de inte vågar vara riktigt ärliga med matvanorna hemma. Om de vet att de gör något som de vet inte är bra finns möjligheten att de inte säger detta, om de skäms över det. Men samtalet kan få dem att tänka till på detta i alla fall, även om de inte berättar om det för BVC-sjuksköterskan. När det är problem med maten hemma är det jobbigt när det kommer upp på ett sådant här samtal, resonerade flera föräldrar under *upplevelse av att tala om kost*. Föräldrarna uttryckte också att när man får barn blir man så mån om att göra rätt och att ingen förälder vill se sina barn äta dåligt. Det kan nog upplevas som jobbigt för föräldern att få kritik. Kost kan vara ett känsligt ämne att samtala om för BVC-sjuksköterskan. Olander (2003) beskriver ett etiskt dilemma, paternalism, eftersom det finns ett maktförhållande mellan BVC-sjuksköterska och föräldern. Paternalism handlar om att experten är den som vet bäst och vill det bästa, men som ibland gör insatser som inte efterfrågats eller som det getts samtycke till, och detta förhållningssätt har varit vanligt inom hälso- och sjukvården. I detta sammanhang handlar det om att ge hälsoinformation som inte efterfrågats av föräldern, eller som den gett samtycke till att få. Detta kan göra det känsligt för BVC-sjuksköterskan att närma sig dessa ämnen. Det kan ändå anses vara riktigt, eftersom det är till barnets bästa även om förälderns självbestämmande och delaktighet inte bejakas, vilket annars är målet i hälsofrämjande och förebyggande arbete (Olander, 2003). Det är detta som en förälder uttrycker som ”lägga sig i” under kategorin *upplevelse av att tala om kost*. Några av BVC-sjuksköterskorna som håller i

hälsosamtalen har också upplevt att en del föräldrar upplevt frågorna som ställs under samtalet som lite för närgångna (Ljungkrona-Falk, 2008).

## **Motivation**

För de flesta föräldrarna upplevdes samtalet som en bekräftelse på att de äter bra hemma och att de inte behöver förändra något i sin kosthållning. För några av föräldrarna gav dock samtalet motivation att ändra något i sina matvanor hemma. De skulle bland annat börja skära upp grönsaker i stavar, blanda fil och yoghurt och tänka på att minska sockret, till exempel genom att använda sig av den medföljande listan om detta. En förälder skulle undersöka vilka mellanmål som serverades på barnets förskola. Detta engagemang för förskolans mellanmål är någonting BVC-sjuksköterskorna noterat att även fler föräldrar fått tidigare efter detta hälsosamtal (Ljungkrona-Falk, 2008). Kanske har samtalet styrkt föräldern så att den känner att den vågar fråga om, och ställa krav, på maten på förskolan.

## **Effekter efter drygt sex månader**

Efter drygt sex månader hade föräldrarna fortfarande upplevelsen av samtalet som en bekräftelse på att de åt rätt. Detta tyder kanske på att föräldrarna hade bra matvanor och att det inte fanns så mycket som de behövde förändra. För några hade dock samtalet lett till en praktisk förändring hemma i form av att sluta att äta sötad yoghurt i familjen och en annan förälder hade slutat servera kräm. Den förklarade detta med att den kände sig skyldig. Det verkade vara skuld känslan som var motivationen till förändringen.

Effekterna kanske inte verkar så stora, men det är viktigt att föreslå små förändringar och inspirera till mål som är lätta att nå, för att inte föräldern ska känna sig överhopad. Detta har hälso- och sjukvårdspersonal sett i USA som arbetat med mödrar med låginkomst och prevention av övervikt bland förskolebarn, och att en förändring i matvanorna kan bara ske med små steg (Chamberlin et al., 2002).

Effekten av samtalet kanske inte bara kan mätas i förbättrade vanor utan också i en ökad medvetenhet om kostfrågor, men detta är dock svårt att mäta eller undersöka. Kanske gör föräldrarna nya val i mataffären eller hemma utan att vara medvetna om det? Det är inte alltid lätt att se vilken information som ledde till en förändring, till exempel om det var just detta samtal som ledde till nya funderingar. Kanske reflekteras det inte heller om förändringar gjorts, de kan ha blivit påverkade av information från olika håll och börjat tänka annorlunda och agera utifrån den samlade informationen.

Att rikta sig till föräldrarna för att försöka förbättra familjens livsstil är viktigt eftersom detta är barnets viktigaste miljö (Golsater et al., 2009). Man tar också tillvara föräldrarnas ökade villighet att förändra sin livsstil efter att de har fått barn (Olander, 2003). En hälsosam livsstil gynnar hela familjen, även föräldrarna blir piggare om de

äter rätt. När denna prevention lyckas når den med andra ord inte bara barnen, utan hela familjen.

Något som genomgående kom fram i studien var bekräftelse i de tre huvudkategorierna, dels *förväntningar på BVC när det gäller kost*; de förväntar sig att få bekräftelse när de kommer dit och vill veta att allt är normalt. Under kategorin *tolkning av hälsosamtalet* så uttryckte sig föräldrarna så att de upplevde samtalet som en bekräftelse att de äter rätt hemma så även under *motivation*. Det verkade med andra ord som att bekräftelse var något mycket viktigt för föräldrarna. Det upplevs som ett kvitto på att de gör rätt.

Många av föräldrarna sa att de redan kunde det som togs upp, att det var inget nytt, att de redan följde detta och att de inte hade några problem hemma osv. Det finns dock en risk att denna inställning gör att föräldrarna inte tar in det som sägs eftersom de tänker ”det där kan jag redan”. Dessa uttalanden kan upplevas som en form av försvar från föräldrarnas sida. Men det kan också tyda på att föräldrarna redan var ganska välinformerade och verkligen följde det som togs upp.

## 6.1 Metoddiskussion

### Styrkor och svagheter

Det är viktigt att deltagarna i en undersökning är olika varandra, till exempel vad gäller kön och ålder för att få en större variation (Graneheim and Lundman, 2004). Dock är ofta inte intervjupersonerna slumpmässigt valda i kvalitativa undersökningar och generaliserbarhet blir svårt att avgöra (Patel and Davidson, 2003). Ofta är det just tillgänglighet och inte slumpen som styr vilka intervjupersonerna blir (Kvale, 1997). Urvalsprocessen av informanterna i denna undersökning gick genom BVC-sjuksköterskan och detta kan ha påverkat resultatet genom att eventuellt de föräldrar som antogs villiga att ställa upp på en intervju valdes ut. Samtidigt var det vissa dagar som intervjuerna skulle komma dit vilket innebar att det blev de besöken som var bokade den dagen som användes till intervjuerna. Detta borde innebära en naturlig variation av föräldrar. Det fanns föräldrar med personliga problem som medförde att de inte var lämpliga att intervjua. En förälder tackade nej, anledningen verkade vara att den trodde att intervjun var en förlängning av hälsosamtalet. Annat modersmål än svenska hos föräldrarna kan medföra svårigheter med språkförståelsen. Det kan till exempel vara svårt att förklara vad en utvärdering är.

Denna undersökning innehåller intervjuer efter hälsosamtal hos två olika BVC-sjuksköterskor vilket borde vara en styrka. Checklistan är standardiserad men naturligtvis blir samtalen olika eftersom det är olika individer som medverkar och BVC-sjuksköterskan får möta föräldrarna individuellt. Samtal hos samma BVC-sjuksköterska kan bli väldigt olika beroende på vad föräldern kommer dit med för erfarenheter och förväntningar. Detta gör att det teoretiskt sett hade kunnat bli andra svar från föräldrarna om hälsosamtalen hållits hos andra BVC-sjuksköterskor. Samtidigt får det beaktas att

samtalet är standardiserat och att det finns en tydlig manual att gå efter vilket borde göra att hälsosamtal hos olika BVC-sjuksköterskor blir relativt lika varandra ändå.

Intervjuerna ägde rum i BVC:s lokaler, vilket kan ha påverkat resultatet genom att föräldrarna kände en osäkerhet. Tankar om intervjuaren kommer att tala med BVC-sjuksköterskan om vad föräldern sagt när den gått hem, kan ha påverkat föräldrarnas svar. I så fall kan det ha funnits en risk att föräldern inte vågade vara helt ärlig och ha med även mer negativa synpunkter på samtalet. Det verkade dock som att även sådana synpunkter kom upp under intervjuerna. Det var dock skillnad att intervjua föräldrarna direkt efter samtalet och drygt sex månader efteråt. Skillnaden var att de verkade vara mer uppriktiga och frispråkiga i telefonintervjun. Detta kan bero på att en telefonintervju sker på mer neutral plats eller att det inte är så lätt att säga precis efter samtalet vad de tyckte om det, utan det kanske behövs lite tid att smälta samtalet. Dessutom fanns det i intervjuerna direkt efter samtalet en distraktion från barnet, som var med i samma rum och ville ha föräldrarnas uppmärksamhet. Barnet kunde till exempel bli otåligt och börja skrika eller gråta. Detta gjorde att föräldern kanske ville avsluta intervjun så fort som möjligt för att komma hem med barnet. En möjlig lösning, om man skulle göra fortsatta intervjuer med föräldrar, skulle då kunna vara att intervjua dem på telefon någon dag efter samtalet. Nackdelen skulle dock vara att man då missar den personliga kontakten och ej kan se kroppsspråk och ansiktsuttryck vilket underlättar tolkningen och gör att man kan fånga upp motstridiga budskap och därigenom ställa bättre följdfrågor.

Andra saker som påverkar trovärdigheten av en undersökning är intervjuarens skicklighet, till exempel att inte ställa ledande frågor. Det är viktigt också att försöka kontrollera och ifrågasätta under intervjun vad som sägs (Kvale, 1997). Något som också är värt att fundera över är hur intervjuerna förändras ju fler som görs. En risk kan vara att intervjuaren inte är helt konsekvent, att inte samma frågor ställs till alla deltagare och att följdfrågorna förändras över tid. Detta ingår dock också i processen när intervjuaren lär sig mer om det studerade fenomenet (Graneheim and Lundman, 2004).

Utskriftens giltighet beror på hur transkriberingen, översättningen mellan tal- och skriftspråk, har gått tillväga. Det är lätt att vilja förändra det skrivna talspråket för att öka läsbarheten. Dessutom måste det beaktas att en del saker i intervjun förloras i översättningen, till exempel betoningar, ansiktsuttryck och kroppsspråk (Kvale, 1997). Kanske är det en fördel att samma person (uppsatsskrivanden) både transkriberat och gjort tolkningen i denna undersökning, genom att lyssna på intervjuerna blir det en större förståelse för det som sägs.

Det är också viktigt att beskriva hur man har gått tillväga under analysens olika steg för att ge läsaren en möjlighet att bedöma trovärdigheten av resultaten. Att använda sig av citat i texten ger också viss möjlighet till läsaren att bedöma analysen (Lundman and Graneheim, 2008). Att två personer kodar ökar också reliabiliteten (Kvale, 1997). Triangulering har använts under analysprocessen då både uppsatsskrivanden och handledaren analyserade och kodade en och samma intervju och sedan jämförde resultaten mot varandra.

En fråga som rör validiteten är hur mycket data som bör samlas in för att besvara frågan (Graneheim and Lundman, 2004). I denna undersökning är 11 intervjuer gjorda direkt efter samtalet vilket borde vara ett relativt rimligt antal för att kunna besvara frågorna ställda i syftet. Men skulle fler ha intervjuats skulle man också kunnat titta på skillnader mellan mäns och kvinnors upplevelse av hälsosamtalet. Underlaget för att göra en sådan analys var för litet i denna studie. Det fanns också en viss samstämmighet bland föräldrarna i fråga om vad de tyckte och detta kan tyda på viss mättnad, kanske hade man fått ungefär samma svar om man intervjuat fler. En svaghet är att bortfallet blev så stort i samband med telefonintervjuerna. Från början var avsikten med denna studie att den skulle vara en pilotstudie inför en större studie, och därför lades tyvärr inte tillräcklig vikt på metodiken vid detta moment. Mer ansträngning och tid borde ha lagts ned på detta moment och föräldrarna skulle ha kunnat ringas upp vid fler tillfällen för att få tag i så många som möjligt. Eftersom urvalet nu blev så litet är det svårt att säga något säkert om effekterna efter sex till åtta månader.

## **7.0 Konklusion**

Samtalet om kost utifrån en standardiserad manual på BVC i Skaraborg upplevdes som positivt av föräldrarna och de tyckte att det var bra att samtala om matvanorna hemma på detta sätt och att de genom detta blev påmindas om kostens betydelse. För många av föräldrarna gav samtalet en bekräftelse på att de redan hade en bra kost hemma. Några av effekterna blev att samtalet hade lett till mer diskussioner hemma om socker för en förälder och att några av föräldrarna fick motivation till förändring av vissa vanor, till exempel att sluta med söt yoghurt eller med kräm. Undersökningen kan användas för att förstå föräldraperspektivet i ett samtal om kost och hälsosamma vanor och kan ge ett underlag för att förbättra detta samtal ännu mer.

## 8.0 Referenser

- (2009) *Folkhälsorapport 2009*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- ASP, N.-G. (2002) *Fetma - problem och åtgärder : en systematisk litteraturöversikt*, Stockholm, SBU.
- BRITTON, M. (2005) *Förebyggande åtgärder mot fetma [Elektronisk resurs] : en systematisk litteraturöversikt*, Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- BRÅBÄCK, L., BÅGENHOLM, G. & EKHOLM, L. (2009) Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. Men stora regionala skillnader visar socioekonomins betydelse. *Läkartidningen*, 106, 2758-61.
- CHAMBERLIN, L. A., SHERMAN, S. N., JAIN, A., POWERS, S. W. & WHITAKER, R. C. (2002) The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children: perceptions of WIC health care professionals. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156, 662-8.
- 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. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320, 1240-3.
- DANIELS, S. R. (2006) The consequences of childhood overweight and obesity. *The Future of children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 16, 47-67.
- EBBELING, C. B., PAWLAK, D. B. & LUDWIG, D. S. (2002) Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*, 360, 473-82.
- GOLSATER, M., ENSKAR, K., LINGFORS, H. & SIDENVALL, B. (2009) Health counselling: parental-oriented health dialogue -- an innovation for child health nurses. *J Child Health Care*, 13, 75-88.
- GRANEHEIM, U. H. & LUNDMAN, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24, 105-12.
- HESKETH, K. D. & CAMPBELL, K. J. (2010) Interventions to prevent obesity in 0-5 year olds: an updated systematic review of the literature. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 18 Suppl 1, S27-35.
- JANLERT, U. (2000) *Folkhälsovetenskapligt lexikon*, Stockholm, Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet.
- JANSSON, A., ISACSSON, Å. & NYBERG, P. (1998) Help-seeking Patterns among Parents with a Newborn Child. *Public Health Nursing*, 15, 319-28.
- KOSTENIUS, C. & LINDQVIST, A.-K. (2006) *Hälsovägledning : från ord och tanke till handling*, Lund, Studentlitteratur.
- KVALE, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund, Studentlitteratur.
- LINDROOS, A.-K. & RÖSSNER, S. (2007) *Fetma : från gen- till samhällspåverkan*, Lund, Studentlitteratur.
- LIVINGSTONE, M. B. (2001) Childhood obesity in Europe: a growing concern. *Public health nutrition*, 4, 109-16.
- LJUNGKRONA-FALK, L. (2008) Hälsosamtalet på BVC i Skaraborg - användbarheten av en ny metod för att främja bra matvanor till barnfamiljer. *Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet. Avdelningen för klinisk näringslära*.

- LUNDMAN, B. & GRANEHEIM, U. H. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. IN GRANSKÄR, M. & HÖGLUND-NIELSEN, B. (Eds.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund, Studentlitteratur.
- MARCUS, C. (2009) Positiv viktrend bland 4-åringarna. Men stor risk för bakslag – fortsatt kraftfull prevention mot barnfetma krävs. *Läkartidningen*, 106, 2748-2749.
- MÅRILD, S., NEOVIUS, M. & RASMUSSEN, F. (2007) Epidemiologi, barn och vuxna. IN LINDROOS, A.-K. & RÖSSNER, S. (Eds.) *Fetma: Från gen- till samhällspåverkan*. Lund, Studentlitteratur.
- NYBERG, R. (2000) *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*, Lund, Studentlitteratur.
- NYHOLM, M., GULLBERG, B., HAGLUND, B., RÅSTAM, L. & LINDBLAD, U. (2008) Higher education and more physical activity limit the development of obesity in a Swedish rural population. The Skaraborg Project. *International journal of obesity (2005)*, 32, 533-40.
- OLANDER, E. (2003) *Hälsovägledning i barnhälsovården : syntetisering av två uppdrag*, Malmö, Lärarutbildningen, Högsk.
- PATEL, R. & DAVIDSON, B. (2003) *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning*, Lund, Studentlitteratur.
- PELLMER, K. & WRAMNER, B. (2002) *Grundläggande folkhälsovetenskap*, Stockholm, Liber.
- PERLHAGEN, J., FLODMARK, C.-E. & HERNELL, O. (2007) Fetma hos barn - prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen*, 3, 138-141.
- STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT (2009). Övergripande mål för folkhälsa. 3. Barns och ungas uppväxtvillkor. <<http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/3-Barns-och-ungas-uppvaxtvillkor/>> (Hämtad 2010-12-31).
- SUNDBLOM, E., PETZOLD, M., RASMUSSEN, F., CALLMER, E. & LISSNER, L. (2008) Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *International journal of obesity (2005)*, 32, 1525-30.

## **Bilaga 1**

### **Frågeguide intervju med föräldrar efter hälsosamtal**

#### *Öppningsfråga*

1. Vad tycker du är det viktigaste med att komma till BVC?

#### *Introduktionsfråga*

2. Hur upplevde du hälsosamtalet?

#### *Nyckelfrågor*

##### **Allmänt om samtalet**

3. Vad tyckte du var det viktigaste i samtalet?
4. Vad kommer du ihåg bäst?
5. Är det något du tänker på nu som du kommer använda dig av?

##### **Intryck av samtalet**

6. Hur upplever du att det är att prata om mat (vid 3-åring: och fysisk aktivitet)så här på BVC?
7. Tycker du det var lagom med information, eller var det för mycket/för lite?
8. Vad tyckte du om pappret/manualen?
9. Kändes frågorna och ämnena relevanta?
  - Var det någon fråga som kändes extra viktig?
  - Var det någon fråga eller ämne som kändes mindre viktigt?
10. Var det något du saknade (som du hade velat ta upp) i samtalet? (Tror du man kan förbättra samtalet på något sätt så att det blir ännu mer användbart?)

##### **Allmänt om kost och motion**

11. Vem vänder du dig till om du vill få råd när det gäller mat och hälsa?
12. Vilken roll tycker du att BVC ska ha när det gäller kost?

#### *Avslutande fråga*

13. Nu är intervjun snart slut, är det något du vill tillägga innan vi avslutar?



## Bilaga 2

### Frågeguide intervju via telefon 6 månader efter samtal om kost (och fysisk aktivitet) på BVC

#### Frågor

1. Kommer du ihåg samtalet om mat (3 år: och fysisk aktivitet) som du hade på BVC för ett halvår sedan?
2. Om nej: Vid 1,5 års samtalet (och 3 års samtalet) ingår det en del där sjuksköterskan har ett papper med frågor om mat och matvanor (3 år: och fysisk aktivitet). Det handlar om hur måltidsvanorna ser ut, vad barnet brukar dricka till maten och när det är törstigt, mellanmål och godis och kakor. (3 år: Och fetthalt på mjölk och smörgåsmargarin och fysisk aktivitet).
3. Kommer du ihåg något speciellt av samtalet?
4. BVC-sjuksköterskan använde ett papper med frågor som hon ställde och kanske också kryssade i? I så fall: Vad tyckte du om det pappret?
5. Hur kändes det att sjuksköterskan använde ett sådant papper med frågor?
6. Har du funderat någonting efteråt på er diskussion, de ämnen som kom upp? (Exempelvis måltidspusslet, vad man dricker, mellanmål eller det här med godis?)
7. Gjorde samtalet att du har funderat mer på det här med maten och matvanor? (3 år också: Gjorde samtalet att du har funderat mer på det här med fysisk aktivitet och hur mycket ditt barn rör på sig?)
8. Har du anammat något eller några av de tips och råd du fick av BVC-sjuksköterskan?
9. Fick du en broschyr?
10. Har du haft användning av denna broschyr?
11. Ev. Fick du ett papper om hur mycket fett respektive socker det kan bli på en dag med olika alternativ?
12. Har du haft användning av denna?
13. Har du sökt information det senaste halvåret om mat och hälsa, vad ditt barn ska äta för att må bra? Om ja: var i så fall?
14. Har du gjort några förändringar när det gäller mat (3 år: eller fysisk aktivitet) det senaste sex månaderna? Om ja: Har samtalet på BVC påverkat dina beslut?
15. Är det något du vill tillägga eller fråga om?

Personnr: \_\_\_\_\_  
 Namn: \_\_\_\_\_  
 Förälder med vid besöket Mor  Far   
 Datum \_\_\_\_\_ BVC-ssk/sign: \_\_\_\_\_

### Checklista och manual för **HÄLSOSAMTAL** på BVC vid 1,5 års kontrollen

Syftet med denna checklista är att fokusera **Hälsosamtalet** kring de områden som är viktiga för att grundlägga bra matvanor. Barn behöver mat som innehåller mycket näring och energi, dock individuellt anpassad. En del barn äter de flesta måltider hemma, andra barn äter kanske fler måltider inom barnomsorgen. **Vanorna i hemmet är de som barnen präglas mest av och därför är det viktigt att de är så bra som möjligt.** Försök även fånga upp om det finns konflikter kring matsituationen.

Sidhänvisningarna nedan är till SLV:s broschyr "**Mat för små barn – från ett års ålder**" som delas ut till alla. Lämna även ut den förenklade broschyren "**Bra och enkla matvanor för barn – från 1 års ålder**" som en sammanfattning av Hälsosamtalet.

## 1. Måltidsordningen

**Vilka måltider äter Ditt barn en vanlig dag ?**

- Frukost  
 Lunch  
 Middag/Kvällsmat  
 Mellanmål Antal \_\_\_\_\_  
 Välling Antal \_\_\_\_\_

Denna måltidsordning är bra för hälsan, aptitregleringen och tänderna. Helheten är viktig. Varje typ av måltid är en pusselbit som tillsammans ger barnet den näring och energi som behövs. Frukost, lunch, middag och 2 mellanmål är en bra måltidsordning för många (barn mellan 1-2 år kan behöva ett extra mellanmål). Oftast behövs mellanmålet på eftermiddagen. Gör föräldrarna uppmärksamma på att välling är som ett mindre mellanmål och behöver räknas med. **Lagad mat mättar bättre till lunch eller middag än smörgåsmåltider som oftast ger mer energi och mättar sämre.** Se s 2-3, 22-25 & 33.

## 2. Måltidsdrycker och törstsläckare

**Vad ger Du Ditt barn att dricka vid måltid ?**

- Vatten  Mjölk  Juice/ barndrycker  Saft/ läsk  Annat Vad ?

**Vad ger Du Ditt barn att dricka när det är törstigt ?**

- Vatten  Mjölk  Juice/ barndrycker  Saft/ läsk  Annat Vad ?

**Mjölk passar bäst till måltid. Vatten är absolut bästa törstsläckaren.** Juice/barndrycker kan ibland användas som dryck till mellanmål. Alla övriga drycker ger mycket energi och socker (även fruktjuice) som ökar risken för övervikt och karies. **Det är viktigt att inte vänja barnet vid söta drycker !** Se s 14 & 33.

## 3. Mellanmål

**Vad ger Du Ditt barn oftast till mellanmål ?**

- Mjölk/fil/naturell yoghurt  Frukt/yoghurt  Välling/gröt  O'boy  
 Bärkräm/-soppa  Risifruitti o.d  Frukt/fruktpuré  Smörgås  
 Annat \_\_\_\_\_

**Får Ditt barn kex/ kakor/glass/snacks eller liknande ?** Antal gånger/v \_\_\_\_\_

Många mellanmål innehåller tyvärr mycket socker. Det är viktigt att inte vänja barn vid söt smak.

**Ett bra mellanmål består av mjölk, bröd/flingor/gröt med frukt/fruktpuré och gärna någon grönsak.** Se s 8-9 & 33.

## 4. Godis

**Äter Ditt barn godis ?** Antal gånger/ v \_\_\_\_\_

**Uppmuntra till att vänta med godis så länge det går och då hålla fast vid lördagsgodis !**

Se s 3, 9 & 24, men uppmuntra gärna föräldrarna att läsa hela broschyren. Råden där är enkla och pålitliga.

## Checklista och manual för HÄLSOSAMTAL på BVC vid 3 års kontrollen

Syftet med denna checklista är att fokusera **Hälsosamtalen** kring de områden som är viktiga för att grundlägga bra matvanor och minska risk för övervikt. Barn behöver mat som innehåller mycket näring och energi, dock individuellt anpassad. En del barn äter de flesta måltider hemma, andra barn äter kanske fler måltider inom barnomsorgen. **Vanorna i hemmet är de som barnen präglas mest av och därför är det viktigt att de är så bra som möjligt.** Försök även fånga upp om det finns konflikter kring matsituationen. Sidhänvisningarna nedan är till SLV:s broschyr **"Mat för små barn – från ett års ålder"** som delas ut till alla. Lämna även ut den förenklade broschyren **"Mat och rörelseglädje för barn – från 3 års ålder"** som sammanfattar samtalen.

### 1. Måltidsordningen

Vilka måltider äter Ditt barn en vanlig dag ?

- Frukost  
 Lunch  
 Middag/Kvällsmat  
 Mellanmål  Antal \_\_\_\_  
 Välling  Antal \_\_\_\_

Denna måltidsordning är bra för hälsan, aptitregleringen och tänderna. Helheten är viktig. Varje typ av måltid är en pusselbit som tillsammans ger barnet den näring och energi som behövs. **Frukost, lunch, middag och 2 mellanmål är en bra måltidsordning för många som minskar risken för småätande.** Oftast behövs det vanliga mellanmålet på eftermiddagen. Gör föräldrarna uppmärksamma på att välling är som ett mindre mellanmål och behöver räknas med. **Att äta frukost (även lite) är en bra vana för stora och små. Lagad mat mättar bättre till lunch eller middag än smörgåsmåltider som oftast ger mer energi och mättar sämre.** Detta ökar risken för att utveckla övervikt. Se s 2-3, 12-13, 16, 18-19, 22-25 & s 33.

Skiljer sig måltidsmönstret om barnet äter hemma eller i barnomsorgen ?

- Ja  Nej

Om ja, hur ?

---

### 2. Måltidsdrycker och törstsläckare

Vad ger Du Ditt barn att dricka vid måltid ?

- Vatten  Mjölk  Juice/ Nektar  Saft/ läsk  Annat Vad ?

Vad ger Du Ditt barn att dricka när det är törstig ?

- Vatten  Mjölk  Juice/ Nektar  Saft/ läsk  Annat Vad ?

**Mjölk passar bäst till måltid. Vatten är absolut bästa törstsläckaren.** Juice kan ibland användas som dryck till mellanmål. Alla övriga drycker (utom lightsaft/läsk) ger mycket energi och socker (även fruktjuice och nektar) och ökar därför risken för övervikt och karies. Lightsaft och lightläsk kan ge frätskador på tänderna om man dricker det för ofta.

**En viktig och hälsofrämjande åtgärd är att inte vänja barnet vid söta drycker !** Se s 14 & 33.

### 3. Mellanmål

Vad ger Du Ditt barn oftast till mellanmål ?

- Mjölk/fil/naturell yoghurt  Fruktoghurt  Välling/gröt  O'boy  
 Bärkräm/-soppa  Risifruitti o.d  Fukt/fruktpuré  Smörgås  
 Annat

---

Får Ditt barn kex/ kakor/glass/snacks eller liknande ? Antal

gångar/v \_\_\_\_\_

Många mellanmål innehåller tyvärr mycket socker. **Det är viktigt att inte vänja barn vid söt smak !**

Ett bra mellanmål består av mjölk, bröd/flingor/gröt, frukt och gärna någon grönsak. Oftast uppskattar barn att få grönsaker i hela bitar. Det är tillräckligt bra om barnet bara har några favoritgrönsaker och frukter. Det viktiga är att de vågar prova. **En bit grönsak eller en frukt strax före maten kan dämpa kraftiga hungerskänslor hos de barn som lätt äter för fort och för stora portioner.** Se s 8-9 & 33. **Fortsätt på nästa sida**

#### 4. Godis och socker

**Äter Ditt barn godis ?** Antal gånger/ vecka \_\_\_\_\_  
Betona vikten av att försöka hålla fast vid **lördagsgodis** även om enstaka undantag är ofrånkomligt. **1 hekto (100 gram) godis ger nästan lika mycket energi (kalorier) som en hel måltid.** En vanlig tablettask väger 25 gram och sockerinnehållet motsvaras av cirka 8 sockerbitar. Det är idag väldigt lätt att få i sig mycket socker från många håll. Socker ger bara energi och ingen näring. Uppmuntra föräldern att titta på innehållsdeklarationer och jämföra. En del socker är ofrånkomligt och barn som är 3-6 år ska maximalt få i sig en sockermängd per dag som motsvaras av 10 – 13 sockerbitar. De flesta får i sig dubbelt så mycket. **Se räkneexemplet på separat blad hur en bra respektive dålig dag kan se ut och diskutera med föräldern hur mycket socker barnet kan få i sig.** Se s 3, 8 - 9, 15 & 24.

#### 5. Fett

**Vilken sorts mjölk dricker Ditt barn ?**

- Standardmjölk  Mellanmjölk  Lätt- eller minimjölk

**Vilken typ av smörgåsmargarin äter Ditt barn ?**

- Bregott/smör  Lättmargarin  Annat \_\_\_\_\_

**Tillsätter du något extra fett i maten till Ditt barn ?**

- Ja  Nej Varför ? \_\_\_\_\_

Fett är ett livsnödvändigt näringsämne både för barn och vuxna. Barn mellan 0-2 (3) år behöver en något större andel fett i maten än vuxna. Idag får vi i oss mycket dolt fett. **Om barnet inte är magert, har dålig aptit eller någon sjukdom så behövs oftast inget extra fett efter 2 års ålder.** Fetthalten är för det mesta tillräckligt hög i takt med att barnet äter som familjen i övrigt. Lättmjölk, lättmargarin eller andra produkter med nyckelhälsmärkning är bra val även för barn. Mjuka och flytande fetter ger de fettsyror som barn och vuxna behöver. Det är med fett precis som socker att det är lätt att få i sig för mycket. **Se räkneexemplet på separat blad hur en bra respektive dålig dag kan se ut och diskutera hur mycket fett barnet kan få i sig. Är barnet normalviktigt eller följer "sin kurva" så behöver man inte ändra något.** Se s 7 & 15.

#### 6. Aktivitet & inaktivitet

**Hur mycket uppskattar Du att Ditt barn sitter still varje dag ?**

(Räkna ej stillasittande vid vila, måltid eller liknande situationer).

- 30 minuter  1 timme  2 timmar  3 timmar eller mer

**I vilka sammanhang uppfattar Du att Ditt barn tycker det är roligt att röra på sig?**

Orsaker ? \_\_\_\_\_

Barnet kanske rör sig mer med vissa kompisar, i samband med särskilda aktiviteter eller andra sammanhang. Viktigt att uppmärksamma dessa situationer.

Barn är gjorda för att röra sig och har en naturlig rörelseglädje. **Vardagsmotionen är viktigt och barn behöver få gå på egna ben så mycket som möjligt och slippa bli skjutsade** till dagis/förskola eller andra aktiviteter. Uppmuntra föräldern att cykla eller gå tillsammans med sitt barn. TV, video och datorer hör till vårt vardagsliv. Det är viktigt att försöka begränsa de stillasittande aktiviteterna även för barn. Påtala därför att **en begränsning av TV- och "skärmtid" så mycket som möjligt för de små barnen är viktig.** Dessutom är det ofta så att man gärna vill äta något när man sitter still framför TV:n eller videon. Barn tar efter våra vanor antingen de är bra eller dåliga. Se s 18-19.

**Uppmuntra gärna föräldrarna att läsa hela broschyren från SLV:s broschyr. Råden där är enkla och pålitliga. Det svåra är att få till det i vardagen. Påpeka att många små åtgärder är det som på sikt bidrar till att Deras egna och barnets vanor blir hälsosamma.**

Ingen är perfekt det räcker långt att vara tillräckligt bra!