

# Skolskötersköterskans arbete med överviktiga elever i ett tidigt skede

<b>FÖRFATTARE</b>	Eva Andersson Åsa Andersson
<b>PROGRAM/KURS</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar 60 högskolepoäng/OM 5300 VT 2012
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Elisabeth Björk Brämberg
<b>EXAMINATOR</b>	Barbro Lundblad

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Elisabeth Björk Brämberg för den vägledning och de goda råd hon givit oss under arbetets gång.

Vi vill även tacka de fem skolsköterskor som vars kunskap och erfarenheter lett fram till vårt resultat.

/ Eva Andersson och Åsa Andersson

Titel (svensk):	Skolsköterskans arbete med överviktiga elever i ett tidigt skede
Titel (engelsk):	The school nurse's early stage work with overweight school children
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom 60 högskolepoäng
Kursbeteckning:	OM 5300
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	40 sidor
Författare:	Eva Andersson och Åsa Andersson
Handledare:	Elisabeth Björk Brämberg
Examinator:	Barbro Lundblad

---

## Sammanfattning

**Introduktion:** Övervikt hos barn och ungdomar är ett växande problem. På längre sikt leder övervikt till livsstilssjukdomar och försämrad livskvalité. Tidigare forskning visar bland annat att socioekonomisk status och barnets uppväxtmiljö påverkar förekomsten av övervikt hos barn och ungdomar. Forskning visar även betydelsen av skolsköterskans samarbete med föräldrar. Idag finns forskning avseende kraftigt överviktiga barn men det saknas kunskap om hur skolsköterskan i ett tidigt skede arbetar med elever som börjar bli överviktiga. **Syfte:** Att beskriva hur skolsköterskor uppmärksammar och hanterar situationen då en elev börjar bli överviktig. **Metod:** En pilotstudie har genomförts med en kvalitativ metod där skolsköterskor intervjuats med öppna frågor. Innehållet i intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Skolsköterskorna uppmärksammade oftare övervikt hos äldre elever. Skolsköterskorna uppmärksammade elever som började bli överviktiga främst genom viktkurvan och BMI men även genom elevens utseende och beteende. De hanterade situationen genom kontakt med föräldrar, samtal och stöd samt genom att hänvisa vidare till andra instanser inom hälso- och sjukvården. Resultatet visade även att samarbetet mellan skolsköterskan och övriga personal var betydelsefullt. **Diskussion:** Viktkurvan och BMI var bra verktyg för att uppmärksamma övervikt, detta styrks delvis av tidigare forskning. Betydelsen av samarbetet mellan skolsköterskan och föräldrar styrks av tidigare forskning.

**Nyckelord:** Hälsosamtal, skolsköterska, övervikt, barn.

## ABSTRACT

**Introduction:** The problem with overweight among children and adolescents are increasing. Overweight may result in a wide range of diseases and reduced quality of life. Research indicates that socioeconomic status and childhood environment influence the occurrence of overweight among children and adolescents. Research also indicates the importance of school nurses cooperation and communication with parents. Research about child obesity is available, but there is a lack of knowledge about the school nurse's early stage work with overweight school children. **Purpose:** To describe how school nurses identify and handle early stage overweight among school children. **Method:** A pilot study was conducted with a qualitative approach where school nurses were interviewed. The content of the interviews have been analyzed according to qualitative content analysis. **Result:** The school nurses more often noticed overweight among older school children. The school nurses identified overweight among school children by the growth chart and BMI, but also by the children's look and behavior. They handled the problem by contacting the parents, communication and support and by referring to other units within the health care sector. The result also indicates the importance of cooperation between the school nurse and other school professionals. **Discussion:** The growth chart and BMI were tools school nurses used to identify overweight among school children this is also shown in some earlier research. The importance of cooperation with parents is also shown in research earlier.

**Keywords:** Health dialogue, school nurse, overweight, children

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
Övervikt, fetma och BMI	2
Elevhälsan- en funktion inom skolan	3
Skolsköterskans hälsofrämjande arbete	4
Hälsobesöket	5
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b>	<b>6</b>
Vårdvetenskap	6
Omvårdnadsteoretikern Watsons syn på hälsa	6
Hälsosamtal som begrepp	8
<i>Kommunikationsens grunder</i>	9
<i>Self-efficacy en samtalsmodell</i>	10
<b>TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>11</b>
Litteratursökning	11
Redovisning av tidigare forskning	12
<i>Förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Sverige</i>	12
<i>Elevens perspektiv</i>	13
<i>Sjuksköterskans perspektiv</i>	13
<b>PROBLEMFORMULERING</b>	<b>16</b>
<b>SYFTE</b>	<b>16</b>
<b>METOD</b>	<b>17</b>
<b>URVAL</b>	<b>17</b>
<b>DATAINSAMLING</b>	<b>18</b>
<b>DATAANALYS</b>	<b>19</b>
<b>PILOTSTUDIEN</b>	<b>20</b>
Urval	20
Datainsamling	20
Dataanalys	21
Förförståelse	22

<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>	<b>22</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>24</b>
<b>HUR SKOLSKÖTERSKAN UPPMÄRKSAMMAR</b>	
<b>ATT EN ELEV BÖRJAR BLI ÖVERVIKTIG</b>	<b>24</b>
Övervikt uppstår sällan i årskurs två	24
Viktkurvan och BMI	25
Elevens utseende och beteende	25
<b>HUR SKOLSKÖTERSKAN HANTERAR SITUATIONEN</b>	
<b>DÅ EN ELEV BÖRJAR BLI ÖVERVIKTIG</b>	<b>26</b>
Kontakt med föräldrar	26
Samtal och stöd	28
Att arbeta vidare	29
Skolsköterskan i samarbete med övrig personal	30
<b>DISKUSSION</b>	<b>31</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>31</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>33</b>
Slutsats	36
Arbetsfördelning mellan författarna	36
<b>REFERENSER</b>	<b>37</b>
<b>BILAGOR</b>	
<b>Bilaga 1: iso-BMI</b>	
<b>Bilaga 2: Forskningspersonsinformation</b>	
<b>Bilaga 3: Intervjuguide</b>	

## INTRODUKTION

### INLEDNING

Övervikt bland barn och ungdomar är idag ett växande problem och kan leda till t.ex. psykisk ohälsa, mobbing och utanförskap. Barn med övervikt har nästan alltid kvar sin övervikt i vuxen ålder, vilket innebär en ökad risk för en rad livsstilssjukdomar och för tidig död. Ur ett folkhälsoperspektiv är det av betydelse att i ett tidigt skede fånga upp och erbjuda dessa barn insatser. Att i ett tidigt skede möta problemet med preventiva insatser skulle kunna bespara det enskilda barnet lidande och samhället insatser i ett senare skede. Samtidigt kan det vara ett känsligt ämne som hälso- och sjukvårdspersonal måste närma sig på ett professionellt men försiktigt sätt. Här är av mycket stor betydelse att kunna kommunicera med barn, ungdomar och föräldrar på ett individanpassat sätt.

I skolsköterskans arbete ingår att främja elevens hälsa och sunda levnadsvanor. Samtliga elever från förskoleklass till gymnasieskola erbjuds idag skolhälsovård. Där har skolsköterskan möjlighet att träffa varje enskild elev i samband med samtal och hälsoundersökningar. Det är viktigt att skolsköterskan tidigt identifierar de elever som är i behov av insatser. Längd- och viktmätning samt hälsosamtal är exempel på viktiga verktyg för skolsköterskan i detta arbete.

Idag finns en mängd forskning kring olika program, metoder och behandlingar för kraftigt överviktiga barn. Dock inte mycket forskning om hur skolsköterskan i ett tidigt skede arbetar med skolbarn som börjar bli överviktiga. Då skolsköterskan i sitt hälsofrämjande arbete träffar samtliga elever vill vi belysa hennes arbete med överviktiga barn i ett tidigt skede. Vi har valt att fokusera på skolsköterskans arbete med elever i årskurs 2. Eftersom detta är första gången eleven träffar skolsköterskan för ett planerat hälsobesök utan föräldrar.

I denna magisteruppsats har vi valt att använda oss av benämningen föräldrar. Med detta menar vi de vuxna som ansvarar för barnet och är deras vårdnadshavare.

## BAKGRUND

### Övervikt, fetma och BMI

Övervikt och fetma har ökat kraftigt det senaste 30 åren. År 2010 var över 40 miljoner av världens barn under fem år överviktiga (WHO, u.å.). I Sverige har andelen överviktiga barn fördubblats och det har blivit 4-5 gånger vanligare med fetma hos barn under de senaste 20 åren. Idag räknar man med att 15-20 % av svenska barn och ungdomar är överviktiga och att andelen barn med fetma är 3-5% . (Socialstyrelsen, 2009).

För att definiera och bedöma övervikt och fetma används Body Mass Index (BMI). Hos vuxna är BMI > 25 övervikt och BMI > 30 är fetma. Fetma definieras också som onormal eller ökad fettmängd som påverkar hälsan (WHO, u.å.). Övervikt och fetma hos barn definieras även med BMI. Men på grund av att barn inte har vuxit färdigt kan inte samma värden användas som för vuxna. Därför har iso-BMI tagits fram som bygger på data från barn i åldern 2-18 år i flera länder världen över (se bilaga 1). Vid iso-BMI tas hänsyn till ålder och kön (Marcus, 2007). Pojkar som är åtta år gamla har övervikt vid BMI > 18,44 och fetma vid BMI > 21,60. Flickor som är åtta år gamla har övervikt vid BMI > 18,35 och fetma vid BMI > 21,57 (International Obesity Task Force, u.å.)

Övervikt och fetma räknas numer som en folkhälsosjukdom. De senaste åren har det bedrivits forskning på genetikens betydelse för utveckling av fetma och nu anses fetma bero på en kombination av omgivningsfaktorer och genetiska förutsättningar. Hormonella rubbningar och syndrom kan vara bakomliggande orsaker till övervikt, men framförallt är livsstil och omgivningen en förklaring. Barn påverkas av sin omgivning då det till hög grad är vuxna som avgör hur stor en portion mat ska vara samt vad den ska innehålla. Barn som får ett begränsat födointag blir inte överviktiga. Hur mycket fysisk aktivitet barn ägnar sig åt påverkas av både vuxna och kompisar. Barn som rör sig mindre får mer subkutan fett jämfört med de som är fysiskt aktiva (Marcus, 2007). För små barn är fysisk aktivitet viktig men detta behöver inte vara kopplat till idrott utan handlar mer om att barnet ska vara aktivt genom lek istället för stillasittande framför ex. TV:n (Börjesson Munk, 2008).

Fetma leder ofta till endokrina störningar och påverkar även hormonerna vilket ger gynekomasti hos pojkar och polycystiskt ovarialsyndrom hos flickor. Ökad mängd blodfetter



och ökat blodtryck samt tecken på försämrad leverfunktion förekommer hos barn med fetma (Marcus, 2007). De som utvecklat övervikt och fetma i tidig ålder har ofta kvar övervikt eller fetma i vuxen ålder (socialstyrelsen, 2009; statens beredning för medicinsk utvärdering, 2002). I vuxen ålder kan det leda till en rad följsjukdomar; högt blodtryck, kranskärslsjukdom, insulinresistens och typ 2 diabetes. Vissa typer av cancer är också vanligare bland överviktiga. Ju tidigare fetman är utvecklad desto tidigare riskerar man att drabbas av följsjukdomarna. Andra risker är att utsättas för mobbing och utanförskap, en låg självkänsla samt att den sociala kompetensen blir låg (Rasmussen, Eriksson, Bokedal & Schäfer Elinder, 2004). Barn med övervikt och fetma skattar sig själva lägre på psykiskt välbefinnande jämfört med normalviktiga (Marcus, 2007).

### **Elevhälsan- en funktion inom skolan**

Elevhälsan syftar till att främja elevernas hälsa. Medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser ska ingå i elevhälsan. Skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator och specialpedagog ingår i elevhälsan och utgör ett elevhälsoteam. Alla elever i förskoleklass, grundskola, grundsärskola, sameskola, specialskola, gymnasieskola och gymnasiesärskola har rätt till elevhälsa (SFS, 2010:800). Skolhälsovården ingår i elevhälsan och utgör den medicinska delen. Skolsköterskor och skolläkare ingår i skolhälsovården där ingår även skolpsykologer som arbetar med utredningar och behandling av enskilda elever (Hillman, 2010).

För att utveckla och tillgodose elevens förutsättningar krävs det att skolsköterskor samarbetar med andra professioner. Skolsköterskor ska verka för att elevhälsoteamets samlade kompetens tas till vara. Skolsköterskor har starkare sekretess än de övriga i elevhälsoteamet. Med detta menas att hälsotillstånd eller personliga förhållande om en elev inte får lämnas till exempelvis skolkurator, rektor eller pedagoger. För att skolsköterskor ska kunna diskutera en elevs hälsotillstånd krävs samtycke från vårdnadshavare. Däremot är skolsköterskor skyldiga att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa (Riksföreningen för skolsköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2011).

## **Skolsköterskans hälsofrämjande arbete**

Skolhälsovården är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet. En stor del av skolsköterskans arbete är att främja hälsa utifrån elevens personliga perspektiv. Återkommande hälsobesök och hälsosamtal är centrala delar av arbetet (Hillman, 2010).

Skolsköterskan bedriver hälsofrämjande arbete genom primär-, sekundär- och tertiärpreventiva insatser. Arbete som syftar till att minska risker för sjukdom och ohälsa benämns som primärpreventiva insatser. Hit räknas vaccinationer och hälsosamtal där risker för varje elev kan identifieras. Sekundärprevention syftar till att identifiera tidiga tecken på sjukdom och ohälsa. Hälsokontroller med bland annat längd- och viktmätning samt screening för exempelvis skolios räknas till sekundärpreventiva insatser. Insatser som riktar sig till barn och ungdomar med kända, bestående och långvariga sjukdomsproblem benämns som tertiärpreventiva insatser. En stor del av arbetet inom tertiärprevention är att anpassa arbetsmiljö och undervisning. Hälsosamtalet utgör här en stor del (Hillman, 2010).

År 2004 omarbetades socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. Fokus riktas nu mot ett mer hälsofrämjande arbete än tidigare. Dessa riktlinjer gäller för samtliga skolsköterskor, både inom kommunal och privat regi. Skolhälsovård ska erbjudas alla elever, från förskoleklass till gymnasiet, oavsett var i landet de bor. Skolhälsovårdens mål är att bevara och förbättra elevernas psykiska och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor. I riktlinjerna står också att det är skolhälsovårdens ansvar att följa kunskapsutveckling och använda evidensbaserad metodik för att bedriva hälsopedagogiskt arbete (Socialstyrelsen, 2004).

Skolhälsovården ska samarbeta både med elever, föräldrar och med skolpersonal. Genom att synliggöra negativa förhållanden i barns och ungdomars omgivning ska skolsköterskan stödja och informera elever, föräldrar och pedagoger om hälsofrämjande insatser och konsekvenser av att inte agera (Socialstyrelsen, 2004). För att garantera att alla elever får samma åtgärder ingår ett hälsoprogram i riktlinjerna. Där är det beskrivet vad som ska ingå i hälsobesöket för varje elev. Vaccinationsprogram samt råd för öppen skolsköterskemottagning finns också angivet i riktlinjerna (socialstyrelsen, 2004).

Längd- och viktmätningar är grundpelare i skolhälsovårdens hälsoövervakning. Övervikt är idag den vanligaste tillväxtrubbningen hos svenska skolbarn. Här, liksom i allt arbete som berör barnets vikt, matvanor och motionsvanor, är det viktigt att skolsköterskan har med sig föräldrarna. Barnets ålder spelar även roll, program inriktade på yngre elever har en mer gynnsam effekt än när insatserna sätts in senare. Övervikt kan täcka ett brett spektrum av bakgrundsfaktorer hos eleven, familjen, i skolan, under fritiden och i det omgivande samhället (Socialstyrelsen, 2004).

### **Hälsobesöket**

Ett hälsobesök är ett planerat möte med skolsköterskan och en elev. Ibland närvarar även skolläkare och/eller föräldrar. Hälsobesökets innehåll beror på elevens ålder. Det kan bestå av längd- och viktmätning, hälsosamtal, vaccinationer och screening för t.ex. skolios (Hillman, 2007). Det första hälsobesöket sker när eleven går i förskoleklass eller i årskurs ett. Vid detta hälsobesök närvarar föräldrarna och det viktigt att en förtroendefull kontakt mellan skolhälsovården och föräldrarna skapas. Därefter träffar skolsköterskan eleven för hälsobesök i årskurs 2, 4, 6, 7-8 och under första året på gymnasiet. Elever med särskilda behov och problem bör ges möjlighet till ytterligare hälsobesök (Socialstyrelsen, 2004).

Alla elever i årskurs 2 erbjuds hälsobesök. Detta besök är det första hälsobesöket eleven har utan att föräldrar närvarar. I hälsobesöket ingår hälsosamtal samt längd och viktmätning. Hälsosamtalet är framförallt inriktat på hur eleven trivs i skolan samt kost och motionsvanor. Under besöket gör skolsköterskan en bedömning om kontakt med föräldrar behöver tas. Bland annat ska kontakt tas med förälder om iso-BMI visar på övervikt eller fetma (Göteborgsstad, u.å.). I kompetensbeskrivningen för skolsköterskor framgår att skolsköterskor ska kunna möjliggöra delaktighet för elever och föräldrar i hälsofrämjande omvårdnad. Skolsköterskor ska kunna ge verktyg till elever och föräldrar i syfte att främja hälsa (Riksföreningen för skolsköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2011). För elever med övervikt eller fetma ska skolsköterskor erbjuda föräldrar samtal om kost och motionsvanor. Detta då oftast hela familjens vanor måste förändras. Dessa samtal ska alltid följas upp för att säkerställa ett positivt resultat (Göteborgsstad, u.å.).

## TEORETISK REFERENSRAM

### Vårdvetenskap

Vårdvetenskap är en autonom vetenskap som utgår från en humanvetenskaplig människobild. Att den är autonom innebär att den är självständig och inte underordnad någon annan disciplin. Vårdvetenskap ser människan som en mångdimensionell enhet bestående av kropp, själ och ande. Det är framförallt en vetenskap som fokuserar på vad som är vårdande. Vårdvetenskap är grundforskning för att utveckla begrepp, teorier och modeller samt svara på *vad-frågorna*, när man har de svaren kan man gå vidare till *hur-frågorna*. Forskningen tar reda på vad vårdande är för att sedan utveckla riktlinjer för hur vårdandet bör bedrivas. För att veta hur något ska göras måste det först vara tydligt vad som ska göras och varför (Wiklund, 2003).

Inom vårdvetenskap kan man utgå från ett grundmotiv och ett meningssammanhang. Grundmotivet är det som ytterst motiverar vårdandet, det som ger anledning till vård. Enligt Eriksson (1990) är caritasmotivet med medmänsklig kärlek, medlidande och barmhärtighet grundmotivet i vårdvetenskap. Dess meningssammanhang är vårdgemenskap, vårdande förutsätter att människor möts och då bildas vårdgemenskap (Eriksson, 1990).

För att t.ex. skolsköterkan ska kunna använda sig av vårdvetenskaplig kunskap ställs krav på att hon reflekterar över situationen och är medveten om hur de handlingar som utförs passar in i ett större sammanhang. Den vårdvetenskapliga kunskapen ger då skolsköterskan redskap för att kunna förhålla sig till sin elev och till situationen på ett konstruktivt och kreativt sätt. Det ger en förståelse för vad vårdandet är och vad som händer mellan patient och vårdare (Wiklund, 2003).

### Omvårdnadsteoretikern Watsons syn på hälsa

Enligt Jahren Kristoffersen (1998) kombinerar omvårdnadsteoretikern Jean Watson vetenskaplig kunskap med humanistiska värderingar. Watsons arbete präglas av en humanistisk och holistisk människosyn. Enligt teorin förverkligas omvårdnadens mål genom en mellanmänsklig relation mellan sjuksköterska och patient. Det mest centrala begreppet i teorin är care (omsorg). Inom begreppet care ryms trim (omsorgens utsmyckning och

utrustning) och core (omsorgens kärna). Hon betonar också skillnaden på care och cure (behandling). Hon anser också att omvårdnaden är en del av ett socialt fenomen i samhället och betonar människans behov av tillhörighet till sociala grupper och samhällen.

Watson (1985) är tydlig med att hälsa är något annat än bara frånvaro av sjukdom. Hon har kritiserat hälso- och sjukvården för att den främst varit inriktad på att behandla sjukdom och ej att främja hälsa. Hon menar att vården måste se mer till individens livsstil, sociala förhållanden och miljö. Hälsa är ett individuellt och subjektivt begrepp som har en speciell innebörd för den enskilda individen. I mötet med sjukdom och begränsningar är individens egen upplevelse av sin situation väsentlig. Att bemästra livssituationen är ett tecken på hälsa (Watson, 1985).

I teorin presenteras tio faktorer som bildar omsorgens kärna (Watson, 1985). Vi har valt att presentera sex av dessa som är särskilt applicerbara på skolsköterskans hälsofrämjande arbete.

*Faktor 2. Att etablera tro och hopp;* Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att främja tro och hopp hos sin patient. Individens egna krafter ska tas tillvara. För att kunna bidra till en patients välbefinnande och hjälpa till att välja ett hälsofrämjande beteende är det viktigt att sjuksköterskan känner tilltro till sig själv och sin egen kompetens (Watson, 1985).

*Faktor 4. Att utveckla en hjälpande och förtroendefull relation;* Att kunna etablera en terapeutisk relation med sin patient är ett av omvårdnadens viktigaste verktyg. För att kunna göra detta måste sjuksköterskan lära känna patienten. Sjuksköterskan måste också kunna förmedla sin önskan om att vilja hjälpa och denna önskan ska kunna uppfattas av patienten (Watson, 1985).

*Faktor 7. Att främja ett mellanmänskligt samspel med inläring och undervisning;* Undervisningen ska börja i patientens upplevelse av sin situation. För att patienten ska få kontroll och möjlighet att välja ett hälsofrämjande beteende ska han/hon få kunskap om sin situation (Watson, 1985).

*Faktor 8. Att skapa en stödjande, beskyddande och/eller korrigerande psykologisk, fysisk, sociokulturell och andlig miljö;* Sjuksköterskan ska se till patientens både yttre och inre miljö.

Anpassning av den fysiska miljön så att trygghet och säkerhet kan tillvaratas. Anpassning av omgivningen på ett sådant sätt att välbefinnande kan erhållas (Watson, 1985).

*Faktor 10. Att tillåta existentiella-fenomenologiska krafter; Sjuksköterskan måste se patienten som en unik individ. För att kunna vårda måste sjuksköterskan se patienten ur dennes perspektiv. Patientens egen upplevelse av sin situation ska vara utgångspunkten för sjuksköterskans omvårdnad. Hon måste förstå den mening en patient ger sin situation och hur han/hon tolkar den (Watson, 1985).*

### **Hälsosamtal som begrepp**

WHO definierade i slutet på 1940-talet hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaro av sjukdom eller handikapp (WHO, 1948). Hälsa som begrepp började därefter diskuteras. Framför allt diskuterades det om en person enbart kan uppleva hälsa om den är fysiskt frisk och var gränsen går mellan fysiskt frisk och sjuk. Hälsa betraktades först som ett mål men har senare betraktats som en livsresurs (WHO, 1986).

Hälsa har definierats utifrån vuxna. Barns fysiska, sociala och psykologiska utveckling skiljer sig från de vuxnas. Hälsa hos barn ses som att kunna utvecklas i takt med den inneboende förmågan samt att kunna visa när omvärldens krav blir för stora och kunna kommunicera med människor man är beroende av (Hillman, 2010).

Samtal är svårt att definiera, ofta ses samtal som en relation där minst två personer är involverade, men detta är snarare en definition av prat än samtal. Samtalet fokuserar istället på innehållet men innebär även ett möte mellan två personer. Det centrala i samtal är att människor pratar med varandra för att få information och ny kunskap (Fossum, 2007). Det finns alltså ingen klar och tydlig definition av samtal men synonymer till ordet samtal är; *konversation, dialog, samspråk, resonemang, diskussion, diskurs, samspråk, underhandling, palaver, rådplägning prat, snack, småprat, kallprat (Walter, 1991).*

I hälsobesöket hos skolsköterskan ingår ett hälsosamtal. Hälsobesöket sker utifrån skolhälsovårdens initiativ. Det betyder alltså att hälsobesöket är till för alla elever och inte enbart elever med hälsoproblem (Hillman, 2010). Det är genom hälsosamtalet som

skolsköterskan får möjlighet att bedöma en elevs fysiska, sociala och psykologiska välbefinnande samt elevens livsstil. Skolsköterskor får under hälsosamtalet möjlighet att identifiera hälsoproblem och/eller riskbeteende. Skolsköterskor får även möjlighet att bedöma elevens egen kunskap och beteende kring det eventuella problemet (Gedda, 2003). Syftet med hälsosamtalet är även att ge eleven egna tankar och insikt om sin egen förmåga att klara av ett problem. För de elever som behöver extra stöd och hjälp med sin hälsa ska uppföljande hälsosamtal erbjudas (Hillman, 2010). I kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) finns det beskrivet att sjuksköterskor ska kunna identifiera och bedöma resurser och förmåga till egenvård. I kompetensbeskrivningen står det även att sjuksköterskor ska kunna undervisa och stödja patienter och närstående i syfte att främja hälsa. Skolsköterskor gör efter hälsosamtalet en bedömning om andra insatser från skolan eller sjukvården behövs (Socialstyrelsen, 2004).

Det är inte skolsköterskors uppgift att förmana och tala om hur eleven ska leva. Eleven ska istället stödjas till att förstå sambandet mellan hälsoproblem och den egna livsstilen. Hälsoupplýsning kan även genomföras i grupp där skolsköterskan inte enbart informerar utan låter eleverna själv vara med och tänka och reflektera. Små grupper där skolsköterskor är med och guidar eleverna till diskussion har visat sig ha positiv effekt. Denna information kan rikta sig till grupper med liknande hälsoproblem men även användas generellt till grupper med elever. Målet är då att eleverna ska reflektera och lära av varandra (Socialstyrelsen, 2004). Det är det viktigt att skolsköterskan känner till kommunikationens grunder och bra om hon har en samtalsmodell att följa (Hillman 2010).

### ***Kommunikationens grunder***

Under ett hälsosamtal förmedlas information om hälsa. Överföring av information är det samma som kommunikation. Kommunikation handlar inte enbart om vad som sägs utan även om hur det sägs med exempelvis kroppsspråk. För att förstå hur information i ett samtal förs fram används kommunikationsmodeller. För personer som arbetar med hälsa och med att förmedla hälsokunskap kan McGuire's kommunikationsteori användas (Fossum, 2007). Denna teori börjar med en **källa** som ska vara trovärdig, giltig och relevant t.ex. evidensbaserad information. Därefter kommer **budskapet** som innefattar det som sägs och hur det sägs. Här kan humor eller ironi användas men det är viktigt att tänka på vem

budskapet ska gå fram till. Skolsköterskan kan behöva använda olika ordval beroende på om hon/han pratar med en elev eller föräldrar. Detta budskap sänds senare via en **kanal**, denna kanal är under ett hälsosamtal en personlig kontakt men kan i andra sammanhang vara via media, broschyrer eller affischer. Efter att budskapet passerat kanalen når det **mottagaren**. Mottagaren är under hälsosamtalet eleven och/eller föräldern. Kunskap om mottagaren är betydelsefullt. Detta för att veta att mottagaren är kapabel till att förstå och ta tillvara på budskapet. När budskapet nått mottagaren har det nått sitt **mål**. För att nå målet med bibehållen hälsa är det viktigt att veta att mottagaren har förstått budskapet och vet varför budskapet förmedlats (Fossum, 2007).

McGuire's kommunikationsmodell används för att förstå hur information förmedlas. Hälsosamtalet gynnas om skolsköterskor förstår kommunikationsens grunder (Fossum, 2007). Då skolsköterskor inte bara förmedlar information utan även vill att eleven och/eller föräldern ska förstå innebörden och eventuellt ändra ett beteende kan samtalsmodeller användas. Nedan presenteras en av dessa samtalsmodeller som är lämplig att använda i ett hälsosamtal med elev och/eller föräldrar när ett levnadsbeteende ska förändras.

### ***Self-efficacy en samtalsmodell***

Fossum (2007) beskriver en samtalsmodell utvecklad av Albert Bandura, self-efficacy. Den bygger på individens förväntningar på sin egen förmåga att förändra ett beteende. En individ kan tro sig klara av att förändra ett beteende men inte hela sitt beteendemönster. Tror individen att den kan klara av att förändra sitt beteende tar den initiativ till detta och anstränger sig mer för att klara av denna förändring. I vissa fall måste individens självförtroende först stärkas, individer med lågt självförtroende kan inte alltid se det positiva i en handling utan tenderar att fokusera på det som inte fungerar. Huruvida individen tror att den kan förändra sitt beteende bygger på fyra punkter (Fossum, 2007).

- Individens egna erfarenheter av att tidigare ha lyckats eller misslyckats.
- Upplever individen att andra har lyckats eller misslyckats?
- Vill individen förändra sitt beteende eller är individen övertalad?
- Upplever individen att kroppens fysiologi påverkas?



I skolhälsovården kan self-efficacy användas i en tvåstegsmodell. Skolsköterskan börjar med att fråga vilket beteende eleven själv kan tänka sig att förändra. Eleven kanske svarar att den tror sig kunna röra på sig mer men är inte redo att dra ned på småätandet. Därefter frågar skolsköterskan eleven hur den tror sig klara av detta beteende. Eleven får då möjlighet att själv resonera sig fram till hur motionen ska kunna ökas exempelvis genom att gå istället för att ta bussen. Förändringen ska bygga på det som eleven själv är redo att förändra. Ett annat sätt är att låta eleven göra små förändringar succesivt. Exempelvis kan eleven börja med att gå till skolan och ta bussen hem från skolan. När detta mål uppnåtts kan eleven även börja promenera hem från skolan. Det mål som ska vara uppnått bör komma från eleven själv. Viktigt är att ge eleven konkret feedback och inte enbart beröm om vikten minskar (Fossum, 2007).

Self-efficacy kan även användas då kontakt tas med föräldrar. Föräldrarna tillfrågas först om de känner till hur övervikt påverkar kroppen. Därefter ombedes föräldrarna att resonera kring varför barnet kan vara överviktigt. Utifrån detta kan föräldrarna själva resonera sig fram till förändringar som kan göras. Skolsköterskan kan här ställa frågan till föräldrarna om vilka hinder de kan tänkas mötas av och hur de ska handskas med detta. Genom att föräldrarna själva får diskutera kring problemet förstärks deras kompetens. Det är viktigt att skolsköterskan följer upp förändringar och stöttar föräldrarna i de eventuella problem som uppstår (Fossum, 2007).

## **TIDIGARE FORSKNING**

### **Litteratursökning**

Sökning av tidigare forskning har gjorts under februari månad år 2012. Cinahl och PubMed har använts som databaser för sökningen. De urvalskriterier som ställdes på artiklarna var att de inte fick vara äldre än tio år och granskade av en etisk kommitté. Sökningar i Cinahl gjordes med peer reviewed. Sökord som användes var overweight och school nursing. Då detta endast gav ett fåtal träffar utvidgades sökningen med ytterligare sökord; health dialogue, obesity, Sweden, child och adolocent. Dessa sökord användes i olika kombinationer. Sökningar gjordes även i referenslitteratur. Alla titlar lästes och därefter lästes abstract på de artiklar med relevanta titlar. Efter att abstracten lästs av båda författarna diskuterades dessa och de artiklar som berörde studiens syfte och uppfyllde

kraven som ställts på artiklarna valdes ut. Artiklarna lästes därefter i sin helhet flera gånger av båda författarna.

Litteratursökningen gav 13 artiklar; nio kvantitativa artiklar, tre kvalitativa artiklar och en litteratur review.

### **Redovisning av tidigare forskning**

#### ***Förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Sverige***

Litteratursökningen visade att en stor del forskning om övervikt och fetma riktar sig till att se förändringar på BMI under olika tidsintervall, mellan olika socioekonomiska grupper samt skillnader i BMI mellan tätort och landsbygd. Det finns även en stor mängd forskning på förekomsten av övervikt och fetma i olika länder. Forskning från Sverige har valts ut då denna belyser svenska förhållanden av övervikt och fetma.

Genom skolhälsovården i Sverige är det relativt lätt att få fram data om elevers vikt. Vikten kan dock variera beroende på vilken skolsköterska som utför mätningarna och hur noggrann skolsköterskan varit vid mätningarna. Därför gjordes en studie där ett team besökte 94 skolor för att kartlägga förekomsten av övervikt och fetma. Studien genomfördes under 2008, på totalt 4538 barn som var mellan sju och nio år gamla. I denna studie fann man att 16,6 % var överviktiga och 3 % hade fetma (Sjöberg, Moraeus, Yngve, Poortvliet, Al-Ansari & Lissner, 2011).

För att se hur förekomsten av fetma och övervikt har förändrats användes skolhälsovårdens längd och viktmätningar från 1974. Dessa siffror jämfördes med mätningar gjorda 2001. De barn som data hämtades ifrån var vid dessa tillfällen 10, 13 samt 16 år. Denna studie visade att förekomsten av fetma och övervikt hade ökat, framför allt hade fler barn fetma.

Jämförelsen av BMI visade även att 16-åringar var den grupp som ökat sitt BMI mest (Ekblom, Oddsson & Ekblom, 2004). Studier visade även att fetma var vanligast hos pojkar men att det var vanligare med övervikt hos flickor (Laager, Fossum & Bremberg, 2005).

Barnets uppväxtmiljö upp har visat sig ha en påverkan på förekomsten av övervikt och fetma. Barn på landsbygden tenderar att vara överviktiga till högre grad än barn i storstäder (Sjöberg et al., 2011). Även moderns utbildning kan påverka förekomsten av övervikt. Barn

vars mödrar studerat på eftergymnasial nivå har lägre BMI än de barn vars mödrar inte studerat efter gymnasiet. Däremot har det visat sig att faderns utbildningsnivå inte påverkar förekomsten av fetma (Lager et al., 2005). Övervikt är även mer vanligt förekommande hos de barn där antingen en eller båda föräldrarna är överviktiga (Mårild, Bondestam, Bergström, Ehnberg, Hollsing & Albertsson-Wikland, 2004). Barn från områden med låg socioekonomisk status är till högre grad överviktiga än barn från övriga områden (Sjöberg et al., 2011; Meriaux, Hellström & Mårild, 2008). Vid insatser från skolhälsovården, exempelvis regelbundna samtal om kost och motion med skolsköterskan, minskar barn från områden med lågt socioekonomisk status sitt BMI mindre än övriga barn (Meriaux et al., 2008).

### ***Elevens perspektiv***

Två av de studier vi valt att ta med är gjorda utifrån elevens perspektiv. Den ena studien genomfördes på elever i Danmark som var 11, 13 och 15 år gamla. Eleverna fick svara på en enkät med frågor om hur de upplevde hälsosamtalet. Denna studie visade att hälften av eleverna reflekterade över hälsosamtalet, tänkte på det efteråt samt följde de råd skolsköterskan gav. Pojkar som var överviktiga tänkte mest på samtalet. Yngre barn reflekterade mer över samtalet än äldre barn (Borup & Holstein, 2010). I den andra studien, som genomfördes i Sverige, intervjuades 16 barn i 10 till 12 års-åldern. Denna studie visade att barn med övervikt uppfattade sin kroppstorlek rätt och ville gå ned i vikt. Den visade även att barn med övervikt var medvetna om hur de skulle förbättra sin hälsa och varför de behövde förbättra sin hälsa. Denna kunskap hade de fått från skolsköterskor (Meriaux, Berg & Hellström, 2009).

### ***Sjuksköterskans perspektiv***

Flera av artiklarna tog upp sjuksköterskors syn på och erfarenheter av att hantera situationer med överviktiga barn. Dessa studier var genomförda i USA och i Australien.

Sjuksköterskorna ansåg sig vara väl medvetna om orsaker till övervikt och fetma hos barn. Som exempel nämnde de dåliga kostvanor och överdriven kalorikonsumtion (Moyers, Bugle & Jackson, 2005; Nauta, Byrne & Wesley, 2009). Ytterligare en orsak ansågs var en stillasittande livsstil (Moyers et al., 2005; Steele, Wu, Jensen, Pankey, Davis & Aylward, 2011; Nauta et al., 2009). De konsekvenser som främst togs upp var att hälsan påverkades på både

lång och kort sikt (Moyers et al., 2005; Story et al., 2002) samt att barnens livskvalitet blev sämre och de uttryckte oro för att barnen skulle bli utsatta för mobbing (Story et al., 2002). Det var viktigt att uppmärksamma och viktigt men svårt att sätta in åtgärder (Moyers et al., 2005; Story et al., 2002; Nauta et al., 2009). I en studie om skolsköterskans uppfattningar om barnfetma (Moyers et al., 2005) var det mindre än 25 % som rutinmässigt rekommenderade behandling eller viktnedgång till barn med fetma. Drygt hälften rekommenderade det bara i de fall då barn eller föräldrar själva bad om hjälp. I en annan studie (Nauta et al., 2009) rekommenderade 34 % av skolsköterskorna viktnedgång vid barnfetma, men 25 % gjorde det bara i de fall de såg att fetman direkt påverkade hälsan. Skolsköterskorna upplevde att problemet ökat i omfattning och blivit vanligare (Moyers et al., 2005; Nauta et al., 2009).

Flera studier tog upp att sjuksköterskor upplevde hinder då barn och föräldrar kom från en annan kultur än deras egen. Det kunde handla om problem att kommunicera p.g.a. språket (Steele et al., 2011) eller att synen på mat och övervikt skiljde sig åt (Steele et al., 2011; Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten, 2009).

I flera av studierna identifierade skolsköterskorna olika problem på skolorna, såsom ingen möjlighet att välja ett mer hälsosamt alternativ på lunchen och att eleverna hade tillgång till godis- och läskautomater (Steele et al., 2011; Nauta et al., 2009). Även betydelsen av att ha med skolledningen vid eventuella åtgärder och problem påpekades (Steele et al., 2011; Nauta et al., 2009; Moyers et al., 2005).

Ett annat dilemma var att samhällets bild av vad som var normalt hade förändrats, t.ex. hade bilden av vad som är en normal respektive överviktig person förändrats och uppfattningen om hur stor en normalstor hamburgare eller godispåse är hade ökat (Steele et al., 2011).

Viktkurvan (Edvardsson et al., 2009) och BMI (Mikhailovich & Morrison, 2007) var verktyg som underlättade sjuksköterskornas arbete. Två av studierna (Nauta et al., 2009; Moyers et al., 2005) visade däremot att sjuksköterskorna saknade erfarenhet om hur BMI-kurvorna skulle användas.

I två av artiklarna uttryckte skolsköterskor att de trodde överviktiga barn var mer mottagliga för information och behandling angående sin övervikt än överviktiga vuxna (Story et al., 2002; Moyers et al., 2005).

I princip samtliga artiklar, som belyste sjuksköterskans perspektiv, tog upp hur viktigt det var att få med sig och samarbeta med föräldrarna. I en intervjustudie med BVC-sköterskor (Edvardsson et al., 2009) påpekades betydelsen av att sjuksköterskan hade en bra relation med föräldrarna. Hos de familjer där BVC-sköterskan byggt upp en bra relation från det att barnet var nyfött var det lättare att senare resa frågan om barnets eventuella övervikt. Det ansågs också lättare om föräldrarna själva uppmärksammat och tagit upp problemet. Men samarbetet med föräldrarna var svårt, det var en känslig fråga att ta upp. Flera av studierna lyfte fram hinder som sjuksköterskorna upplevde i sin kontakt och sitt samarbete med föräldrarna. Steele et al. (2011) beskriver hur familjen upplevdes som ett av de största hindren för skolsköterskor som arbetar med överviktiga barn, det kunde t.ex. vara komplicerade familjesituationer och andra problem i familjen, brist på motivation, begränsat med tid eller resurser samt en rädsla för att familjerna skulle uppfatta information om barnets övervikt som ett personligt påhopp. Edvardsson et al. (2009) tar också upp sjuksköterskans rädsla för att förolämpa föräldrarna och att det var vanligt med känslomässiga reaktioner. Story et al. (2002) beskriver föräldrarnas brist på engagemang och motivation. Extra svårt ansågs det om föräldrarna själva var överviktiga. Ämnet övervikt var lättare att ta upp med normalviktiga föräldrar då sjuksköterskorna kunde gå mer rakt på sak (Edvardsson et al., 2009). Även Mikhailovich et al. (2007) tar upp hur mycket mer komplext problemet blir när föräldrarna också är överviktiga. Föräldrarna lade fram argumentet att det (övervikten) skulle växa bort (Edvardsson et al., 2009; Steele et al., 2011), detta var dock sjuksköterskorna övertygade om att det inte skulle göra (Story et al., 2002; Moyers et al., 2005; Nauta et al., 2009). Ytterligare hinder som nämndes i samarbetet med föräldrarna var att de försökte dra uppmärksamheten bort från viktproblemet (Edvardsson et al., 2009).

Sjuksköterskorna upplevde att deras egen eventuella övervikt kunde utgöra ett hinder (Steele et al., 2011; Moyers et al., 2005). De tyckte att skolsköterskan skulle föregå med gott exempel och själv vara normalviktig (Moyers et al., 2005; Mikhailovich et al., 2007).

Vidare framkommer betydelsen av sjuksköterskans kommunikativa förmåga, framför allt att kunna kommunicera med föräldrar. Hur man talade var också viktigt, att undvika ord som fet och fetma och istället prata om vikt och BMI (Mikhailovich et al., 2007). Edvardsson et al. (2009) beskriver också hur sjuksköterskorna valde sina ord med omsorg.

Både i en studie av Story et al. (2002) och i en av Steele et al. (2011) uttrycktes brist på skolsköterskans egen kompetens som ett hinder. I andra studier lyftes den egna kunskapen fram som en fördel (Edvardsson et al., 2009, Moyers et al., 2005).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

En stor del av den forskning som gjorts omfattar ungdomar i tonåren som är kraftigt överviktiga eller har utvecklat fetma. Tidigare forskning visar att skolsköterskan anser att övervikt bland elever är viktigt att uppmärksamma och att det är viktigt men svårt att sätta in åtgärder. Tidigare forskning visar även på betydelsen av en bra kommunikation mellan skolsköterska och föräldrar. Vi har dock inte funnit någon forskning som beskriver skolsköterskans kommunikation med föräldrar vars barn börjar bli överviktiga.

Den största delen av forskningen som gjorts har kvantitativ design. Den kvalitativa forskningen som är gjord är framför allt från USA och Australien. Vi har inte funnit någon forskning på hur skolsköterskan arbetar med överviktiga barn i Sverige. Flera av de artiklarna vi läst eftersöker mer kvalitativ forskning för att bidra med ett annat perspektiv. Med denna studie vill vi belysa problemet och bidra med kunskap om skolsköterskans hälsofrämjande arbete med överviktiga barn i ett tidigt skede. Att i ett tidigt skede arbeta hälsofrämjande med överviktiga barn skulle kunna spara det enskilda barnet lidande och samhället insatser i ett senare skede.

## **SYFTE**

Att beskriva hur skolsköterskor uppmärksammar och hanterar situationen då en elev börjar bli överviktig.

## **METOD**

För att uppnå syftet har en kvalitativ metod valts. Kvalitativ metod används för att förstå och tolka människors upplevelser. I kvalitativa metoder kan man inte i förväg avgöra svaret på en fråga. Detta då kvalitativa metoder fångar upplevelser som är personliga för respondenten (Patel & Davidsson, 2003). Den kvalitativa forskningen kan producera kunskap som förändrar sjuksköterskans sätt att tänka och förhålla sig till verkligheten och därmed också förändra vården (Wiklund, 2003).

## **URVAL**

Urvalet vid en kvalitativ studie grundar sig på vem som delger data. Det viktiga är att välja den som har något att berätta, att delge. Inte, som vid kvantitativa studier, att få ett stort slumpmässigt urval. Få informanter kan förse forskaren med en stor mängd data. Det finns inga specifika regler för hur stort urvalet behöver vara, det baseras på den information man behöver (Polit & Beck, 2011).

Enligt Polit & Beck (2011) gör en tydlig beskrivning av urvalet det lättare för läsaren att bedöma om resultatet är applicerbart på dennes kliniska verksamhet. Man bör beskriva; typ av urval, urvalskriterier, från vilken typ av samhälle urvalet hämtats, under vilken tidsperiod data samlades in, antal informanter och varför detta antal valdes samt kön och ålder.

Vi har valt ett ändamålsenligt urval, vilket innebär att forskaren väljer ut de informanter som anses kunna ge mest värde åt studien (Polit & Beck, 2011). För att få ett tillräckligt stort och trovärdigt material att arbeta med i en fullskalestudie skulle vi välja ut ca 15 skolsköterskor från västra Sverige som representerar olika socioekonomiska områden samt både landsbygd och tätort. Övriga inklusionskriterier är minst 5 års erfarenhet av skolhälsovård, relevant specialistutbildning (specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktsköterska eller skolsköterskeprogrammet) samt att skolsköterskan arbetar med elever i årskurs två.

## DATAINSAMLING

För att få kunskap om hur skolsköterskan uppmärksammar och hanterar situationen då ett barn börjar bli överviktigt har kvalitativa intervjuer med semistrukturerade frågor valts. Frågorna vid en kvalitativ intervju är öppna dvs. de inbjuder intervjupersonen att själv berätta om ämnet. Materialet har då förutsättningar att bli innehållsrikt och sammanhängande (Trost, 2010). För att få fram data används semistrukturerade frågor där undersökaren har frågor och ämnen som ska beröras istället för en rad frågor som måste ställas och besvaras. Det är intervjuaren som styr intervjun och guidar intervjupersonen så att den håller sig till ämnet (Polit and Beck, 2011).

Intervjuerna kommer att spelas in för att ge den som intervjuar en möjlighet att fokusera på intervjupersonens svar och tankar istället för att fokusera på att hinna med och skriva allt som sägs. Inspelning av en intervju gör det även möjligt att höra tonläge och få med exakta formuleringar (Kvale & Brinkmann, 2009).

Då intervjun genomförs används en intervjuguide. Intervjuguiden innehåller de frågor som intervjuaren vill ha besvarade men frågorna behöver nödvändigtvis inte ställas i en specifik ordning. Därför är det viktigt att intervjuarna är pålästa på området och vet vilka frågor som finns med i intervjuguiden. Intervjufrågorna ska vara enkla att förstå, inte kunna misstolkas. Det är en fördel om intervjun börjar med en inledande fråga där intervjupersonen får möjlighet att fritt berätta om t.ex. en situation i anslutning till ämnet. Detta för att bygga ett förtroende och en avslappnad miljö för intervjun. Beroende på svaret följs frågorna sedan upp med följdfrågor som t.ex. Hur tänkte du då? Hur kände du då? För att få fram intervjupersonens upplevelser och tankar är det viktigt att frågorna inte är ledande och att intervjuaren själv inte besvarar frågorna. Under intervjun är det viktigt att intervjuaren lyssnar aktivt och vågar vänta ut intervjupersonen. Risken är stor att en oerfaren intervjuare tenderar att ta över intervjun och vill ha så många frågor som möjligt besvarade. Vilket kan göra intervjupersonen obekväm och tystlåten (Trost, 2010).

En intervju kan upplevas som obehaglig och stressande för intervjupersonen. Därför är det bra om intervjupersonen själv får välja den plats där intervjun ska ske. På detta sätt har intervjupersonen möjlighet att välja en plats som känns trygg och säker. Efter en intervju



avkodas allt material så att inga namn eller andra kännetecken på intervjupersonen kan identifieras (Trost, 2010).

I den fullskaliga intervjun avser vi att göra kvalitativa intervjuer med semistrukturerade frågor utifrån en intervjuguide. Intervjupersonen får själv välja plats och tid. Intervjupersonen kommer att få ett informationsbrev innan intervjun samt lämna ett skriftligt samtycke. Intervjun kommer att spelas in och därefter transkriberas till text.

## **DATAANALYS**

För att analysera data i intervjuerna kommer en kvalitativ innehållsanalys att användas. Kvalitativ innehållsanalys används för att granska och tolka texter bland annat från transkriberade intervjuer. Analysen bygger på att finna likheter och skillnader i texten. Texten tolkas utifrån sitt sammanhang där det som sagts före och efter måste beaktas. En textrad blir därmed inte självständig utan hela texten analyseras. En induktiv ansats för att analysera texterna valdes. Med induktiv ansats menas att texten analyseras förutsättningslös utifrån personers berättelser och upplevelser (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Den kvalitativa innehållsanalysen börjar med att de inspelade intervjuerna transkriberas till text och kodas. Kodningen görs för att avidentifiera den som blivit intervjuad. Varje intervju utgör en analysenhet. Därefter läses analysenheterna igenom flera gånger för att få en helhetsbild. Texten i analysenheterna delas in i specifika områden, dessa områden kallas domäner. Meningsenheter används som grund i analysen. En meningsenhet är ord, meningar eller stycken. Innehåller meningsenheten flera betydelser finns risken att information försvinner under arbetsprocessen. Är meningsenheten för liten kan resultatet riskera att bli ofullständigt. Meningsenheterna kortas ned och sammanfattas samtidigt som kärnan i innehållet finns kvar. Detta kallas för kondensering. Den kondenserande texten abstraheras och förses med koder vilket betyder att de lyfts till en högre nivå. Koderna är mycket kortfattade beskrivningar av meningsenheten. Koder med liknande innehåll förs samman till subkategorier och kategorier (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Det är viktigt att tänka på att kategorierna ska vara formulerade så att ingen data passar in i två eller flera kategorier. Data får heller inte falla bort för att det är svårt att avgöra vilken kategori de tillhör (Krippendorff, 2004).

## **PILOTSTUDIEN**

Före genomförandet av den fullskaliga studien utfördes en pilotstudie. En pilotstudie genomförs för att pröva om metoden och metodfrågorna är lämpliga för att besvara studiens syfte. En storskalig studie är såväl kostsam som tidskrävande, det är därför viktigt att pilotstudien är väl genomförd och bearbetad (Polit & Beck, 2011). Syftet med pilotstudien var att beskriva hur skolsköterskan uppmärksammar och hanterar situationen då en elev börjar bli överviktig.

### **Urval**

I pilotstudien har vi valt ut fem skolsköterskor, samtliga kvinnor, från Göteborg. Inklusionskriterier var minst fem års erfarenhet av skolhälsovård, relevant specialistutbildning (specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar, specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktsköterska eller skolsköterskeprogrammet) samt att skolsköterskan arbetade med elever i årskurs 2.

### **Datainsamling**

Skolsköterskorna har blivit uppringda per telefon inför studien och fått en kort information om själva studien och dess syfte. De har då fått bestämma om de är intresserade eller ej. Därefter har ett brev med en forskningspersonsinformation skickats ut (se bilaga 2). Sju skolsköterskor tillfrågades varav en avböjde och en uppfyllde inte inklusionskriterierna. Intervjupersonerna har därefter blivit uppringda och själva fått välja plats och tid för intervjuerna.

I pilotstudien användes kvalitativa intervjuer med semistrukturerade frågor. En intervjuguide med öppna frågor användes. En inledande fråga användes först i alla intervjuer där skolsköterskan fick berätta om hälsosamtalet i årskurs två. Därefter ställdes övriga frågor (se bilaga 3).

I pilotstudien intervjuades fem skolsköterskor. Alla fem intervjupersoner valde att utföra sin intervju på respektive arbetsplats. Intervjuerna tog mellan 21-35 minuter. Intervjuerna utfördes med en intervjuare för att intervjupersonen skulle känna sig bekväm. Två

intervjuare kan göra att intervjupersonen känner sig underlägsen och därmed blir tystlåten (Trost, 2010). Efter avslutad intervju transkriberades den till text och kodades av den författare som utfört intervjun.

### Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys användes. Texterna lästes flera gånger av båda författarna. Texterna analyserades av de båda författarna var för sig och tillsammans. Författarna plockade ut meningsenheter var och en för sig, detta för att uppnå en hög trovärdighet. Meningsenheterna stämde väl överens när de jämfördes. De diskuterades för att kontrollera att de motsvarade studiens syfte. Meningsenheterna kondenserades, abstraherades och kodades. Därefter togs subkategorier och kategorier fram (se exempel i tabell 1). Analysen skedde genom att författarna i alla steg tittade tillbaka på ursprungstexten. Detta för att data inte skulle gå förlorade eller feltolkas under processen. Innehållet jämfördes även under analysens gång mot syftet.

Tabell 1

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Barnen har bråttom de kanske slänger i sig fyra fem mackor, det ska gå fort och dom ska fort ut, dom bara trycker i sig	Jag ser att barnen äter fort	Hur barnen äter	Elevens utseende och beteende	Hur skolsköterskan uppmärksammar att en elev börjar bli överviktig
Så att man inte hela tiden är där med en pekpinne utan att man erbjuder	Jag erbjuder hjälp	Hur man kommunicerar	Samtal och stöd	Hur skolsköterskan hanterar situationen då en elev börjar bli överviktig

## **Förförståelse**

Som människor kan vi aldrig vara helt objektiva. Såväl tidigare erfarenheter som förväntningar påverkar hur vi uppfattar något. För att kunna tillägna sig ny kunskap måste man reflektera över sin förförståelse våga ifrågasätta och kanske överge den (Wiklund, 2003).

Författarna till studien arbetar inom barnsjukvård på en barnmedicinsk avdelning. Författarna har gjort praktik 5 veckor respektive 2 dagar med skolsköterska. I övrigt har författarna inte kommit i kontakt med skolsköterskans arbete inom sin yrkeskarriär. En av författarna har barn i skolåldern och på det sättet varit i kontakt med skolhälsovården. Den andra författaren har barn i förskolan och därmed inte någon anknytning till skolhälsovård.

Då vi har relativt liten erfarenhet av skolhälsovård tror vi inte att vår förförståelse påverkat resultatet. Båda författarna är dock teoretiskt pålästa om skolsköterskans hälsofrämjande arbete.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Inom forskningsetik appliceras fyra grundläggande etiska principer:

Autonomi/självbestämmande, göra gott, icke skada och rättvisa (Forsman, 1997).

Vetenskapsrådet (u.å) ger information om forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Principerna har använts utifrån de fyra huvudkraven: Informationskravet; Här ska forskaren informera om syftet, villkor för deltagarna, att det är frivilligt och att man när som helst utan anledning kan avbryta sitt deltagande samt vem som är ansvarig och kontaktuppgifter. Vi har gjort detta genom muntlig information och skriftligt i ett brev med forskningspersonsinformation (se bilaga 2).

Samtyckeskravet; Detta innebär att deltagarna i en undersökning själva ska bestämma över sin medverkan. Då pilotstudien ingår i en utbildning på universitetet har bedömningen gjorts att skriftligt samtycke ej behöver samlas in. På en eventuell fullskalestudie kommer ett samtyckesformulär att skickas ut till deltagarna ihop med forskningspersonsinformationen. I samtyckesformuläret tydliggörs att personen fått information om studien, fått möjlighet att ställa frågor och fått dem besvarade. Det framgår även att personen samtycker till att delta i

studien.

Konfidentialitetskravet; Här tydliggörs att uppgifter om personer i studien ska ges största möjliga konfidentialitet, personuppgifter ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Detta gör vi genom att allt material avidentifieras, inspelat material och transkriptioner kommer att förstöras efter att pilotstudien är avslutad.

Nyttjandekravet; Materialet får bara användas till forskningsändamål. Material insamlat till pilotstudien kommer bara att användas till en magisteruppsats (Vetenskapsrådet, u.å).

Dessa principer har använts som vägvisare, dock ersätter de inte våra egna bedömningar och vårt eget ansvar.

Studien, som ingår i en utbildning vid Göteborgs universitet, kräver inget tillstånd från etikprövningsnämnden. Vid fullskalestudien krävs dock ett tillstånd från etikprövningsnämnden (SFS 2003:460). Vid en ansökan om etikprövning ska en risk/nytta analys genomföras (Centrala etikprövningsnämnden, uå). Vi har inte kunnat förutse varken någon direkt nytta eller några risker för intervjupersonerna. I ett vidare perspektiv skulle resultatet från en fullskalestudie kunna uppmärksamma och utveckla skolsköterskans hälsofrämjande arbete.

## RESULTAT

Dataanalysen från intervjuerna med de fem skolsköterskorna resulterade i två kategorier och sju subkategorier (se tabell 2).

Tabell 2

Kategori	Subkategori
<b>Hur skolsköterskan uppmärksammar att en elev börjar bli överviktig</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Övervikt uppstår sällan i årskurs två</li><li>• Viktkurvan och BMI</li><li>• Elevens utseende och beteende</li></ul>
<b>Hur skolsköterskan hanterar situationen då en elev börjar bli överviktig</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontakt med föräldrar</li><li>• Samtal och stöd</li><li>• Att arbeta vidare</li><li>• Skolsköterskan i samarbete med övrig personal</li></ul>

### HUR SKOLSKÖTERSKAN UPPMÄRKSAMMAR ATT EN ELEV BÖRJAR BLI ÖVERVIKTIG

De intervjuade skolsköterskorna ansåg inte att övervikt var något stort problem i årskurs två. Elever som började bli överviktiga uppmärksammade skolsköterskorna när de tittade på viktkurvan, men övervikten kunde också uppmärksammas genom elevens utseende och beteende.

#### Övervikt uppstår sällan i årskurs två

De fem skolsköterskor som blev intervjuade uppmärksammade inte övervikt i årskurs två som något stort problem. Det var vanligare att de eleverna inte gick upp eller till och med tappade i vikt. De elever som var överviktiga i årskurs två hade övervikten med sig sedan tidigare. Ofta hade övervikten utvecklats redan under BVC-tiden. Skolsköterskorna uppmärksammade också att övervikten kom då eleverna blev lite äldre. Ofta i samband med

att de började vara själva hemma och inte gick på fritids längre. Det var först när eleverna började på högstadiet som de själva kom till skolsköterskan och ville ha hjälp med sin vikt.

*”Men vet du jag känner att jag oftare pratar om att dom går ner, att dom tappar på viktkurvan jag tycker nästan det är vanligare” (IP 3)*

*”ja visst, annars kan jag tycka att man ser mer den trenden när dom inte går på fritids längre, ja kanske i fyran när dom börjar vara hemma efter skolan” (IP 2)*

### **Viktkurvan och BMI**

När det gällde att uppmärksamma övervikten brukade skolsköterskorna reagera då de tittade på viktkurvan och på elevens BMI. De såg om kurvan stack iväg och gick upp en eller ett par standardavvikelser. Med hjälp av elevens vikt och längd räknade dokumentationsprogrammet i datorn ut BMI och de blev grafiskt tydligt om någon ökat för mycket i vikt. Dock reagerade skolsköterskorna inte på de elever som under en längre tid legat på samma höga kurva, så länge de följde sin kurva.

*”Jag tittar ju på kurvorna med men jag kollar BMI. Jag gör så på varje barn där jag tar längd och vikt så kollar jag kurvan och går in på BMI-kurvan och tittar där också det är min koll som jag gör på varje barn” (IP 1)*

*”Jag använder mig väl mycket av kurvorna och så får man ju titta tillbaka då hur det har varit om det är en ny trend. Om man ser att dom plötsligt börjar öka i vikt eller om dom har legat på en lite högre kurva hela vägen” (IP 2)*

### **Elevers utseende och beteende**

Skolsköterskorna kunde också uppmärksamma att en elev började bli överviktig genom dennes utseende och beteende. Skolsköterskorna kände sina elever väl och såg bara genom att titta på dem vem som gått upp i vikt. Det kunde också handla om att de observerade matvanor eller sättet en elev åt på. Skolsköterskorna menade på att redan överviktiga barn hade svårt att känna av när de blir mätta och därför åt för mycket. Även maten i skolmatsalen kunde vara ett problem. Detta då barnen inte tyckte om maten och därför inte åt av den utan istället gick till kiosken. En skolsköterska uttryckte oro över datoranvändandet

i skolan medan en annan skolsköterska inte såg detta som ett problem. Denna skolsköterska såg dock ett problem för de barn som var ensam hemma och då blev stillasittande framför en dator eller tv.

*”Barnen har bråttom de kanske slänger i sig fyra fem mackor, det ska gå fort och dom ska fort ut, dom bara trycker i sig” (IP 1)*

*”Ja det första jag ser är ju hur barnet ser ut, alltså jag har ju sett dom här barnen förut, jag menar jag vet ju hur dom ser ut” (IP 3)*

## **HUR SKOLSKÖTERSKAN HANTERAR SITUATIONEN DÅ EN ELEV BÖRJAR BLI ÖVERVIKTIG**

De intervjuade skolsköterskorna använde sig av ett antal olika metoder för att hantera situationen med elever som började bli överviktiga. Här var kontakten med föräldrarna väsentlig men även olika typer av samtal och stöd till elever och föräldrar. Det framkom även att skolsköterskorna hade tankar om hur de skulle gå vidare i nästa steg samt hur de samarbetade med övrig personal på skolan.

### **Kontakt med föräldrar**

Den första åtgärden skolsköterskan gjorde då en elev började gå upp i vikt var att kontakta föräldrarna. Det ansågs inte svårt att avgöra när föräldrarna skulle kontaktas och oftast var föräldrarna tacksamma för att skolsköterskan tog tag i problemet. Skolsköterskorna ansåg att nästan alla föräldrar var medvetna om att deras barn var överviktiga och skolsköterskorna frågade föräldrarna om de ville ha hjälp samt med vad. Ofta var föräldrarna medvetna om vad som behövde ändras i familjens livsstil och skolsköterskan var alltid noga med att bestämma eventuella åtgärder tillsammans med föräldrarna.

*”Nä jag tycker inte att det är så svårt. Och har man. Jag har ju jobbat så himla länge. Nä, så jag tycker inte det är så himla svårt. Jag tänker det är bättre att ringa en gång för mycket än en gång för lite” (IP 4)*

*”Och jag frågar om det är något dom själva märkt eller så där. Vad dom har för tankar. Vad dom skulle vilja” (IP 5)*



Skolsköterskorna valde att ta upp situationen och på olika sätt hantera den ihop med föräldrarna. Samtliga skolsköterskor menade att arbetet med elevens övervikt var ett ansvar som låg på föräldrarna och skolsköterskan. Det var viktigt för skolsköterskorna att inte ta den här diskussionen direkt med eleven utan att först informera föräldrarna. Detta påpekade samtliga skolsköterskor vi intervjuat. Längd och viktkurvan var ett viktigt verktyg vid kontakten med föräldrarna. Det var lättare att diskutera kring den och att visa hur det faktiskt såg ut. Bara en av de skolsköterskor vi intervjuat valde att visa och använda sig av längd- och viktkurvan under samtalet med eleven.

*”Det är ju aldrig något jag tar upp med barnet, det gör jag ju aldrig över huvud taget i skolan inte med dom äldre barnen heller utan jag kommunicerar med föräldrarna när det gäller det här” (IP 2)*

Alla skolsköterskor tyckte att det var viktigt att samarbeta med föräldrarna. Ibland kände skolsköterskorna sig oroliga över föräldrarnas reaktion och vissa föräldrar blev arga och upprörda då skolsköterskan nämnde att eleven börjat gå upp i vikt. Andra problem skolsköterskan stötte på i samtalet med föräldrarna var att de kunde vara rädda för att barnen skulle få anorexi istället, ansåg att övervikten skulle växa bort eller att de själva redan hade bra matvanor i hemmet. Detta gjorde det svårare för skolsköterskan att erbjuda ytterligare information och stöd. Informationen från skolsköterskan om kost och motion var frivillig och vissa föräldrar avstod från denna information, vilket skolsköterskan var tvungen att acceptera. Ett annat problem som skolsköterskorna såg i sitt arbete med överviktiga barn var att det var ibland fanns en viss ovillighet hos föräldrarna. Detta då föräldrarna, i många fall, själva var överviktiga och då ovilliga till att hjälpa barnen med motion.

*”Vid något tillfälle har jag haft någon mamma som har blivit jätteupprörd skrev ett brev hem till mig efteråt och skrev att ”du förstörde hela min helg”(IP 3)*

*”Det är ju föräldrarna. Dom är rädda att det ska bli anorexi istället. Eller att barnen ska bli stämplade på något sätt” (IP 5)*

Tre av skolsköterskorna tog upp problem som uppstod vid skilsmässor och hur skolsköterskan upplevde att det påverkade eleverna. Skolsköterskorna hade märkt att det var vanligt att elever gick upp i vikt i samband med att deras föräldrar separerade. Detta

kunde påverka skolsköterskans kontakt med föräldrarna, exempelvis ansåg en av skolsköterskorna att det kunde vara jobbigt då föräldrarna hade dålig kommunikation med varandra. Val av mat och matvanor förändrades eller påverkades vid skilsmässor enligt skolsköterskorna. Elevernas matvanor kunde även variera beroende på om de bodde hos mamma eller pappa. Detta kunde göra att skolsköterskan var tvungna att informera båda föräldrarna, ibland om olika saker.

*”Förra veckan, som så pratade jag med mamman och då eller ringde hem och så pratade. Då sa hon det att hon är ju hälften hos sin pappa så att det vore ju väldigt bra om du ringde och lämnar samma sak till honom för att annars tror han mig inte. Du vet när de inte pratar jätte mycket med varandra. Det är så olika. En del har ju dåliga kontakter” (IP 4)*

### **Samtal och stöd**

Under hälsobesöket samtalade skolsköterskan med alla elever om kost och motion. Samtal om kost och motion med föräldrar var en åtgärd skolsköterskan erbjöd då elever började gå upp i vikt. Då skolsköterskan informerade om motion samtalade hon om betydelsen av att röra på sig och varför man behövde göra det. Frukosten var ett mål eleverna ofta slarvade med och därför valde skolsköterskorna att samtala kring betydelsen av en bra frukost. Skolsköterskorna informerade även om hur stor en portion ska vara och illustrerade detta med bilder.

*”Frukost, det problemet börjar tidigt. Det brukar jag ta upp med dom och prata om” (IP 3)*

*”Det är det här med portionsstorlekarna, att visa hur stor den ska vara, vad som är lagom. Det är så här det ska se ut på tallriken” (IP 1)*

Samtliga intervjuade skolsköterskor tog upp betydelsen av hur man samtalar med elever och föräldrar. Det kunde t.ex. vara vilka ord man använde, att inte skuldbelägga, att motivera och att våga ta samtalet trots att det kunde vara ett känsligt ämne. Att det var betydelsefullt att eleverna fick vara med och bestämma själva.

*”Så att man inte hela tiden är där med en pekpinne utan att man erbjuder”  
(IP 1)*

*”Det är ju sättet man lägger upp det på man får vara försiktig med vad man säger” (IP 5)*

Skolsköterskorna beskrev hur de med hjälp av stöd försökte få med sig eleverna men även föräldrarna. Få dem att tänka på och ändra sin livsstil. Då förändringar i livstilen behövde göras för en elev var skolsköterskan noga med att inte föreslå för stora förändringar utan började med att föreslå små enkla förändringar. Små förändringar i vardagen ansåg skolsköterskorna ibland kunde vara tillräckligt för att påverka elevens hälsa. De beskrev hur vissa elever kunde behöva extra mycket stöd t.ex. de som kom från familjer som hade det kärt ekonomiskt. Även om de inte direkt verkade som om de fick någon respons hos en del elever eller föräldrar valde de att genomföra samtalen och trodde att det hade betydelse för framtiden. De talade om att så ett frö eller att så småningom få ringar på vattnet. Det var betydelsefullt att göra något, att börja någonstans.

*”Vid varje tillfälle så kommer man överens om någon liten förändring vad det gäller kost eller motion som dom ska genomföra till nästa gång” (IP 2)*

*”Sen kan det ju vara ekonomin som kan vara problem för vissa familjer som gör att dom inte håller igång. Då kan vi hjälpa till och stötta där kanske” (IP 2)*

*”Någonstans måste man ju signalera. Jag kan känna ibland när man känner att det inte går så bra att jag ändå sått ett frö att så småningom, när barnen har lämnat mig” (IP 1)*

### **Att arbeta vidare**

En metod som samtliga intervjuade skolsköterskor valde att använda sig av när de skulle gå vidare i arbetet med överviktiga elever var att väga eleven igen efter ett par månader, ett halvår eller ett år. De valde också att som nästa steg hänvisa elever och föräldrar vidare till t.ex. skolläkaren eller en barnmottagning.

*”Jag kanske tar tillbaka dem efter ett par månader eller ett halvår eller så och säger att vi kan ju kolla igen” (IP 4)*

*”Nu beror det ju på lite hur mycket övervikt det är men oftast så är det ju tid till skolläkaren, ibland skriver jag remiss till barnmedicin och ber att de ska få träffa en dietist, dom behöver träffa både en läkare och en dietist” (IP 2)*

De elever som var riktigt svåra att få med sig hade skolsköterskorna också strategier för att arbeta vidare med. De valde t.ex. att låta problemet vila ett tag men tog sedan tag i det igen. Men skolsköterskorna gav inte upp utan kunde lägga mycket energi på de här barnen.

*”Men jag försöker verkligen och dom barnen som jag känner som behöver dom lägger jag verkligen ner krut på om man säger så och försöker prata med dom om det här” (IP1)*

### **Skolsköterskan i samarbete med övrig personal**

Flera av skolsköterskorna valde att hantera problemet tillsammans med skolans övriga personal. Samarbetet togs överlag upp som positivt men samtliga skolsköterskor tog upp att de ansåg sig ha en nyckelroll i hälsoarbetet. Skolsköterskans upplevde sin utbildning och kunskap som viktig i det hälsofrämjande arbetet. De hade en annan bakgrund och erfarenhet än övrig personal på skolan. De tog upp att pedagogerna ibland bad om hjälp med kostundervisning, detta skedde då i klasserna eller i mindre grupper. Det ansågs även som viktigt att personal från skolan var med vid måltiderna för att på så sätt kunna påverka elevernas val av mat.

*”De äter ju med sina pedagoger. Och det sitter ju. Det är ju alltid några vuxna med vid varje bord. Så man försöker väl påverka lite där och alla försöker att se till att barnen äter av allt, grönsaker och så” (IP 4)*

*”Men visst det finns många sätt att arbeta på. Jag har ju varit ute och pratat om mat och kost i klasserna, men det är mer när lärarna ber mig” (IP 4)*

Skolsköterskorna menade även att det var betydelsefullt att de själva var goda förebilder och att deras arbete med kost och motion var roligt. Flera av skolsköterskorna hade tankar och

idéer om hälsofrämjande arbete och ville arbeta mer med detta. De ansåg att det fanns betydligt mer som kunde göras för eleverna. Dock tog alla skolsköterskor upp bristen på tid som ett problem. De upplevde att hälsokontroller som längd- och viktmätning samt vaccinationer tog upp allt för stor del av deras tid och att de inte hann med så mycket av det hälsofrämjande arbetet som de skulle vilja.

*”att vara gott föredöme själv” (IP 2)*

*”Hade jag mer tid skulle jag kunna ha lite. Samla dom i någon liten grupp kanske. Men det känner jag att jag inte har tid med” (IP 4)*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ ansats där vi valde intervjuer med öppna frågor. Öppna frågor tillåter intervjupersonerna att fritt berätta om sina erfarenheter och upplevelser av situationen (Trost, 2010). I pilotstudien visade det sig att intervjuer var en bra metod för att få fram hur skolsköterskan uppmärksammar och hanterar situationen då en elev börjar bli överviktig. Det visade sig även att skolsköterskorna oftare uppmärksammade övervikt hos äldre elever och därför skulle en fullskalig studie inriktas mot skolsköterskans arbete med äldre elever.

I pilotstudien deltog fem skolsköterskor. De hade olika utbildning vilket vi anser stärker resultatet. Två var utbildade barnsjuksköterskor, två var distriktsjuksköterskor och en hade skolsköterskeutbildning. Alla intervjuade skolsköterskor var i samma ålder. En skillnad i ålder på de intervjuade hade möjligtvis gett ett bredare resultat. De vi har intervjuat kommer ifrån områden med liknande socioekonomisk status. Två skolsköterskor arbetade i tätort och de övriga tre arbetade i förorter. Då barn på landsbygd oftare är överviktiga jämfört med barn från storstäder (Sjöberg et al, 2011) ska även skolsköterskor från landsbygden representeras i den fullskaliga intervjun. Även skolsköterskor från områden med olika socioekonomisk status skulle intervjuas till den fullskaliga studien för att ge ett mer trovärdigt resultat. Detta då barn från låg socioekonomisk status tenderar att vara mer överviktiga (Sjöberg et al, 2011; Meriaux et al., 2008).

Vi valde att spela in intervjuerna med bandspelare. Detta gav oss möjlighet att fokusera på intervjupersonen och dennes svar istället för att försöka hinna skriva ned och komma ihåg allt som sades. Under en intervju är det viktigt att lyssna aktivt och utan förutfattade meningar (Kvale & Brinkman, 2009). Vi är båda medvetna om detta och har försökt lyssna på detta sätt. Vi är båda ovana intervjuare. En van intervjuare kunde möjligen fått ut mer genom att ställa fler uppföljande frågor på rätt ställen samt att vara tyst och vänta ut ett svar som kanske skulle komma. Vid transkribering av intervjuerna upptäcktes ställen där vi varit lite snabba att ställa nya frågor. Kanske hade vi fått ut mer om vi valt att vara tysta eller ställt en uppföljningsfråga istället. Vi hade dock stor hjälp av att intervjuerna spelades in och av intervjuguiden. Vid flera intervjuer tog skolsköterskorna upp problem som uppstod i arbetet med överviktiga elever då föräldrarna separerade. Vid en fullskalestudie skulle vi välja att komplettera intervjuguiden med en fråga som handlar om hur föräldrars separation påverkar arbetet med överviktiga barn. Enligt Trost (2010) är det en fördel om intervjun börjar med att intervjupersonen får möjlighet att fritt berätta om t.ex. en situation i anslutning till ämnet. Vid alla fem intervjuerna valde vi att använda samma inledande fråga *Kan du berätta för mig om ett hälsosamtal i årskurs två?* Vi upplevde att inledningsfrågan fungerade bra. Intervjuerna kom smidigt igång och det blev naturligt att fortsätta samtalet. Vid en fullskalestudie skulle vi välja samma typ av inledningsfråga.

Intervjupersonerna fick själva välja plats, tid och plats för intervjun. Enligt Trost (2010) är det en fördel om intervjupersonen får möjlighet att välja en plats där han/hon känner sig trygg. Då samtliga valde sina arbetsplatser medförde detta att intervjuerna vid ett par tillfällen blev störda av att telefonen ringde och av elever som behövde hjälp.

En kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008) har används för att analysera materialet. Analyserna har skett förutsättningslöst och utifrån skolsköterskans upplevelse och erfarenhet vilket är en induktiv ansats (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Innehållsanalysen var tidskrävande men gav en bra och överskådlig blick över resultatet. Meningsenheter plockades ut enskilt av de båda författarna, då dessa jämfördes hade samma meningsenheter valts ut vilket vi anser styrker resultatet. Denna analysmetod var lämplig för att besvara studiens syfte och skulle därför även användas vid en fullskalestudie.

I en kvalitativ intervjustudie genomsyrar god validitet forskningsprocessens samtliga delar (Patel & Davidson 2003). Vi har gjort en tydlig beskrivning av urval, datainsamling och dataanalys vilket innebär att läsaren får en god överblick av studiens genomförande, detta talar för god validitet. Validiteten visar även hur vi hanterat vår förförståelse och hur trovärdig vår tolkning av intervjuerna är. Trovärdighet i en beskrivning kan, som vid en inspelad intervju, uppnås genom att använda intervjupersonernas egna ord (Kvale & Brinkman, 2009). Att använda citat i resultatet ger även studien trovärdighet (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). I resultatet har vi valt att skriva ut IP (intervjuperson) och siffrorna för de olika intervjuerna. Detta har gjorts för att visa att citaten och därmed resultatet har använts från samtliga intervjuer. Detta anser vi styrker resultatet.

I vår studie har vi har följt de forskningsetiska kraven men vi har också haft i bakhuvudet och påmint varandra om var att ämnet kunde vara känsligt. Under intervjuerna upplevde vi dock inte att skolsköterskorna uppfattade ämnet som känsligt utan såg det som en naturlig del av sitt arbete.

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatet framkom att skolsköterskorna inte upplevde övervikt i årskurs två som något stort problem. Skolsköterskorna hade uppmärksammat att elever med övervikt antingen utvecklade denna tidigare eller att eleverna var äldre då de började bli överviktiga. Den forskning vi funnit inom området är inte specifikt gjord på elever i årskurs två. Dock visar tidigare forskning att problemet uppmärksammas på BVC (Edvardsson et al., 2009) samt att övervikten bland 10-, 13- och 16-åringar ökat under de senaste 30 åren och att 16-åringarna ökat mest i vikt (Ekblom et al., 2004).

Viktkurva och BMI var de vanligaste redskapen skolsköterskorna använde sig av för att uppmärksamma en elevs eventuella övervikt. Tidigare forskning visar också att viktkurvan Edvardsson et al., 2009) och BMI (Mikhailovich et al., 2007) var verktyg som underlättade sjuksköterskornas arbete. Däremot visade två av studierna i tidigare forskning att skolsköterskor saknade erfarenhet om hur BMI-kurvor skulle användas (Nauta et al., 2009; Moyers et al., 2005). Dessa studier var från USA, möjligen kan olika arbetssätt mellan länderna förklara skillnaden i resultatet.

I resultatet framkom även att skolsköterskorna uppmärksammade elevers övervikt genom deras utseende och beteende. Beteendet kunde t.ex. vara vad och hur de åt samt stillasittande aktiviteter. Flera andra studier (Moyers et al., 2005; Nauta et al., 2009) tar upp att skolsköterskorna uppmärksammat dåliga kostvanor, överdriven kalorikonsumtion och stillasittande livsstil där övervikten är ett problem.

Skolsköterskorna i resultatet kontaktade föräldrarna då ett barn började bli överviktigt samt frågade om de ville ha hjälp och bad dem reflektera över vilken hjälp de önskade. I samtalsmodellen self-efficacy är föräldrarna med och diskuterar problemet och förändringar, på så sätt förstärks föräldrarna kompetens (Fossum, 2007). Enligt Watson är kunskap om sin situation väsentlig för att kunna välja ett hälsofrämjande beteende (Watson, 1985). De föräldrarna som ville fick ytterligare information och stöd. Det framkom även i resultatet att föräldrarna själva ofta uppmärksammat att deras barn ökat i vikt. Enligt Edvardsson et al. (2009) ansåg sjuksköterskor att det var lättare att samtala om övervikt med de föräldrar som själva uppmärksammat övervikten eller själva sökt hjälp.

Det framkom i resultatet att föräldrarna trodde att övervikten skulle växa bort. Det innebar att skolsköterskorna hade svårt att motivera föräldrarna till fortsatta åtgärder. Även tidigare forskning har visat att föräldrarna tror att övervikten hos deras barn kommer att växa bort (Edvardsson et al., 2009; Steele et al., 2011). Story et al. (2002) visar att det fanns brist på motivation och engagemang hos föräldrar, framför allt om de själva var överviktiga. Detta visade sig även i vårt resultat där det framkom att skolsköterskor ibland mötte föräldrar som blev arga då de nämnde att eleven var överviktig. Edvardsson et al. (2009) tar upp detta samt att sjuksköterskorna var rädda för att förolämpa föräldrarna. I resultatet framkom även att det kunde uppstå problem i samarbetet med föräldrar om dessa var skilda. Detta är inget som vi kunnat hitta i tidigare forskning.

Det framkom att skolsköterskorna var noga med att inte skuldbelägga och övervägde noga hur de uttryckte sig. Enligt McGuiré är det viktigt att tänka på hur information förmedlas, d.v.s. hur det sägs och att innehållet är anpassat utifrån vem som skall ta emot informationen. Fel ordval kan göra att informationen inte når fram till mottagaren dvs. mottagaren förstår eller tar inte till vara på informationen (Fossum, 2007). Även tidigare forskning visar att sjuksköterskan i samtal med föräldrar valde sina ord med omsorg och



undvek vissa ord (Mikhailovich et al., 2007; Edvardsson et al., 2009). I resultatet framkom det att skolsköterskorna försökte ge stöd och uppmuntra eleven till förändringar. Skolsköterskan försökte föreslå små förändringar i vardagen och försökte få eleven själv att tänka på samt ändra sin livsstil. Skolsköterskorna nämnde inte att de använde sig av någon speciell samtalsmetod. Däremot kan paralleller dras till self-efficacy där eleven själv bestämmer vilka livsstilsförändringar han/hon är beredd att göra samt att börja med enstaka små förändringar (Fossum, 2007). Watson anser att det är viktigt att sjuksköterskan främjar om tro och hopp samt tar tillvara på individens egna krafter (Watson, 1985). I resultatet framkom även att det var viktigt att våga prata om övervikten även om det kunde vara ett känsligt ämne.

Samarbetet med övrig personal på skolan upplevdes som positivt. Enligt Riksföreningen för skolsköterskor och Svensk sjuksköterskeförening (2011) krävs det att skolsköterskor kan samarbeta med andra professioner. Även socialstyrelsen (2004) tar upp att skolhälsovården ska samarbeta med övrig skolpersonal.

Det framkom även att skolsköterskorna ansåg att arbetet med det att förbygga övervikt hos barn och ungdomar var viktigt, att övervikten påverkade barnens hälsa då de blev äldre och att det var betydelsefullt att skolsköterskorna själva var goda förebilder. Både Moyers et al. (2005) och Story et al. (2002) tar upp att skolsköterskorna anser att elevernas hälsa påverkas på både lång och kort sikt av övervikt. Flera av studierna i vår bakgrund tar även upp att det är viktigt att uppmärksamma övervikt hos elever och viktigt men svårt att sätta in åtgärder (Moyers et al., 2005; Story et al., 2002; Nauta et al., 2009). Att skolsköterskorna skulle tycka det var svårt att sätta in åtgärder framkom dock inte av våra intervjuer. Att det är viktigt att skolsköterskan föregår med gott exempel har också framkommit tidigare (Moyers et al., 2005; Mikhailovich et al., 2007). Dessa studier tar även upp betydelsen av att skolsköterskan själv är normalviktig.

Vårt huvudsakliga resultat visar att skolsköterskorna uppmärksammade problemet genom att se eleverna och att de hanterade problemet tillsammans med elever och föräldrar. Enligt Watson (1985) måste sjuksköterskan se till individens livsstil, sociala förhållanden och miljö. I Watsons teori förverkligas omvårdnadens mål genom en mellanmänsklig relation mellan sjuksköterska och patient (Jahren Kristoffersen, 1998).

## **Slutsats**

Vårt resultat om hur skolsköterskan uppmärksammar och hanterar elever som börjar bli överviktiga bekräftar tidigare forskning om hur betydelsefullt skolsköterskans samarbete med föräldrar är. Dessutom visar vårt resultat hur komplicerat samarbetet med separerade föräldrar kan vara. Resultatet visar att det var av betydelse att skolsköterskan fick möjlighet att närvara vid elevernas vardag i skolan samt att det behövdes mer tid för förebyggande och hälsofrämjande arbete. Pilotstudien är genomförbar i en fullskalig studie men skulle istället fokuseras på skolsköterskans arbete med äldre elever.

## **Arbetsfördelning mellan författarna**

Arbetet med forskningsplanen och pilotstudien har fördelats jämnt mellan författarna. Genomförande av intervjuer och transkription har var och en gjort för sig. Resterande del av arbetet har i stort sett skett gemensamt. Samarbetet har under arbetets gång fungerat mycket bra.

## REFERENSER

Borup, I., & Holstein, B. (2010). Overweight children's response to an annual health dialogue with the school nurse. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(4), 359-365.

Börjesson Munk, U. (2008). Övervikt och Fetma. I Edwinsson Månsson, M & Enskär, K (red.). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. (s. 443-466). Studentlitteratur: Lund.

Centrala etikprövningsnämnden. (u.å). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 2012-03-02, från <http://www.epn.se/start/startside.aspx>

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.

Eklom, Ö. O., Oddsson, K., & Eklom, B. T. (2004). Prevalence and regional differences in overweight in 2001 and trends in BMI distribution in Swedish children from 1987 to 2001. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(4), 257-263.

Eriksson, K. (1990). *ProCaritate. En lägesbestämning av caritativ vård*. Vasa, Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik en introduction*. Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vårde*. Lund: Studentlitteratur.

Gedda, B. (2003). Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet- villkor och processer. I E. Pilhammar Andersson (red.), *Pedagogik inom vård och omsorg* (s. 81-107.). Lund: Studentlitteratur.

Göteborgsstad. (u.å.). *Skolhälsovårdens metodhandbok*. Hämtad 2012-03-06, från <http://www.goteborg.se/wps/wcm/connect/45a3cd0042184a21a825ab6f1cf2ff43/Metodhandbok.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=45a3cd0042184a21a825ab6f1cf2ff43>

Hillman, O. (2010). *Skolhälsovård- introduktion och praktisk vägledning*. Stockholm; Gothia Förlag.

International Obesity Task Force. (u.å.). *Iso-BMI*. Hämtad 2012-03-06, från <http://www.isobmi.se/Default.aspx>

Jahren Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber.

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis An Introduction to it's Methology (2<sup>nd</sup> ed)*. Hämtad 2012-05-28 från; <http://orm.sagepub.com/content/13/2/392n>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

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

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Marcus, C. (2007). Övervikt och fetma. I Lindberg, T & Lagercrantz, H (red). *Barnmedicin* (s. 477-483). Studentlitteratur: Lund.

Mériaux, B., Berg, M., & Hellström, A. (2010). Everyday experiences of life, body and well-being in children with overweight. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 14-22.

Mériaux, B., Hellström ,A-L., & Mårild, S. (2008). Identification and follow-up of obesity in ten-year-old school children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(2), 102-108.

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.

Moyers, P., Bugle, L., & Jackson, E. (2005). Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *Journal Of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.)*, 21(2), 86-93.

Mårild, S., Bondestam, M., Bergström, R., Ehnberg, S., Hollsing, A., & Albertsson-Wikland, K. (2004). Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mas index. *Acta paediatrica*, 93(12), 1588-1595.

Nauta, C., Byrne, C., & Wesley, Y. (2009). School nurses and childhood obesity: an investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 32(1), 16-30.

Patel, R., & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera och genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D F. & Tatano Beck, C. (2011). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rasmussen, F., Eriksson, M., Bokedal, C., & Schäfer Elinder L. (2004) *Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar*. (Rapport nr 2004:1). Stockholm, Samhällsmedicin och Folkhälsoinstitutet.

Riksföreningen för skolsköterskor och svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom skolhälsovård*.

Hämtad 2012-03-06, från

[http://www.skolskoterskor.se/kompetensbeskrivning/Kompetensbeskrivning\\_-\\_legitimerad\\_sjukskoterska\\_med\\_speci.pdf](http://www.skolskoterskor.se/kompetensbeskrivning/Kompetensbeskrivning_-_legitimerad_sjukskoterska_med_speci.pdf)

SFS 2003:800. *Lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010:800. *Skollag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Sjöberg, A., Moraeus, L., Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U., & Lissner, L. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren- exploring the urban-rural gradient in Sweden. *International Association for the Study of Obesity*, 12(5), 305-314.

Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinje för skolhälsovården*. Hämtad 2012-03-06, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10467/2004-130-2\\_20041302x.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10467/2004-130-2_20041302x.pdf)

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-03-06, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statensberedning för medicinsk utvärdering (2002). *Fetma – problem och åtgärder*. Hämtad 2012-03-12 från [www.sbu.se/sv/publicerat/gul/fetma---problem-och-atgarder/](http://www.sbu.se/sv/publicerat/gul/fetma---problem-och-atgarder/)

Steele, R. G., Wu, Y. P., Jensen, C. D., Pankey, S., Davis, A. M., & Aylward, B. S. (2011). School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach. *Journal Of School Health, 81*(3), 128-137.

Story, M., Neumark-Stzainer, D., Sherwood, N., Holt, K., Sofka, D., Trowbridge, F., & Barlow, S. (2002). Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics, 110*(1 part 2), 210-214.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2012-03-02, från <http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf>

Walter, G. (1991). *Bonniers synonym ordbok*. Bonnier Fakta Bolag; Falkenberg.

Watson, J. (1985). *Nursing the philosophy and science of caring*. 1 uppl. Niwot, Colorado: University press of Colorado.

WHO. (1948). *Constitution*. Hämtad 2012-03-05, från <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Hämtad, 2012-03-05 från [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

WHO. (u.å). Hämtad 2012-03-06, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

**Bilaga 1: iso- BMI, från International Obesity Task Force (u.å.).**

<b>Age:</b>	<b>Overweight:</b>		<b>Obesity:</b>	
	<b>Boys</b>	<b>Girls</b>	<b>Boys</b>	<b>Girls</b>
<b>2</b>	18,41	18,02	20,09	19,81
<b>2,5</b>	18,13	17,76	19,80	19,55
<b>3</b>	17,89	17,56	19,57	19,36
<b>3,5</b>	17,69	17,40	19,39	19,23
<b>4</b>	17,55	17,28	19,29	19,15
<b>4,5</b>	17,47	17,19	19,26	19,12
<b>5</b>	17,42	17,15	19,30	19,17
<b>5,5</b>	17,45	17,20	19,47	19,34
<b>6</b>	17,55	17,34	19,78	19,65
<b>6,5</b>	17,71	17,53	20,23	20,08
<b>7</b>	17,92	17,75	20,63	20,51
<b>7,5</b>	18,16	18,03	21,09	21,01
<b>8</b>	18,44	18,35	21,60	21,57
<b>8,5</b>	18,76	18,69	22,17	22,18
<b>9</b>	19,10	19,07	22,77	22,81
<b>9,5</b>	19,46	19,45	23,39	23,46
<b>10</b>	19,84	19,86	24,00	24,11
<b>10,5</b>	20,20	20,29	24,57	24,77
<b>11</b>	20,55	20,74	25,10	25,42
<b>11,5</b>	20,89	21,20	25,58	26,05
<b>12</b>	21,22	21,68	26,02	26,67
<b>12,5</b>	21,56	22,14	26,43	27,24
<b>13</b>	21,91	22,58	26,84	27,76
<b>13,5</b>	22,27	22,98	27,25	28,20
<b>14</b>	22,62	23,34	27,63	28,57
<b>14,5</b>	22,96	23,66	27,98	28,87
<b>15</b>	23,29	23,94	28,30	29,11
<b>15,5</b>	23,60	24,17	28,60	29,29
<b>16</b>	23,90	24,37	28,88	29,43
<b>16,5</b>	24,19	24,54	29,14	29,56
<b>17</b>	24,46	24,70	29,41	29,69
<b>17,5</b>	24,73	24,85	29,70	29,84
<b>18</b>	25	25	30	30



## Bilaga 2:

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

# FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

## Bakgrund och syfte

I skolsköterskans arbete ingår att främja elevens hälsa. Detta görs bland annat genom mätning av längd och vikt samt genom hälsosamtal. Övervikt bland barn och ungdomar är idag ett växande problem. Syftet med denna studie är att undersöka hur skolsköterskans upplever och hanterar situationen då en elev i årskurs 2 börjar bli överviktig.

## Förfrågan om deltagande

Vi tillfrågar dig om du vill delta i studien eftersom du har erfarenhet av yrket som skolsköterska och av hälsoarbete med barn och ungdomar.

## Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras med kvalitativa intervjuer. Intervjuerna kommer att bandas och beräknas ta ca 30-40 min. Intervjuerna kommer att ske under vecka 11 och 12, vid en tid och plats som passar dig. Den inspelade intervjun kommer att skrivas ned i textform och analyseras. Resultatet kommer att redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

## Risker och nytta

Vi ser inte att studien kommer medföra några risker för dig. Vi ser inte heller några direkta fördelar för dig. I ett vidare perspektiv kan resultatet uppmärksamma och utveckla skolsköterskans hälsofrämjande arbete.

## Hantering av data och sekretess

Under arbetet med studien förvaras materialet så att inga obehöriga kan få tillträde till det. Efter avslutad studie kommer detta material att förstöras. När resultatet redovisas kommer det inte vara möjligt att se vad just du har sagt.

## Hur får jag information om studiens resultat?

Du kan få del av resultatet genom att kontakta någon av de ansvariga för studien.

## Frivillighet

Deltagandet är frivilligt och kan, när som helst, utan förklaring avbrytas.

## Ansvariga för studien

Eva Andersson, Leg. Sjuksköterska och student vid Göteborgs Universitet

Åsa Andersson, Leg. Sjuksköterska och student vid Göteborgs Universitet

Elisabeth Björk Brämberg, Universitetslektor vid Göteborgs Universitet

Eva Andersson

Åsa Andersson

Elisabeth Björk Brämberg

Tel: 070-2243903

Tel: 0704-497292

E-mail: [elisabeth.bjork.bramberg@gu.se](mailto:elisabeth.bjork.bramberg@gu.se)



## **Bilaga 3:**

### **Intervjuguide**

Kan du berätta för mig om ett hälsosamtal med elever i åk 2?/ Hur går ett hälsosamtal till?

När upplever du att vikten börjar bli ett problem för en elev?

- vid vilka tecken
- kan du ge ett exempel

Hur går du vidare vid en sådan situation?

- Vad gör du då?
- Hur upplever du detta sätt att arbeta

Hur ser förutsättningarna hur?

Vilka hinder finns?