



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Utbildning inom behandling av barnfetma

En kvalitativ intervjustudie om hälso- och sjukvårdspersonals uppfattningar kring utbildningen i samtalsmetodiken Vuxendialog

Camilla Levenhagen och Johanna Vigertsson

Rapportnummer: VT14-63
Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program: Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Vt/2014
Handledare: Lena Gripeteg
Examinator: Hillevi Prell



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer:	VT14-63
Titel:	Utbildning inom behandling av barnfetma – En kvalitativ intervjustudie om hälso- och sjukvårdspersonals uppfattningar kring utbildningen i samtalsmetodiken Vuxendialog
Författare:	Camilla Levenhagen och Johanna Vigertsson
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program:	Hälsopromotionsprogrammet inriktning kostvetenskap
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Lena Gripeteg
Examinator:	Hillevi Prell
Antal sidor:	32
Termin/år:	Vt/2014
Nyckelord:	Intervjustudie, barnfetma, samtalsmetodik, utbildning, hälso- och sjukvårdspersonal

Sammanfattning

Bakgrund: De hälsofrämjande insatser som görs mot barnfetma idag är inte tillräckligt effektiva. Den nyligen framtagna utbildningen i samtalsmetodik Vuxendialog i kombination med Familjeverkstan, riktar sig till så väl barnen som deras föräldrar. Målet är att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal i Vuxendialog så att de på ett bra sätt kan stötta och hjälpa föräldrar som har barn med fetma.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka uppfattningar kring utbildningen Vuxendialog hos utvald hälso- och sjukvårdspersonal som genomgått utbildningen.

Metod och urval: Åtta hälso- och sjukvårdspersonal som har fått utbildningen deltar i studien. Basen för datainsamling är kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Frågorna utgår från en intervjuguide och analyseras genom tematisk analys.

Resultat: Åtta teman utvinnes ifrån intervjuerna, dessa är verktyg, användbarhet, bemötande, utbildningens uppbyggnad, reflektion/upplevelse, utmaningar och frivillighet.

Personalen upplever att utbildningen i sin helhet är bra uppbyggd med relevanta delar. De får med sig relevanta verktyg så som struktur på gruppstillfällena, fördela ordet och inte ge råd.

Personalen lyfter fram att de kan använda utbildningen i sina arbeten men även att det går att använda den i andra sammanhang.

Slutsats: I grunden upplevs utbildningen som bra och heltäckande av personalen. En del justeringar skulle behöva göras för att anpassa den till barnfetmaområdet. Praktiska moment kan behöva adderas, samt etiska aspekter bör tas i beaktande gällande delar i utbildningen.

Innehållsförteckning

Introduktion.....	5
Syfte.....	5
Frågeställningar.....	5
Bakgrund.....	6
Definition av fetma.....	6
Barnfetma i Sverige.....	6
Orsaker till barnfetma.....	6
Förhållningssätt till övervikt och fetma inom sjukvården.....	8
Tidigare hälsofrämjande metoder mot barnfetma.....	8
Vuxendialog.....	10
Metod.....	11
Urval.....	12
Datainsamling/dataproduktion.....	12
Databearbetning och analys.....	12
Metodologiska överväganden.....	13
Resultat.....	15
Utbildningens uppbyggnad.....	15
Verktyg.....	15
Användbarhet.....	16
Bemötande.....	16
Frivillighet.....	17
Utmaningar.....	17
Reflektion/upplevelse.....	18
Diskussion.....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	20
Slutsatser och implikationer.....	24
Referenser.....	26
Bilagor.....	31
Bilaga 1.....	31
Bilaga 2.....	32

Förord

Vi skulle vilja rikta ett tack till Bilda som gav oss uppdraget att titta närmare på utbildningen i Vuxendialog. Vi vill även tacka all hälso- och sjukvårdspersonal som ställt upp och deltagit i vår studie. Utan ert bidrag hade vi inte kunnat genomföra studien.

Ett stort tack till vår handledare Lena Gripeteg som hela tiden fanns där som stöd och hjälp under hela processen. Ett extra stort tack riktas till Jessica Sallander, Patrik Opacic och Richard Vigertsson som på sin fritid tog sig tid att läsa vår uppsats och ge feedback. Vi vill även tacka övrig familj, släkt och vänner som har stöttat oss under denna tid.

Camilla Levenhagen och Johanna Vigertsson
Göteborg 2014-05-21

Arbetet i studien fördelades helt jämlikt mellan författarna, se tabell nedan.

Arbetsuppgifter	Arbetsfördelning Camilla/Johanna i procent
Planering av studien	50/50
Litteratursökning	50/50
Datainsamling	50/50
Transkribering	50/50
Analys	50/50
Skrivande	50/50
Layout	50/50

Introduktion

300 000 barn har idag övervikt och fetma i Sverige. Detta är skrämmande siffror som det måste göras något åt (Moraeus & Sjöberg, 2012). I arbetet kring barnfetma måste hälso- och sjukvårdspersonal delta såväl som barnens föräldrar (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012). För att detta arbete ska ske på bästa sätt krävs att hälso- och sjukvårdspersonal får hälsofrämjande utbildning. Denna utbildning bör bygga på någon form av samtalsmetodik, samt innehålla redskap som personalen kan använda i mötet med barn och föräldrar (Västra Götalandsregionen, 2006).

De hälsofrämjande metoder som finns idag är inte tillräckligt effektiva. Det behövs en utveckling av dessa metoder så att de ingriper fler delar och ser till helheten hos individerna (Magnusson, Sjöberg, Kjellgren & Lissner, 2011). En sådan metod är Vuxendialog kombinerat med Familjeverkstan framtaget av studieförbundet Bilda (2014). Fokus i denna form av samtalsmetodik ligger på att få samtala med andra individer i grupp. Denna form av utbildning saknas i stor utsträckning inom hälso- och sjukvården idag och är därför något som det bör satsas på. Ett förslag på yrkesroller som kan ha användning för denna utbildning är hälsoopedagoger. Positiva resultat har setts då liknande samtalsmetodiker har används i behandling av övervikt och fetma, så som motiverande samtal och kognitiv beteendeteori (Stewart, Chapple, Hughes, Poustie & Reilly, 2008). Det är därför viktigt att ta reda på hur en sådan utbildning uppfattas av den personal som mottar den och om utbildningen är värd att satsa på.

Det är alltid av betydelse att utvärdera en utbildning, speciellt i detta fall då utbildningen nästan är helt ny. Utbildningen har dessutom enbart använts en gång tidigare och då vid behandling av vuxna med fetma (Studieförbundet Bilda, 2012). Med vår utbildning, kommande yrkesprofession och personliga engagemang i hälsofrågor är det viktigt att genomföra denna undersökning. I framtiden kan det hända att vi kanske själva håller i liknande utbildningar och då är det viktigt att redan nu kritiskt kunna granska utbildningar.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka uppfattningar kring utbildningen Vuxendialog hos utvald hälso- och sjukvårdspersonal som genomgått utbildningen.

Frågeställningar

Vad upplevde personalen att de lärde sig från utbildningen samtalsmetodik Vuxendialog?
Vilka specifika verktyg upplever personalen att de kan använda i sin yrkesroll i sitt arbete med barnfetma?

På vilket sätt anser personalen att utbildningen är användbar inom arbetet med barnfetma?

Bakgrund

Eftersom studien bygger på att undersöka Vuxendialog och hur metodiken kan hjälpa föräldrar vars barn har fetma, är det viktigt att förstå bakgrunden till problemet med barnfetma.

Definition av fetma

WHO: s (2014) definition av övervikt och fetma är “onormal eller överdriven fettansamling som kan frambringa en risk för ohälsa.”

Hos vuxna används referensvärdet Body Mass Index (BMI) för att bestämma övervikt och fetma. Gränsen för övervikt går vid BMI 25 och för fetma vid BMI 30. För barn och ungdomar (2-18 års ålder) blir gränserna för vuxna missvisande, eftersom barn och ungdomar genomgår kontinuerlig vikt- och längdutveckling. Med anledning av detta har det istället tagits fram tabeller bland annat IOTF där isoBMI används som bygger på barnens ålder i stället för endast vikt och längd (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Barnfetma i Sverige

Från 1850-talet till 1950-talet minskade de ekonomiska skillnaderna i Sverige mellan rika och fattiga. Detta medförde att de fattiga kunde ge sina barn en bättre kost (Moraeus & Sjöberg, 2012). Från mitten av 1980-talet till början av 2000-talet sågs en dramatisk ökning av övervikt och fetma bland tioåriga barn i Sverige, detta på grund av mindre mängd fysisk aktivitet och annan kost. Övervikten ökade med cirka 200 % och fetman ökade med 400 %. Ökningen av både övervikt och fetma är i dagsläget inte lika kraftig som tidigare, dock har fortfarande 300 000 barn övervikt eller fetma i Sverige (Jonsson & Lissner, 2012). Av de barn som fortfarande har övervikt eller fetma vid 13 års ålder, löper ungefär 80 % risk att fortfarande bibehålla det i vuxen ålder (WHO, 2014). Barn som har övervikt och fetma under uppväxtåren löper dessutom en större risk som vuxna att drabbas av olika välfärdssjukdomar så som diabetes typ 2, högt blodtryck och rubbningar av blodfetterna (Perlhagen, Flodmark & Hernell, 2007). I studier har det också framkommit att barn som har övervikt och fetma har en försämrad livskvalitet och många mår psykiskt sämre än de barn som har cancer (Söder, 2003).

Orsaker till barnfetma

Anledningarna till varför barn och unga drabbas av övervikt eller fetma är många. En del av dessa orsaker är felbalanserad kost, sömnbrist, fysisk inaktivitet och levnadsmiljön. Alla dessa delar är viktiga för hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta med vid stöttning av föräldrar som har barn med fetma. Fokus i det arbetet handlar om att se till den betydelsefulla helheten (Magnusson et al., 2011).

Felbalanserad kost

För att kunna bibehålla en hälsosam vikt, krävs det att kroppen är i energibalans. Energibalans är när energiintaget är lika med energiutgifter över en längre period. En längre period med ett energiintag som överstiger energiutgifterna, leder till ett energiöverskott. Detta leder på sikt till en ökning av vikten. Barn ska öka i vikt under sin uppväxt, dock är det viktigt att en hälsosam viktkurva följs (Abrahamsson, Andersson, Becker & Nilsson, 2006). En av anledningarna till att det finns ett energiöverskott är att intaget av energität mat och dryck bidrar till ett för högt energiintag i relation till det individuella energibehovet. Den mat och dryck som åsyftas är i första hand mat innehållande mycket fett och/eller socker så som snabbmat, snacks, godis, kakor och läsk (WHO, 2003).

Sömnbrist

Enligt Tyler och Horner (2008) är sömnbrist en av de orsaker som bidrar till övervikt och fetma. I studien framgår det att mer sömn ger en minskad risk att drabbas av övervikt eller fetma. Vid sömnbrist påverkas de hormoner som styr aptit och mättnad. Hormonerna ökar aptiten och minskar mättnadskänslan, vilket leder till ett högre matintag och sämre livsmedelsval (Patel & Hu, 2008). Hense et al. (2011) hävdar att det är en ökad risk att barn i yngre åldrar utvecklar övervikt i fall de sover färre än nio timmar per natt. För lite sömn eller dålig sömnkvalité ger sämre med energi till att vara fysiskt aktiv (Nyberg, Lennernäs, Sepp & Solerhed, 2010).

Fysisk inaktivitet

Om barn är fysiskt aktiva under sin uppväxt, är de troligare det även som vuxna (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Barn och ungdomar i åldrarna 5 - 17 år bör röra på sig i minst 60 minuter om dagen på en nivå som motsvarar måttlig till intensivt arbete (WHO, 2010). Inaktiviteten bland barn och ungdomar har ökat under de senaste åren. Det är svårt att peka ut enskilda bidragande faktorer som förklaring till denna utveckling. Dock har det gått att utläsa vissa indikationer i studier att tv-tittandet och datoranvändandet påverkar graden av fysisk aktivitet hos barn och ungdomar (Marshall, Biddle, Gorely, Cameron & Murdey, 2004). Det är inte bara skärmtiden som eventuellt bidrar till att den fysiska aktiviteten bland barn och ungdomar har sjunkit. Enligt Schantz och Ek (2012) är det allt färre barn och ungdomar som går eller cyklar till skolan för att istället få skjuts av föräldrarna. Författarna hävdar att bil- och bussåkandet har ökat vilket bidrar till att aktiviteten minskat. Barnen lär sig tidigt att välja ett bekvämt färdmedel istället för att gå eller cykla till skolan. Fysisk aktivitet är inte enbart bra för att förebygga övervikt och fetma utan för att förhindra framtida sjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck och diabetes typ 2. Redan vid måttlig intensitet kan det ses positiva effekter på hälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2008).

Levnadsmiljö

Alla människor påverkas i någon omfattning av sin omgivning. Barn och ungdomar är extra känsliga för denna påverkan då familjen, skolan och liknande tar beslut som barn och ungdomar inte kan påverka själva i någon större utsträckning. Kim (2010) menar att individer påverkas olika beroende på i vilken miljö de befinner sig. De miljöerna med störst påverkan är den sociala miljön och den symboliska miljön.

Den sociala miljön innebär de relationer som en individ har, alltifrån bekanta till familj. Under uppväxtåren är det familjen som är den mest centrala för beteende och vanor hos barnet. Chamberlin, Sherman, Jain, Powers och Whitaker (2002) menar att föräldrarnas förhållningssätt och deras sätt att uppfostra sina barn har en effekt på faktorer som kost, mängd fysisk aktivitet och de val som barnet gör. Det är av yttersta vikt att föräldrarna har bra rutiner kring läggdags, gemensamma aktiviteter och måltider, för att barnet ska få en bra grund att stå på även i vuxen ålder (Taveras et al., 2012).

Även den symboliska miljön spelar en avgörande roll för barn och ungdomar när det gäller utvecklandet av övervikt och fetma. Kulturella skillnader, traditioner, föräldrarnas utbildning och liknande påverkar mer eller mindre beteende och vanor hos barn, både ur en positiv och negativ synvinkel (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten, 2009).

Förhållningssätt till övervikt och fetma inom hälso- och sjukvården

Att arbeta med personer som har övervikt och fetma är väldigt känsligt. Det gäller att bemöta alla patienter på ett korrekt och professionellt sätt. Enligt Rössner (2002) är det dock inte alltid så det går till inom hälso- och sjukvården i verkligheten. Bland hälso- och sjukvårdspersonal finns en utbredd uppfattning om att personer som har övervikt och fetma är lata, frossare, saknar självkontroll och misslyckade. Dietister, läkare och sjuksköterskor upplever många gånger att det är negativt att jobba med överviktiga patienter då de kräver en extra arbetsinsats, som i många fall är kostsamma. En del av personalen i studien (Rössner, 2002) har inställningen att det är motbjudande att arbeta med denna grupp av patienter, samt en känsla av att inte ha tillräckligt med kompetens för att behandla dem. Rössner (2002) hävdar också att det är tack vare denna attityd inom hälso- och sjukvården som gör att patienter upplever en känsla av skuld och skam. Detta medför att många väljer bort att söka hjälp för sin övervikt eller fetma hos hälso- och sjukvården. Rössner (2002) lyfter även att det är enbart 24 % av hälso- och sjukvårdspersonal som har detta förhållningssätt gentemot sina patienter.

Tidigare hälsofrämjande metoder mot barnfetma

För att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar krävs det att effektiva hälsofrämjande insatser arbetas fram och implementeras i samhället. Ansvaret för dessa insatser

ligger hos allt från kommun och skola till specialistsjukvården (VGR, 2006). Det har visat sig att många av de hälsofrämjande metoder som hittills används inte varit tillräckligt effektiva. Grunden i dessa metoder har varit enbart förändring av kost och fysisk aktivitet, vilket inte är tillräckligt. Hälsofrämjande insatser måste fokuseras på helheten och inte enbart enskilda delar i en individs liv som exempelvis kost eller fysisk aktivitet (Magnusson et al., 2011). Möd-
rahälsovården (MVC) och barnhälsovården (BVC) ska bedriva hälsofrämjande arbete. En kartläggning som utfördes i Västra Götalandsregionen 2005, visade att majoriteten av MVC och BVC saknar riktlinjer kring hur det hälsofrämjande arbetet mot övervikt och fetma ska bedrivas (VGR, 2006).

De insatser som det bör satsas på ska förutom barn och unga även inkludera föräldrar, eftersom föräldrarna har det yttersta ansvaret för sina barn. Föräldrarna behöver få rätt hjälp och stöd för att kunna stötta sina barn på ett bra sätt (VGR, u.å.). Tyler och Horner (2008) belyser vikten av att föräldrar är med när en förändring behöver komma till stånd hos barn och unga. Det är viktigt att föräldrarna är samarbetsvilliga och inte motarbetar de insatser som föreslås. Enligt Benzein, Hagberg och Saveman (2012) ska familjen ses som en sammanhängande enhet. Det som påverkar en del i enheten påverkar hela konstellationen. Håkansson och Sundelin (2000) lyfter i sin artikel att man måste ge föräldrarna rätt kompetens och möjligheter till att utveckla den för att kunna stötta sina barn. De lyfter även vikten av att barnhälsovården måste sätta familjen och stöd till familjen i centrum vid utformning av hälsofrämjande insatser.

Det har tidigare utförts hälsofrämjande insatser med fokus på samtalsmetodik så som Motiverande Samtal (MI) och kognitiv beteendeteori (KBT). I Stewart et al. (2008) studie framkommer det att samtalsmetodik är en metod som ger viktninskning bland barn och unga. Liknande resultat kan även ses i andra studier (van den Akker, Puiman, Groen, Timman, Jongejan & Trijsburg, 2007; Tsiros et al., 2008) där det betonas att positiva resultat har setts på exempelvis vikten och BMI. För att uppnå varaktiga resultat av en beteendeförändring krävs det ofta samtal där individen och dess anhöriga får möjlighet till stöd. I samtalsmetodik ges föräldrar och barn utrymme för att kommunicera med varandra, vilket är grunden för att få till en förändring.

Personal i hälso- och sjukvården behöver och vill ha mer kunskap för insatser gällande kost, fysisk aktivitet och gränssättningsfrågor, samt verktyg för att kunna använda kunskapen på bästa möjliga sätt. Det som är särskilt efterfrågat är redskap vid mötet med barn, unga och föräldrar. För att öka kunskapen bland hälso- och sjukvårdspersonal är det viktigt att MI ingår i hälsofrämjande utbildningar (VGR, 2006). I en studie visades det att barnläkare och dietister som använde MI i sitt arbete fick ett lyckat resultat. 94 % av de föräldrar som fullföljde studien ansåg att MI gav den effekten att det var lättare att tänka på att försöka göra en förändring i familjens matvanor (Schwartz et al., 2007). Det har visat sig att personal som har fått utbild-

ning och stöd i hur de ska gå tillväga för att använda nya hälsofrämjande metoder i sitt arbete, har svårt för att använda dessa (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm, 2013).

Inspiration från IDEFICS hämtades vid utformning av samtalsmetodik Vuxendialog och Familjeverkstan (Bilda, u.å.). IDEFICS: Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infantS (Bremens Institut för Preventions Forskning och Socialmedicin, 2006). Under 2007 och 2008 utfördes uppstarten av IDEFICS- studien i Sverige där kommunerna Alingsås, Mölndal och Partille deltog. Det som genomfördes var hälsokontroller på skolbarn. Barnen och deras föräldrar fick svara på frågeformulär gällande fysisk aktivitet, kost och sömn. Efter detta implementerades interventioner där riktningen var mot hela familjer i stället för endast barn eller föräldrar. Fokus på interventionerna var att ändra familjens kostvanor, gemensamma måltider och aktiviteter och spendera tid tillsammans. Under 2009 och 2010 gjordes en uppföljning på barnen för att utröna om interventionerna hade givit något resultat. Resultatet från den svenska studien är ej publicerad i nuläget, dock har flera indikationer visat att IDEFICS fungerar i Europa (University of Bremen, 2012; Bremens Institut för Preventions Forskning och Socialmedicin, 2006).

Kristianstad kommun (2010) utformade den hälsofrämjande metoden Föräldrdialog ur Dialogkonferens. Dialogkonferens (Holmer & Starrin, 1993) är en metodik som bygger på deltagarnas egna erfarenheter. Det är deltagarna som står för själva innehållet under konferensen och styr hela samtalet. Denna form av samtalsmetodik har många likheter med fokusgrupper (Bryman, 2011). I Föräldrdialog utgicks från föräldrarnas tankar och frågor kring sina egna barns hälsotillstånd. Motivationen var att det är viktigt att föräldrar får stöd, hjälp och aktivt involveras i det förebyggande och behandlande arbetet kring barnens hälsa. Föräldrarna fick här möjlighet att träffa andra föräldrar i samma situation och kunde dela sina erfarenheter i ett socialt sammanhang (Kristianstad kommun, 2010). I rapporten från Kristianstad kommun (2010) betonas vikten av att alla föräldrar fick möjligheten att ostört komma till tals minst ett par minuter i början av varje möte, utan att bli avbrutna. Fokus lades även på olika teman som togs upp vid varje tillfälle och som diskuterades i smågrupper.

Vuxendialog

Studieförbundet Bilda och studieförbundet Sensus (2005) utformade en ny form av samtalsmetodik som heter Vuxendialog, med inspiration utifrån bland annat IDEFICS- studien. Vuxendialogen bygger på en tydlig struktur där varje samtal innefattar en samling, livsnära berättelser, eftersamtal, temasamtal och avrundning. Samlingen kan ofta innebära att alla fikar för att kunna landa här och nu och kunna fokusera på samtalet. Den livsnära berättelsen är att samtliga i gruppen får en liten stund där individen har möjlighet att prata om vad som helst som känns angeläget. Under denna stund får ingen avbryta och efteråt får inte någon i gruppen säga åsikter om det som nyss sagts, om inte det efterfrågas från den som nyligen talat.

När hela gruppen har talat finns ett utrymme för ett kort eftersamtal, där en individ som eventuellt vill ha råd kan få det av de övriga. Temasamtalet kan utgå ifrån ett förutbestämt tema alternativt ett tema som gruppen i nuläget vill diskutera. I avrundningen sammanfattas dagens samtal och innehåll (Studieförbundet Bilda & studieförbundet Sensus, 2005).

2009 startades ett projekt för att behandla övervikt hos vuxna med Vuxendialog som metod. Vuxendialogerna bygger på de tre M:en som från början var Mat, Motion och Motivation, dock utvecklades det till att bli Människa, Mötesplats och Motivation. Individerna som deltog i projektet uttryckte att samtalsgrupperna var positiva, eftersom de kände sig delaktiga och fick stöd av andra personer i samma situation som inte dömde dem. Vid utvärdering av projektet behandling av övervikt hos vuxna, sågs positiva resultat i form av viktnedgång (Studieförbundet Bilda, 2012).

2014 startades ytterligare ett treårigt pilotprojekt i en kommun i Sverige med Vuxendialog som grund. Åtta individer som är verksamma inom hälso- och sjukvården gick en tre dagar lång utbildning i Vuxendialog, som är tänkt att användas för att starta och driva föräldragrupper. Dessa grupper består av föräldrar vars barn har diagnostiserats med fetma. Meningen med träffarna är att föräldrarna ska kunna dela erfarenheter och på så sätt ta stöd i detta. Dessutom hitta verktyg som de kan använda i sin vardag för att på bästa sätt kunna kommunicera med och stötta sina barn (Studieförbundet Bilda, u.å). I projektet kombineras Vuxendialogen med Familjeverkstan, som bygger på information framtagen av Statens Folkhälsoinstitut. Familjeverkstan är filmer som föräldrar får ta del av i studiecirkel för att kunna utveckla sitt föräldraskap. Meningen med filmerna är att det skall förbättra kommunikationen mellan föräldrar och barn (Studieförbundet Bilda, u.å). Som en del i projektet som studieförbundet Bilda har startat, krävs en närmare undersökning av vad hälso- och sjukvårdspersonalen tycker om utbildningen i Vuxendialog och hur den bidrar till deras arbete.

Metod

Studien är en kvalitativ intervjustudie som bygger på semistrukturerade intervjuer med femografi som perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med personal inom hälso- och sjukvård som genomgått utbildningen i Vuxendialog. Denna personal arbetar samtliga med övervikt och fetma, dock arbetar de flesta med barnfetma. Valet föll på intervjustudie med anledning av ett lågt antal av möjliga deltagare, samt för att utvinna deras individuella och gruppens upplevelser gällande utbildningen (Granskar & Höglund – Nielsen, 2012).

Urval

Åtta hälso- och sjukvårdspersonal som genomfört utbildningen Vuxendialog fick förfrågan om att delta i studien. Samtliga tackade ja och medverkade. Kön, ålder, utbildning, yrke och yrkeserfarenhet redovisas ej på grund av etiska skäl.

Datainsamling/dataproduktion

En förfrågan skickades via mail (se bilaga 1) ut till samtliga åtta personer som fått utbildningen i Vuxendialog. Tid och plats för intervju bokades efter personalens önskemål. Intervjuerna genomfördes under veckorna 15, 16 och 17 år 2014. Intervjuerna utfördes enskilt och vid ett tillfälle per individ med båda författarna närvarande. Samtalen pågick ungefär 15- 25 minuter och spelades in med hjälp av röstinspelaren på en av författarnas mobiltelefon. Två av intervjuerna genomfördes över telefon. Telefonintervjuerna utfördes med högtalartelefon och hemma hos en av författarna med båda författarna närvarande. En intervjuguide användes som utgångspunkt i alla intervjuer (se bilaga 2). Följdfrågor ställdes för att vidareutveckla områden som relaterade till syfte och frågeställningar.

Intervjuguide var det instrument som användes under intervjuerna (se bilaga 2). Intervjun inleddes med en öppen fråga för att få intervjupersonen att känna sig bekväm och ge utrymme till att prata fritt. Därefter ställdes frågor om själva ämnet i fråga. Guiden byggde på ett semi-strukturerat tillvägagångssätt som innebar att det fanns vissa förutbestämda frågor, samt utrymme för följdfrågor (Bryman, 2011). Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är ostrukturerad och semistrukturerad intervjuguide de mest förekommande metoderna inom kvalitativ forskningsintervju. Semistrukturerad intervjuguide är den mest frekvent använda metoden, eftersom forskarna vill ha en struktur på intervjun. Denna form av intervjuguide medför att det är möjligt att ha specifika frågor för att få svar på forskningsfrågorna. Samtidigt ger det utrymme för författarna att ställa följdfrågor och ändra följderna på frågorna som finns i intervjuguiden, om situationen kräver det.

Vid utformningen av frågorna till intervjuguiden hade författarna i åtanke den bakgrund som intervjupersonerna hade, i form av universitetsutbildning och yrke, baserat på metakommunikation. Metakommunikation innebär att den individ som intervjuar anpassar språk efter intervjuperson (Starrin & Renck, 1996).

Databearbetning och analys

Intervjuerna transkriberades till text och analyserades genom tematisk analys. Transkriberingen utfördes enskilt där genomlysningen utfördes i långsamt tempo. Samtliga ord från intervjuerna antecknades, även sådant som utfyllnadsord för att inte missa någonting. Utgångspunkten var för analysen var empiristyrd tematisk analys. Denna form av analys bygger på

empiriska data och innehåller totalt fyra olika steg som är frågeställningar, intervjuguide, transkribering och analys (Bryman, 2011).

Intervjuerna bearbetades genom att båda författarna noggrant lyssnade och läste igenom samtliga intervjuer enskilt och tillsammans. Därefter lästes varje intervju stycke för stycke och utifrån syfte och frågeställningar markerades betydelsefulla citat och de grupperades i teman utifrån hur de hörde samman. De olika temana markerades i intervjuerna genom att skriva ut bokstäver. Bokstäverna som användes var A till G och representerade alla varsitt tema. Alla citat från samtliga intervjuer som belyste samma tema placerades under samma kategori. När alla utvalda citat hade placerats under rätt tema, lästes alltigenom ytterligare en gång och en del temans namn justerades. För att kunna skilja intervjuerna åt under analysen fick alla intervjuer varsin bokstav. På detta sätt hölls det reda på vilket citat som tillhörde respektive intervjuperson. Bokstäver användes i stället för deras personnamn. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är detta ett sätt att dölja spårbarheten till intervjupersonerna. Författarna nämner att en annan möjlighet hade varit att använda fiktiva namn. Dock valdes bokstav med den anledningen att det var enklast och kändes mest etiskt korrekt.

Metodologiska överväganden

Fenomenografi som perspektiv

Grunden i fenomenografi är att försöka förklara hur en grupp individer tänker kring och uppfattar ett specifikt fenomen. För att kunna förklara hur individer uppfattar ett fenomen måste man undersöka vilka erfarenheter individer erhållit från fenomenet. Tidigare erfarenheter spelar också en stor roll när det gäller individers uppfattningar, i detta fall hur hälso- och sjukvårdspersonalen uppfattade utbildningen Vuxendialog. Fokus bör ligga på att beskriva individuella tankar istället för att beskriva fenomenet i sig självt. De olika tankarna jämförs för att se om det finns några samband och eventuella förklaringar till dessa samband. Inom fenomenografi används ofta intervjuer för att ge de utvalda individerna möjlighet till reflektion kring sina erfarenheter av det specifika fenomenet. Lika viktigt som att beskriva individens uppfattningar är det att ge en helhetsbild av gruppens uppfattningar. Analysen inom fenomenografi bygger på att finna olika teman i de olika individuella intervjuerna och beskriva dessa samt leta efter samband. Teman jämförs med varandra för att urskilja eventuella likheter eller skillnader. Från detta kan ett resultat sammanfogas. Det är viktigt att resultatet belyser de mest centrala delarna via olika teman (Granskär & Höglund - Nielsen, 2012).

Kvalitativ studie

Syftet med studien var att få reda på intervjupersonernas upplevelser och åsikter. För att detta ska ske föll valet på intervju för att kunna få utförliga svar och ha möjlighet att ställa följdfrågor. Forskningsfrågan i studien är baserad på vad hälso- och sjukvårdspersonalen tycker om

denna utbildning. Ett alternativ till enskilda intervjuer hade kunnat vara fokusgrupper där samtliga i gruppen har möjlighet att prata och föra en diskussion. Dock tror författarna att detta alternativ hade givit ett annorlunda resultat, då intervjupersonerna eventuellt hade gjort valet att inte lyfta åsikter som är relevanta för studien. En följd av fokusgrupperna hade kunnat vara att bara lyfta antingen det positiva eller det negativa, vilket hade medfört till en felaktig bild av utbildningen (Bryman, 2011).

Ett annat alternativ till intervjuer hade kunnat vara någon form av observation. Granskär och Höglund – Nielsen (2012) berättar att observationer endast innefattar fältanteckningar. I denna studie hade detta inte varit tillräckligt, utan kompletteringar med ytterligare intervjuer hade krävts. Anledning är att via observation framgår troligtvis ej personliga åsikter och reflektioner. Studiens syfte var redan från början att lyfta individuella uppfattningar.

Tematisk analys

Den tematiska analysen underlättade processen att få svar på det mest relevanta. Dessutom ger det en struktur på resultatet. Att plocka ut teman och citat ur intervjuerna gör det lättare för både författare och läsare att hitta en röd tråd i studien. På detta sätt minskar risken att åsikter eller tankar från intervjupersonerna inte kommer med eller sorteras bort. Denna form av analys gör det även enklare att leta fram vart i resultatet det svar man letar efter står. Vid användning av kvalitativ metod är tematisk analys vanligt förekommande och ett av de mest framträdande sätten att göra en analys på enligt Bryman (2011).

Etiska överväganden

De fyra grundetiska principerna informationskravet, samtyckekravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, u.å.) genomsyrade hela arbetsprocessen på följande sätt. I förfrågningen informerades om att intervjun skulle vara personlig, att delta i studien var frivilligt och de kunde avbryta intervjun när de vill. Våra namn och kontaktuppgifter samt tillhörande universitet och institution fanns med. Syftet med deras deltagande belystes för att informera om deras betydelse för studien. En förfrågan blev utskickad där deltagande efterfrågades. Denna studie genomförs med personal som är verksamma i hälso- och sjukvården och är därför över 18 år. I förfrågningen informerades inte om att det insamlade materialet ej kommer att användas om intervjun avbryts. Om intervjupersonen meddelar att det hittills insamlade materialet inte får användas, då bör det strykas ur resultatet. Dock måste inte informationen strykas, beroende på i vilken omfattning en skada kan ske mot studien respektive den enskilde individen. Vi har tagit hänsyn till detta genom att informera om att allting kommer behandlas konfidentiellt. Det är endast författarna till studien som kommer veta vilken individ som sagt vad. Resultatet kommer endast användas för att besvara studiens syfte (Vetenskapsrådet, u.å.).

Resultat

Syftet med studien är som tidigare nämnts: Syftet med studien är att undersöka uppfattningar kring utbildningen Vuxendialog hos utvald hälso- och sjukvårdspersonal som genomgått utbildningen.

Resultatet kommer presenteras utifrån de sju olika teman som kom upp under intervjuerna och som urskildes vid efterföljande tematisk analys, som baseras på fenomenografi. Dessa teman är: utbildningens uppbyggnad, verktyg, användbarhet, bemötande, frivilighet, utmaningar och reflektion/upplevelse.

Utbildningens uppbyggnad

Som helhet tyckte intervjupersonerna att utbildningen var bra uppbyggd genom övergripande material och övningar. Dock finns det delar som inte upplevs som relevanta vid arbete med föräldrar som har barn med fetma. Dessa delar är vissa av de filmer som kommer från Familjeverkstan och handlar om gränssättning.

”Nej, det tycker jag inte. Det var väldigt väl genomarbetat...” (F)

”Den handlar om föräldrar, gränser och gränssättning och dom filmerna kanske inte var helt optimala alla filmerna att använda för barnfetmafamiljer.” (A)

Majoriteten tycker att utbildningen med fördel kan innehålla fler praktiska moment där det ges möjlighet att vara med vid en föräldragrupp/föräldrautbildning.

”Alltså någon egentligen skulle man ju vilja ha någon typ av praktik...//... man skulle vilja vara med när nn håller i en grupp t.ex. eller få se något, något moment ur det...” (H)

Verktyg

De konkreta verktygen som intervjupersoner nämnde och som de tar med sig i sitt framtida yrke, är hur strukturen under ett grupptillfälle kan se ut, fördela ordet så att samtliga i gruppen får möjlighet att prata och gruppledaren ska lyssna i stället för att enbart ge medicinska råd.

”... men det är väl grundstrukturen tycker jag. ...//... fördela ordet bättre när man har grupper...” (E)

”Jag tar till mig det här med att inte ge råd, använda rundan och struktur i själva grupptillfället då.” (F)

Det finns även de i personalen som upplever att de inte fått med sig några nya verktyg från utbildningen. Istället berättas det om en ram som de fått med sig för att kunna använda verktygen de fått i tidigare utbildningar.

”... vuxendialog blir ju mer en metod att kunna använda de verktygen jag haft med mig i så fall. // Men jag känner inte att jag har fått samtalsverktyg med mig, tekniker på det sättet. Sen har jag fått en ram till att ha en grupp så.” (D)

Användbarhet

De flesta i personalen betonar att Vuxendialog är något väldigt användbart, som kan appliceras i fler gruppsammanhang än bara inom barnfetmaområdet. Det lyfts även fram att det finns stora möjligheter att själv kunna plocka ut relevanta delar ur utbildningen och använda det i ett sammanhang där det finnes lämpligt.

”...alltså alla som jobbar med grupper och som behöver en struktur på sina grupper för att kunna nå lite längre, vuxna eller tonåringar, äldre tonåringar, så funkar det jättebra.” (A)

”... tänker att jag har små grupper varje dag... //... delar av det som är Vuxendialog använder jag ju i den lilla gruppen det här att låta ordet bli fördelat, att man kan känna en trygghet och tillit i samtalet och sådär.” (D)

En del av personalen betonar svårigheterna med att kunna använda Vuxendialogen i föräldragrupper i sitt arbete. Några ur personalen tänker att det inte är meningen att de ska leda några föräldragrupper.

“... jag har haft svårt se hur vi skall kunna implementera det här.” (D)

Bemötande

Ingen av intervjupersonerna tror att deras bemötande gentemot sina patienter har förändrats efter utbildningen på något sätt, på grund av tidigare inhämtade kunskaper inom området.

” . Nej, det tycker jag nog egentligen inte, för jag menar, det här har ju jag haft kunskap om sen tidigare...//... men nej inte min egen inställning den är nog samma som innan tycker jag.” (G)

Under samtliga intervjuer framkommer det att det är viktigt med ett respektfullt och värdigt bemötande mot samtliga patienter.

”...om man jobbar inom vården så har man ju ett bemötande mot alla sina patienter. Det skiljer sig ju inte åt mot några andra patienter, man skall bemöta alla patienter med respekt och empati och ha en bra etisk hållning till patienterna.” (A)

Frivillighet

Ett flertal av intervjupersonerna nämner under intervjuerna vikten av att föräldragrupperna med Vuxendialog måste vara frivilligt för föräldrarna. De poängterar svårigheten med att ha dessa frivilliga gruppdiskussioner, eftersom föräldrarna dyker oftast inte upp. Samtidigt tror de inte att det är möjligt att remittera patienter till en sådan typ av verksamhet.

”Men det är väldigt svårt att få den här patientgruppen att komma på gruppdiskussioner. Utan har man det inte som ett obligatoriskt sak så brukar det inte dyka upp så många.” (C)

”... Vuxendialog bygger på att man har valt att söka sig dit. Man kan inte använda det som en remissinstans.” (D)

Några av intervjupersonerna nämnde att deltagande i utbildningen inte kändes helt frivillig för personalen.

”... då tyckte hon att klart att vi ska vara med på någon del i det här då och sa väl mer eller mindre att nu har jag pratat med eran chef och ni ska få gå den här utbildningen...” (E)

Utmaningar

Intervjupersoner betonar att det finns ett flertal svåra utmaningar i arbetet med barn som har övervikt eller fetma. De utmaningar som nämndes under intervjutillfällena var att det finns mycket skam och skuld i dessa familjer, det är ett samhällsproblem, se till helheten, svårt att stötta på rätt sätt och att jobba med en hel familj.

”... det är väldigt svårt att göra någonting själv åt det, utan då är det ett samhällsproblem, så man kan inte enbart vara på en nivå utan man behöver jobba på alla nivåer.” (A)

”Det svåra är därför att det är så mycket skam och skuld i det.” (D)

”... många tänker att det är ju bara att äta mindre och röra sig mer, men så lätt är det ju inte riktigt. Utan man måste ju alltid tänka på att man får en helhetsbild att det är så mycket runtomkring som påverkar hur man mår psykiskt...// Det är en utmaning att

stötta dom men det är en ännu större utmaning för den som ska gå ner i vikt och att det är förvirrande med allting i samhället med också med all information man får.” (H)

Reflektion/Upplevelse

De flesta av intervjupersonerna tycker att utbildningen ger en chans att lära sig mer om sig själv och om andra, en tankeprocess kring förändring påbörjas samt ger ett nytt perspektiv på sitt arbetssätt.

”... alltid när man läser den typen av utbildningar och när man jobbar med sig själv så, så sker ju ständigt en utveckling och man får hela tiden fundera kring hur man arbetar.” (A)

”... så att ja alla dom här utbildningarna är ju viktiga för att lära, ja, lära sig mer om sig själv och hur andra fungerar helt enkelt.” (A)

En del av intervjupersonerna lyfter även fram att syftet med utbildningen inte var tydligt innan utbildningen påbörjades. Detta gjorde att metoden blev svår att ta till sig.

” Varför skall man gå den här och vad är målet och tanken och varför skall jag gå den så.” (E)

“Det var inte så att vi behövde en metod till egentligen.” (E)

Diskussion

Metoddiskussion

Under studiens gång uppstod olika problem. Det första problemet som uppstod var att intervjupersonerna inte svarade på den förfrågan som skickats ut via mail. Därmed kontaktades projektledaren av författarna och hen tog kontakt med de som hade fått förfrågan. Efter detta blev författarna kontaktade och tid för intervjuer kunde bokas in. Övriga problem som kom upp under intervjuernas gång var då frågor i intervjuguiden som behövde omformuleras och kontrollgrupp behövde väljas bort.

Forskningsintervju

Vid utförandet av en kvalitativ intervjustudie finns det en del utmaningar som kan komma upp. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är dessa utmaningar främst gällande utformningen av en bra intervjuguide samt hur en intervju bör genomföras.

När en intervjuguide ska användas i en studie bör den validitetstestas innan för att studiens trovärdighet ska öka (Kvale & Brinkmann, 2009). På grund av tidsbrist hanns detta inte med och skulle kunna ha en negativ effekt på resultatet genom att frågorna inte genomgått någon utomstående granskning. För att få någon utomstående respons på intervjuguiden läste handledaren igenom frågorna och kom med sina åsikter så att justeringar kunde göras. Då intervjuguiden granskades av en professionell person ger det guiden i sig en styrka. En stark intervjuguide ger ett resultat som gör studien trovärdig. Styrkan med att ha en intervjuguide är att de viktigaste frågorna alltid ställs till alla intervjupersoner (Bryman, 2011). Projektet som studien kommer användas i är en pilotstudie, vilket innebär att intervjuguiden kan justeras och användas på nytt inom projektets ramar. Efter första intervjutillfället gjordes en omflyttning av vissa frågor i intervjuguiden med motivet att intervjupersonerna skulle känna sig mer bekväma. Vi tror att detta hade en positiv effekt på vårt resultat och gav mer uttömmande svar. Vilket i sin tur gör resultatet mer trovärdigt och gör att hela studien blir mer tillförlitlig (Bryman, 2011).

Under intervjuernas gång visade det sig att alla som deltog i studien inte var verksamma inom barnfetmaområdet. Detta informerades det inte om från starten av studien utan framkom vid vissa intervjutillfällen. Detta gjorde att vissa frågor fick omformuleras för att passa intervjupersonen. Omformuleringarna var inte så omfattande att de bör ha påverkat resultatet något anmärkningsvärt. Grunden i frågorna var densamma och justeringen gällande enbart om frågorna innehöll delar i direkt relation till barnfetma eller inte. Vid genomgång av resultatet tyckte vi inte att svaren mellan de som jobbade inom barnfetmaområdet skiljde sig markant från de som inte jobbar inom barnfetmaområdet. Istället gjorde detta att studien fick en bredare aspekt och fler vinklar kunde täckas in.

I studien utfördes intervjuer på två olika sätt, via telefon och personligen. Vid båda formerna var båda författarna närvarande och ställde frågorna. Närvaron av de båda författarna var en styrka därför att det gav utrymme för fler och precisa frågor. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) krävs det träning och bra med kunskap om hur intervjuer skall gå till för att kunna utföra dem på ett korrekt och givande sätt. Då vi räknar oss som nybörjare inom detta område kan det ha påverkat hur uttömmande svaren blev från intervjuerna och detta kan ha påverkat resultatet i slutändan, eventuellt på ett negativt sätt. Mer erfarenhet från intervjuer hade kunnat gett utrymme till bättre och mer precisa frågor och följdfrågor. Dock var intervjupersonerna väldigt bra på att ge relativt heltäckande svar, så i detta fall verkade inte oerfarenheten hos oss spela en så stor avgörande roll. Även om erfarenheter kring intervjuprocessen saknas hos oss, ansågs inte någon annan form av metod kunna uppfylla syftet och frågeställningar i studien på ett relevant och korrekt sätt.

Intervjuerna som utfördes personligen upplevdes som lättare att genomföra. Då gick det att utläsa sådant som inte sades med ord till exempel kroppsspråk, leenden och liknande. Via telefon blev det inte lika personligt och det gavs inte utrymme att studera personens eventuella

kroppsspråk (Bryman, 2011). På grund av tidsbrist hos några av intervjupersonerna var telefonintervju dock det enda alternativet. Annars hade dessa intervjuer inte gått att genomföra och resultatet och trovärdigheten i studien hade eventuellt blivit sämre.

Kontrollgrupp och urval

Från början fanns det en tanke att ha en jämförelsegrupp som ej genomgått utbildningen, för att belysa resultatet bättre och mer rättvist. Detta valdes bort efter hand då problem med de ursprungliga intervjuerna uppstod. I stället lades allt fokus på de åtta intervjupersoner som hade genomgått utbildningen samtalsmetodik Vuxendialog. Detta fokus innebar att det fanns en större möjlighet att på en djupare nivå undersöka uppfattningar kring utbildningen hos varje intervjuperson (Granskär & Höglund – Nielsen, 2012).

Urvalet ska väljas så att syfte och frågeställningar belyses på ett relevant och vettigt sätt. I detta fall kunde vi inte helt fritt välja deltagare till studien, då enbart en utvald grupp individer fått utbildningen. För att täcka in så många infallsvinklar som möjligt valdes alla individer ut för att delta. Att inte välja bort någon individ medför att resultatet blir mer trovärdigt (Bryman, 2011). Intervjupersonerna kan möjligtvis ha känt sig tvingade att delta på grund av olika orsaker som till exempel påtryckningar från både författare och projektledare. Dessutom är individernas upplevelser kring utbildningen grundläggande för studien, vilket påpekades i förfrågan och detta kan ha bidragit till en känsla av tvång. För att minska upplevelsen av detta har det poängterats under arbetets gång att studien var frivillig att delta i (Kvale & Brinkmann, 2009).

I studien togs inte kön, ålder, utbildning, yrke och yrkeserfarenhet med, på grund av de etiska principerna (Vetenskapsrådet, u.å.). De åtta individer som medverkade i intervjuerna kan vara lättidentifierade vid utlämning av privat information. Dock kan detta beslut ha påverkat resultatet, eftersom bland annat yrkeserfarenhet skulle kunna ha en effekt på uppfattningar kring utbildningen. Granskär och Höglund - Nielsen (2012) berättar att en del av fenomenografien handlar om att ta hänsyn till tidigare erfarenheter, vid undersökning av ett nytt fenomen. Fokus är att ta reda på vilka nya erfarenheter som erhållits från fenomenet.

Resultatdiskussion

Utbildningens uppbyggnad

Vid utformning av utbildningar är det viktigt att de byggs på en bra grund bestående av relevant och heltäckande material. Det gäller att allt material är väl genomarbetat så att det passar utbildningen samt att etiska aspekter har tagits i beaktande innan en utbildning påbörjas. Detta blir extra viktigt när en utbildning utformas som skall användas till att stödja föräldrar som har barn med fetma. Då det finns mycket skuld och skam hos dessa föräldrar får delarna i en utbildning inte spå på dessa känslor (Englander & Robinson, 2009).

Överlag tyckte personalen att utbildningen var bra uppbyggd och innehöll bra, relevant material. Dock fanns det delar som personalen anmärkte på som kanske inte passar att ha i en utbildning som skall användas inom barnfetmaområdet. Dessa delar handlar om att föräldrar har problem med att sätta gränser och det behöver inte vara det som utgör grunden i problemet. Det är viktigt att se till helheten och inte bara enskilda delar, alltså ur ett holistiskt perspektiv, när det gäller en individs hälsa (Magnusson et al., 2011).

Något som en del ur personalen uppgav att de saknade var praktiska moment. För att kunna få bästa möjliga kunskap om ett ämne måste det ges utrymme för praktisering av de teoretiska kunskaperna. Detta för att kunna verklighetsförankra sin kunskap och få feedback för att kunna göra förändringar som leder till bästa möjliga individuella utveckling. Vid avsaknad av möjlighet till personlig utveckling finns risk för att personalen mår sämre, vilket i sin tur kan påverka deras arbete med patienterna (Ainalem, Carlsson, Jansson, Olsson & Sjö Dahl, 2013).

Verktyg

Det är alltid viktigt att utbildningar som ges är relevanta och anpassade för de som mottar utbildningen, eftersom de som går utbildningen ska kunna ta med sig konkreta verktyg som de kan använda i sin professionella yrkesroll. Det är av yttersta vikt att de konkreta verktygen är valda av den anledningen att de är väsentliga och att det finns en kunskap om att de fungerar i verkligheten och inte bara i teorin. Detta gäller även vuxendialogutbildningen. De verktyg som utgör grunden i utbildningen är använda i liknande utbildningar tidigare så som Dialogkonferens och IDEFICS (Holmer & Starrin, 1993; University of Bremen, 2012).

Om utbildningar inte är grundade på relevant kunskap och verklighetsbaserade finns en risk att de som får utbildningen inte tar med sig några verktyg från den. Vilket i längden leder till att tid och pengar spenderas på något som inte leder till en utveckling (Magnusson, Kjellgren & Winqvist, 2012).

De verktyg som utgör grunden i utbildningen är också de verktyg som personalen poängterade att de tar med sig. Dessa verktyg är struktur på grupptillfället, fördela ordet och lyssna i stället för att ge råd. All personal diskuterade att det som de definitivt tog med sig var att ha en struktur på grupptillfället och en ram att använda verktygen i. Inom denna ram får personalen en möjlighet att använda verktygen från utbildningen, vilket kan leda grupptillfället framåt (Magnusson et al., 2012).

Två andra viktiga verktyg som personalen tar med sig från utbildningen är fördela ordet och lyssna i stället för att ge råd. Dessa verktyg finns i andra samtalsmetodiker som MI och KBT. Dessa två former av samtalsmetodiker används inom hälso- och sjukvården (Tsiros et al., 2008; Schwartz et al., 2007). Vid utbildningen var det många av personalen som kände igen dessa verktyg och blev påmind om verktygens betydelsefullhet och användning. Som nämnts innan har positiva resultat setts på övervikt och fetma hos barn och unga vid användning av

olika typer av samtalsmetodiker och tillhörande verktyg (Stewart et al., 2008). Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal verkligen använder de verktyg som de får i de olika utbildningarna. En del av personalen berättade att de inte fick med sig så många nya verktyg från utbildningen. Detta beror på att kompetensen och kunskapen är gedigen från deras grundutbildningar samt vidareutbildningar sen tidigare.

Användbarhet

För att en utbildning skall få ett bra utfall, så måste de som får den, känna att de kan använda den på ett relevant sätt. Alla i personalen upplevde, mer eller mindre, att utbildningen kan användas i någon form av grupsammanhang. Den behöver inte nödvändigtvis riktas till föräldrar som har barn med fetma. De grupsammanhang som bland annat lyftes var familj, kompisgäng och arbetsgrupp. Det poängterades även att andra individer som arbetar inom hälso- och sjukvården kan ha användning av utbildningen. Detta visar på bredden och vikten av utbildningen. Denna form av utbildning behövs verkligen inom hälso- och sjukvården då utbildningar som ges för att kunna göra hälsofrämjande insatser, inte är tillräckligt effektiva i dagsläget (Magnusson et al., 2011). Det är viktigt att det tas fram nya effektiva utbildningar som kan få det hälsofrämjande arbetet med barnfetma att utvecklas. Lika viktigt som det är att utbildningen i sig är väl utformad, är det att personalen känner att de kan använda den. Om personalen känner att utbildningen inte ger något finns det en risk att utbildningen varken fullföljs eller används i yrket. En del av personalen berättade att de har svårt att se hur de ska kunna använda Vuxendialogen fullt ut då det inte är tänkt att de ska bedriva föräldragrupper. Det är viktigt i dessa fall att personalen får rätt stöd och hjälp för att kunna använda utbildningen på andra sätt (Falk - Ljungkrona et al., 2013)

Bemötande

Enligt personalens egna tankar har deras förhållningssätt inte förändrats efter utbildningen. De tycker att de alltid bemöter sina patienter på ett respektfullt sätt och att det är viktigt. Detta poängterar även Rössner (2002) som lyfter att vid arbete inom hälso- och sjukvården är det oerhört viktigt med ett bra bemötande vid patientmöten. Detta är extra viktigt när personalen möter föräldrar som har barn med övervikt eller fetma. Ett bra bemötande innebär empati och respekt för den individen/individerna som står i fokus. Rössner (2002) hävdar att när det gäller övervikt och fetma hos barn finns det mycket skam och skuld hos föräldrarna. I detta bemötande är det betydelsefullt att personalen har ett förhållningssätt som inte ökar dessa känslor av skam och skuld hos föräldrarna. Utbildningen kan omedvetet påverkat deras förhållningssätt, dock är detta svårt att undersöka.

Frivillighet

Personalen lyfter att för att kunna bedriva en föräldragrupp som bygger på Vuxendialog krävs det att föräldrarna deltar frivilligt. Vuxendialogen bygger på att det är upp till varje deltagare i

gruppen om de vill prata (Studieförbundet Bilda & studieförbundet Sensus, 2005). Dessutom är det ett så pass känsligt ämne att motivationen till att gå till föräldragruppen och viljan att dela med sig av sina tankar och erfarenheter, kan behöva vara stor. Personalen upplever att skall föräldragrupper bedrivs går det inte att remittera patienter dit, utan föräldrarna måste gå dit av egen vilja. De lyfter även att i dagsläget jobbar de inte på frivillig basis, utan det handlar om remittera patienter. De har försökt bedriva liknande grupper innan, dock kommer föräldrarna oftast inte dit då det inte är obligatoriskt. Liknande resultat framkommer i en studie av Smith, Gabard, Dale och Drucker (1994) som berättar att föräldragrupper ofta har dålig uppslutning av antalet föräldrar.

Lika viktigt som det är att det är frivilligt för föräldrarna att delta i föräldragrupper är det för personalen att utbildningen är frivillig att gå. En del ur personalen upplevde att utbildningen inte var helt frivillig utan att de var tvungna att gå den. Detta kan göra att motivationen till att fullt fokusera under utbildningens gång minskar. Detta kan i sin tur leda till att personalen väljer att inte gå vid alla utbildningstillfällen eller att de inte använder utbildningen alls i sitt framtida arbete. En av de viktigaste grunderna för en individ är att få möjligheten att välja själv. Autonomi är oerhört betydelsefullt för att motivationen att fullfölja en utbildning med bästa möjliga resultat ska finnas (Gardell, 1977).

Utmaningar

I arbetet med barnfetma finns det en stor mängd utmaningar. Detta gör att det är ett väldigt komplext område att jobba med. En av utmaningarna som lyfts är svårigheten med att arbeta med en hel familj. Dels består familjen av enskilda individer som var och en bidrar med sina egna erfarenheter, samtidigt som familjen bör ses som en sammanhängande enhet. Får någon i familjen problem så påverkas hela familjen (Benzein & Saveman, 2012). Därför blir det extra viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal fokuserar på att involvera hela familjen i den process som behöver ske. Föräldrarnas medverkan och samarbetsvilja är av yttersta vikt. Det är svårt att göra förändringar utan stöd från föräldrarna (Tyler & Horner, 2008). Genom utbildningen i Vuxendialog ges kunskap till hälso- och sjukvårdspersonal hur de i sin tur kan stötta och ge föräldrarna möjlighet att utveckla sin kompetens i föräldrarollen (Håkansson & Sundelin, 2000).

En annan utmaning som lyftes var att barnfetmafrågan inte bara är ett problem för familjen utan för hela samhället. Problemen ligger i att om ingen förändring görs finns det risk för följsjukdomar när barnen blir äldre, så som diabetes typ 2 (Statens Folkhälsoinstitut, 2008). Både barn och föräldrar får utstå mycket fördomar och värderingar från resten av samhället då människor lever i en social miljö och möter andra människor varje dag. Det sker en konstant interaktion och individer har en effekt på varandra oavsett om det är medvetet eller omedvetet (Kim, 2000).

Samhällets olika värderingar kan bidra till en ökad känsla av skam och skuld hos föräldrar som har barn som har övervikt eller fetma, vid möte med en individ som har fördomar om detta. Vuxendialogutbildningen ger föräldrar en möjlighet att i föräldragrupper träffa och prata med andra föräldrar som är i samma situation. Det ger utrymme att lyfta frågor utan att bli dömd av de andra i gruppen (Studieförbundet Bilda och studieförbundet Sensus, 2005).

Reflektion/upplevelse

En reflektion som lyftes under intervjuerna var att syftet med utbildningen framgick som otydligt. Detta kan leda till en viss okoncentration hos utbildningsdeltagarna som kan medföra att fokuset är att fundera på vad utbildningen har för mening, i stället för att koncentrera sig på inläringen. Det finns även en risk att deltagarna inte kommer tillbaka till de efterföljande tillfällena då utbildningen ges, om upplevelsen är att syfte saknas. När en utbildning planeras att ges är det viktigt att syftet framgår tydligt innan utbildningen startar. På så sätt kan missförstånd och otydligheter undvikas. Ellström (1996) säger att för att motivation till en utbildning ska finnas måste deltagarna känna att utbildningen är meningsfull och har ett tydligt mål.

Alltid när en utbildning ges som skall användas i praktiken är det viktigt att de som får utbildningen känner att den leder till en utveckling av sin kunskap. Meningen med Vuxendialogutbildningen är inte enbart att personalen skall få med sig verktyg som går att använda i sitt arbete. Personalen skall dessutom få möjlighet att lära sig om sig själv och hur andra fungerar. Det var även något som personalen påpekade att de fick möjlighet till under utbildningen. Får man en chans att lära känna sig själv och andra bättre är det en bra grund till självutveckling (Ellström, 1996). Att ständigt utveckla sig själv är något som bör eftersträvas då även en utveckling i yrkesrollen sker. Det är även viktigt att få möjlighet till vidareutbildningar för att kunna utvecklas både som privatperson men även i sin yrkesroll. Det har visats i andra studier att personal inom hälso- och sjukvården efterfrågar vidareutbildningar inom det hälsofrämjande området, främst gällande barn och ungdomar för att kunna utveckla sin kompetens (VGR, 2006). I studiens resultat framkommer dock att denna hälso- och sjukvårdspersonal redan har stor kunskap om hälsofrämjande metoder sedan tidigare och var eventuellt inte rätt målgrupp som gick utbildningen.

Slutsatser och implikationer

Att arbeta inom hälso- och sjukvården med övervikt och fetma är väldigt svårt och innebär en mängd olika utmaningar. Ännu svårare blir det när arbetet skall riktas mot barn och deras föräldrar. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver mer utbildning kring hur man jobbar med barn och unga inom det hälsofrämjande området. En sådan metod skulle kunna vara Vuxendialog. De hälso- och sjukvårdspersonal som genomgått utbildningen upplevde den som heltäckande med bra material och uppgifter. Majoriteten känner att de tar med sig nya verktyg från utbildningen som de kan använda i sitt yrke. Verktygen som är mest framträdande är struktur på gruppstillfällena, fördela ordet och inte ge konkreta råd. Hälso- och sjukvårdspersonalen poäng-

terar att det finns en del delar i utbildningen som inte är relevanta i deras arbete. Dessutom bör praktiska moment läggas till för att personalen skall känna sig mer säkra på att använda metoden i sin yrkesroll, enligt dem själva. Personalen lyfter även att utbildningen med fördel kan ges till andra som arbetar med grupper på något sätt, samt att utbildningen kan användas till mer än endast till föräldrar som har barn med fetma.

Metoder som bygger på samtalsmetodik behövs verkligen idag, dock finns det allt för få. Av den anledningen är det bra att valet görs att satsa på en samtalsmetodik och i detta fall Vuxendialogen. När en ny utbildning påbörjas är det svårt att allting i utbildningen blir rätt direkt. För att effektivare kunna göra förändringar är det viktigt att fråga personalen om deras uppfattningar av utbildningen. Vid kännedom om detta är det lättare att veta vad som behöver förbättras. Med denna studie som grund går det att göra förbättringar av utbildningen Vuxendialog i kombination med Familjeverkstan. Dessa förbättringar innebär att omarbete filmmaterial som finns i Familjeverkstan, för att det på så sätt bättre ska passa inom barnfetma. Praktiska moment bör läggas till för att verklighetsförankra utbildningen. Dessutom bör det tas i åtanke vilka som genomgår denna utbildning. Kanske bör den rikta sig till personal som är mer hälsofrämjande som till exempel hälsopedagoger?

Referenser

Abrahamsson, L., Andersson, A., Becker, W., & Nilsson, G. (Red.). (2006). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber AB.

Ainalem, I., Carlsson, A., Jansson, A., Olsson, B., & Sjö Dahl, I. (2007). Kompetensutveckling för distriktssköterskor och barnsjuksköterskor i primärvården. *Vård i nordén*, 27(3),

van den Akker, E., Puiman, P., Groen, M., Timman, R., Jongejan, M., & Trijsburg, W. (2007). A Cognitive Behavioral Therapy Program for Overweight Children. *The Journal of Pediatrics*, 151(3), 280-283.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jpeds.2007.03.042>

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012). Varför ska familjen ses som en enhet? I E. Benzein., M. Hagberg., & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 23-27). Lund: Studentlitteratur AB.

Bremens Institut för Forskning och Socialmedicin. (2006). *IDEFICS*. Hämtad 2014-04-04, från <http://www.ideficsstudy.eu/Idefics/webcontent?cmd=innerDoc&path=234&back=true>

Bremens Institut för Forskning och Socialmedicin. (2006). *IDEFICS*. Hämtad 2014-04-04, från <http://www.ideficsstudy.eu/Idefics/webcontent?cmd=innerDoc&path=673&back=true>

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Chamberlin, L. A., Sherman, S.N., Jain, A., Powers, S.W., & Whitaker, R.C. (2002). The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children: perceptions of WIC health care professionals. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(7), 662-668. doi:10.1001/archpedi.156.7.662

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*, 320(35), 1240-1243.

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

Ellström, P-E. (1996). *Arbete och lärande – förutsättningar och hinder i för lärande i dagligt arbete*. Solna: Arbetslivsinstitutet.

- Englander, M., & Robinson, P. (2009). En fenomenologiskt grundad vårdpedagogisk metod för utbildning i empatiskt bemötande. *Vård i Norden*, 29(4), 38-40.
- Gardell, B. (1977). Autonomy and Participation at Work. *Human Relations*, 30(6), 515-533. doi: 10.1177/001872677703000603
- Granskär, M., & Höglund - Nielsen, B. (Red.). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hense, S., Pohlabein, H., De Henauw, S., Eiben, G., Molnar, D., Moreno, L.A.,...Ahrens, W. (2011). Sleep Duration and Overweight in European Children: Is the Association Modified by Geographic Region? *SLEEP*, 34(7), 885-890. doi:10.5665/SLEEP.1120
- Holmer, J., & Starrin, B. (Red.). (1993). *Deltagarorienterad forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Håkansson, A., & Sundelin, C. (2000). Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – Möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv. *Läkartidningen*, 97(25), 3064-3066.
- Jonsson, J., & Lissner, L. (2012). Inledning. I C. Berg & M. Magnusson (Red.), *Forskning för en friskare generation – Levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt* (s. 5-8). Göteborg: Göteborgs universitet.
- Kim, H.S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Kristianstad Kommun. (2010). *Förskolebarns hälsa och välbefinnande - dialoger med föräldrar till förskolebarn, Kristianstad Kommun*. Kristianstad: Kristianstad Academic Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., & Nyholm, M. (2013). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, (4), 1-9. doi:10.1093/heapro/dat023
- Magnusson, M. B., Kjellgren, K., & Winqvist, A. (2012). Enabling overweight children to improve their food and exercise habits - school nurses counselling in multilingual settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2452-2460. doi: [10.1111/j.1365-2702.2012.04113.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04113.x)

Magnusson, M. B., Sjöberg, A., Kjellgren, K. I., & Lissner, L. (2011). Childhood obesity and prevention in different socio-economic contexts. *Preventive Medicine*, 6(53), 402-407. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.09.019

Marshall, S.J., Biddle, S.J.H., Gorely, T., Cameron, N., & Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity*, (28), 1238-1246. doi:10.1038/sj.ijo.0802706

Moraeus, L., & Sjöberg, A. (2012). Kartläggning av övervikt och fetma bland barn i Sverige. I C. Berg & M. Magnusson (Red.), *Forskning för en friskare generation – Levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt* (s. 9-16). Göteborg: Göteborgs universitet.

Nyberg, M., Lennernäs, M., Sepp, H., & Sollerhed, A-C. (2010). *Förskolebarns hälsa och välbefinnande – Dialoger med föräldrar till förskolebarn*, Kristianstad Kommun (Kristianstad Academic Press, 2010:2). Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Patel, S.R., & Hu, B.F. (2008). Short sleep duration and weight gain: A systematic review. *Obesity*, 16(3), 643-653. doi: 10.1038/oby.2007.118

Perlhagen, J., Flodmark, C., & Hernell, O. (2007). Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen*, 104(3), 138-141.

Rössner, S. (2002). Utbredd diskriminering av feta. *Läkartidningen*, 99(49), 4996-4998.

Schantz, P., & Ek, S. (2012). Vandrande skolbuss är bättre än skjuts. *Svensk idrottsforskning*, (4), 40-44.

Schwartz, R.P., Hamre, R., Dietz, W.H., Wasserman, R.C., Slora, E.J., Myers, E.F.,...Resnicow, K.A. (2007). Office-Based Motivational Interviewing to Prevent Childhood Obesity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(5), 495-501. doi:10.1001/archpedi.161.5.495

Smith, K., Gabard, D., Dale, D., & Drucker, A. (1994). Parental Opinions About Attending Parent Support Groups. *Children's Health Care*, 23(2), 127-136. doi:10.1207/s15326888chc2302_5

Starrin, B., & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P-G. Svensson., & B. Starrin (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (s. 52-78). Lund: Studentlitteratur.

Statens folkhälsoinstitut & Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. (2008). *FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Elanders.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Skolbarns vanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning - Trender och sociala skillnader 2001- 2010 - Delresultat från undersökningen om Skolbarns hälsovanor*. Solna: Folkhälsoinstitutet.

Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A. R., Poustie, V., & Reilly, J. J. (2008). The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(5), 464-473. doi:10.1111/j.1365-277X.2008.00888.x

Studieförbundet Bilda & Studieförbundet Sensus. (2005). *En liten bok om Vuxendialog*. Gotland: Gotlands grafiska.

Studieförbundet Bilda. (2012). *Slutrapport projektet Tre M – dialoggrupper för överviktiga*. Alingsås: Studieförbundet Bilda.

Studieförbundet Bilda. (u.å). *Familjeverkstan*. Hämtad 2014-05-14 från <http://bilda.nu/sv/Amne/Dialog/Familjeverkstan/>

Studieförbundet Bilda. (u.å). *Vuxendialog - en modell för samtal i grupp*. Hämtad 2014-05-14 från <http://bilda.nu/sv/Studiematerial/Vuxendialog/>

Söder, O. (2003). Feta barn har sämre livskvalitet än barn med cancer. *Läkartidningen*, 100(30-31), 2433.

Taveras, E.M., McDonald, J., O'Brien, A., Haines, J., Sherry, B., Bottino, C.J.,... Koziol, R. (2012). Healthy Habits, Happy Homes: methods and baseline data of a randomized controlled trial to improve household routines for obesity prevention. *Preventive medicine*, 55(5), 418-426. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.ypmed.2012.08.016>

Tsiros, M.D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A.M., Walkley, J.W., Petkov, J.,... Buckley, J.D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 1134-1140.

Tyler, D.O., & Horner, S.D. (2008). Collaborating with low-income families and their overweight children to improve weight-related behaviors: an intervention process evaluation. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(4), 263-274. doi:10.1111/j.1744-6155.2008.00167.x

Tyler, D.O., & Horner, S.D. (2008). Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 194-203. doi: 10.1111/j.1745-7599.2007.00298.x

Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders. Hämtad 2014-03-27 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Västra Götalandsregionen. (2006). *De 1111 svaren - Kartläggning under 2005 av insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland*. Vänersborg: Västra Götalandsregionen.

Västra Götalandsregionen. (u.å.). *Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland*. Vänersborg: Västra Götalandsregionen.

WHO. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneve: WHO.

WHO. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneve: WHO.

WHO. (2014). *Childhood overweight and obesity*. Hämtad 2014-04-01, från http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/

Bilaga 1 Förfrågan om medverkan



Göteborgs Universitet
Institutionen för kost- och idrottsvetenskap

Hej!

Vi heter Camilla Levenhagen och Johanna Vigertsson och är studenter på Göteborgs Universitet. Vi läser sista terminen av totalt sex på Hälsopromotionsprogrammet med inriktning Kostvetenskap. Vi har fått i uppdrag från representanter för Alingsås Kommun att granska utbildningen i Samtalsmetodik Vuxendialog, vilket kommer ske under våren då vi skriver vår kandidatuppsats. Anledningen till granskningen är för att få klarhet i hur man upplevt utbildningen och vad man tar med sig från utbildningen.

Granskningen kommer göras genom intervjuer och vår förhoppning är att du vill delta.. Intervjun kommer vara basen i våran undersökning. Allt material från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt så att ingen enskild individ kan identifieras. Deltagande vid intervju är helt frivilligt och du har rätt att avbryta intervjuv utan att ange orsak.

Tidpunkt för intervju kommer att vara under v.15. Intervjun kommer ta 30-60 minuter att genomföra. Vi kommer spela in intervjun på band och därefter transkribera den i text.

När uppsatsen är färdig finns möjlighet att ta del av den.

Tveka inte att höra av dig om du har några funderingar. Här är våra kontaktuppgifter:

Camilla Levenhagen

E-post: guslevenca@student.gu.se

Telefonnr: 0702-463436

Johanna Vigertsson

E-post: gusvigejo@student.gu.se

Telefonnr: 070-5701728

Tack på förhand!

Bilaga 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Kan du berätta lite om dig själv, som t.ex. din utbildning, yrke och fritidsintressen?

Hur upplevde du utbildningen i Vuxendialog?

På vilket sätt anser du att du har användning av utbildningen i din yrkesroll?

Upplever du att ditt bemötande gentemot föräldrar som har barn med fetma har förändrats efter utbildningen? (På vilket sätt?).

Upplevde du att det fanns delar av utbildningen som inte var meningsfulla gällande arbetet med föräldrar till barn med fetma? (Varför? Vad skulle behövas finnas med eller tas bort?).

Har du någon egen erfarenhet av övervikt eller fetma? (personligen eller närstående)

Upplever du att det finns särskilda utmaningar i arbetet med att stödja föräldrar till barn med fetma? (vilka utmaningar?)