



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

Vikten av en strukturerad transitionsprocess

En enkätstudie om barnsjuksköterskors
erfarenheter av transitionsprocessen för
ungdomar med övervikt och fetma

Marcus Andersson

Stephanie Lübbe

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Helena Wigert

Titel (svensk):	Vikten av en strukturerad transitionsprocess. En enkätstudie om barnsjuksköterskors erfarenheter av transitionsprocessen för ungdomar med övervikt och fetma
Titel (engelsk):	The importance of a structured transition process. A survey of pediatric nurse's experiences of the transition process for overweight and obese youths
Uppsats/examensarbete:	15 Hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Examensarbete i omvårdnad, OM5300.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT 2018
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Helena Wigert
Nyckelord:	Barnsjuksköterska, erfarenhet, fetma, transition, ungdom, övervikt

Sammanfattning:

Bakgrund: Antalet ungdomar som idag lever med övervikt och fetma och som kräver långtidsbehandling har ökat. Detta kräver att vården bemöter ungdomen med respekt och kunskap. Då allt fler ungdomar tar med sig sin övervikt in i vuxen ålder behöver det finnas ett strukturerat transitionsprogram vid förflyttning från pediatrik- till vuxenvård. Ett transitionsprogram bör fokusera på att maximera ungdomens potential och stärka självhanteringsförmågan. Det optimala målet med ett strukturerat transitionsprogram är att erbjuda hälso-sjukvård som är koordinerad, oavbruten, omfattande och utvecklingsmässigt anpassad. Det finns idag en begränsad kunskap om hur transitionsprocessen för ungdomar med övervikt och fetma är implementerad i den svenska sjukvården. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva barnsjuksköterskors erfarenhet av transitionsprocessen när ungdomar med övervikt och fetma förflyttas från barn- och ungdomssjukvård till vuxensjukvård. **Metod:** Enkätstudie med barnsjuksköterskor med erfarenhet av att vårda ungdomar med övervikt och fetma med en deskriptiv analys som följd. Datainsamlingen genomfördes med webbaserade enkäter som bestod av 11 flervalsfrågor och en öppen fråga. **Resultat:** Majoriteten av barnsjuksköterskorna i studien uppger att deras enhet saknar ett formellt överföringsprogram samt en överföringskoordinator. De största hindren för en organiserad överföringsprocess var saknad av resurser och ekonomi, begränsat med tid och avsaknad av en överföringskoordinator. Ungdomen ska enligt resultatet få stöd för att utveckla sin självständighet och egenvårdskompetens. Fortsatt anser majoriteten av respondenterna att ungdomen bör bli överflyttad till vuxensjukvård när de har nått viss ålder, vilket anses vara 16 och 18 års ålder. **Slutsats:** Det som framkommer i studien är att det finns flertalet hinder för en organiserad transitionsprocess vilket relateras till brist på tid och resurser. Övergången bör ske vid 18 års ålder och det finns då svårigheter i att veta vem som ska ta över vården av ungdomen.

Nyckelord: *Barnsjuksköterska, erfarenhet, fetma, transition, ungdom, övervikt*

Abstract

Background: The number of young people today living with overweight and obesity and requiring long-term treatment has increased. This requires the care to treat the youth with respect and knowledge. As more and more young people bring their obesity into adulthood, there needs to be a structured transition program in the transition from pediatric to adult care. A transition program should focus on maximizing youth potential and strengthening self-management ability. The optimal goal of a structured transition program is to offer healthcare that is coordinated, uninterrupted, comprehensive and developmentally adapted. There is knowledge of how the transition process for young people with obesity and obesity is implemented in Swedish health care is limited. **Aim:** The purpose of the study is to describe pediatric nurses' experience of the transition process when youth with overweight and obesity are transitioned from pediatric to adult care. **Method:** Quantitative survey with pediatric nurses with experience in caring for overweight and obese youth with a descriptive analysis. The data collection was conducted with web-based surveys consisting of 11 multiple-choice questions and one open question. **Results:** The majority of child nurses in the study state that their unit lack a formal transition program and a transition coordinator. The main obstacles to an organized transition process were lack of resources and economics, limited by time and the absence of a transition coordinator. According to the results, youth should receive support to develop their independence and self-care skills. The majority of the respondents still believe that the youth should be transferred to adult care after reaching a certain age, which is considered to be between 16 and 18 years of age. **Conclusions:** There are several obstacles to an organized transition process, which is related to lack of time and resources. The transition should take place at the age of 18 and there is difficulty in knowing who will take care of the youth.

Key words: *Adolescent, pediatric nurse, transition, obesity, overweight,*

Förord

Vi vill tacka de barnjuksköterskor som tog sig tid att svara på vår enkät och gjorde detta arbete möjligt.

Ett stort tack till vår handledare Eva Lidén för allt engagemang och vägledning genom detta arbete. Genom din stöttning har vi kunnat utveckla arbetet och förbättra våra egna kunskaper. Även ett stort tack till Ewa-Lena Bratt som med sin kunskap om transitionsprocesser kunnat stötta oss och som gav oss tillåtelse att använda en färdig enkät från hennes tidigare studier. Slutligen vill vi tacka våra respektive för all stöttning och kärlek under tiden för examensarbetet.

Innehållsförteckning

_Toc507059842

Inledning	1
Bakgrund	2
Övervikt och fetma	2
Bakomliggande faktorer	2
Komplikationer	3
Den subjektiva hälsan	4
Bemötande	4
Transitioner	4
Livstransition	5
Vårdtransitioner	6
Vårdtransition vid övervikt och fetma - den kliniska praktiken idag	7
Barnsjuksköterskans roll	8
Forskning om transition vid övervikt och fetma	9
Problemformulering	10
Syfte	11
Metod	11
Enkäternas utformning	11
Urval	11
Datainsamling	12
Dataanalys	13
Etiska överväganden	14
Resultat	14
När bör transitionen inledas?	14
Under transitionsprocessen	15
Uppfattningar om delaktighet	15
Informationsöverföring mellan barn- och vuxensjukvård	17
Hinder under processen	18
Transitionens avslutning	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Enkäter	21
Validitet och reliabilitet	22
Urval	22
Resultatdiskussion	23
Slutsatser	25
Kliniska implikationer	26
Framtida forskning	26
Referenslista	27
Bilagor	32
Bilaga 1	33
Bilaga 2	38
Bilaga 3.	41

Inledning

Att bli vuxen är en kritisk utvecklingsperiod där ungdomen får ta eget ansvar för sin situation och sina handlingar. Det är en tidsperiod som är fylld av nya utmaningar och känslor (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Allt fler ungdomar idag har en övervikt eller fetma som följer in i vuxen ålder (Andersson, Shadloo & Rudolfsson, 2016). Detta innebär att vuxenvården måste kunna ta emot och hjälpa de nya unga vuxna i sitt sjukdomstillstånd.

För de ungdomar som lever med en kronisk sjukdom när de går över till vuxensjukvården, kan en rädsla inför byte av vårdinstans infinna sig. Detta då de har byggt upp en trygghet tillsammans med familjen och barnsjukvården. Men nu ska de lämna denna trygghet bakom sig och axla ett stort ansvar för sin sjukdom (Tuchman, Slap & Britto, 2008).

En vårdorganisatorisk övergång (transition) från barn- och ungdomssjukvård till vuxensjukvård sker i Sverige generellt vid 18-års ålder. För att övergången ska bli trygg för ungdomen och familjen behöver de förberedas i god tid. En strukturerad transitionsprocess kan motverka eventuella stressmoment inför flytten mellan de två vårdinstanserna och ge en ökad trygghet (Christie & Viner, 2009., Rosen, Blum, Britto, Sawyer & Sigel, 2003).

Bakgrund

Då fler och fler ungdomar idag lever med en övervikt alternativt fetma som kräver behandling under en lång tid krävs det av vården att kunna bemöta dem med respekt och kunskap. För många av dessa ungdomar följer även övervikten med in i vuxenlivet, därav behöver även vårdpersonalen en kunskap om hur övergången mellan de olika vårdinstanserna bör ske på bästa sätt (Lobstein, Baur & Uauy, 2004). Överföringen från den pediatrika omsorgen till vuxenomsorg kan för en tonåring med ett kroniskt hälsotillstånd vara utmanande. Detta då ungdomar med kroniska tillstånd som närmar sig vuxenlivet måste förbereda sig både för en förändring inom vårdsystemet samt en stor förändring hos sig själv (Sharma, O'Hare, Antonelli & Sawick, 2014). Enligt Shrewsbury, Baur, Nguyen och Steinbeck (2014) ses övervikt idag sällan som en kronisk sjukdom vilket då även minskar möjligheterna att ingå i planeringen av nationella transitionsprogram trots att det gång på gång påvisats om hur viktigt detta är för att få ungdomen att fortsätta med behandlingen.

Övervikt och fetma

Övervikt och fetma är idag en global epidemi som påverkar alla åldersgrupper, länder och populationer oberoende av ekonomisk status. År 2016 var över 340 miljoner barn i världen i åldrarna 5–19 överviktiga (Andersson et al., 2016).

World Health Organization (2018) beskriver att övervikt och fetma är en överdriven eller onormal inlagring av fettvävnad, som är skadlig för hälsan och kan leda till en mängd olika hälsoproblem och följsjukdomar. För att bestämma vilken grad av övervikt eller fetma som en vuxen individ har, används instrumentet Body Mass Index (BMI), medan det för barn i åldrarna 2–18 år istället används ett instrument som heter ISO-BMI, som tar hänsyn till barnets ålder och kön. Ett ISO-BMI över 25 klassas som övervikt och ett värde över 30 är fetma. Hög förekomst av övervikt och fetma runt om i världen har lett till en oro för framtida hälsoproblem hos befolkningen. Dessa problem inkluderar en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, förhöjt blodtryck, gallblåsebesvär samt diabetes. Många av de ungdomar som har övervikt och fetma, tar med sig viktproblematiken upp i vuxen ålder (Andersson et al., 2016).

Ungdomarna drabbas dock inte endast av åkommor av somatisk typ, utan löper även en ökad risk för att drabbas av psykiska besvär. Ett exempel är depression, som kan vara en följd av mobbning mot de drabbade ungdomarna, men även utanförskap och en social stigmatisering. Dessa besvär fortsätter även i vuxenlivet, då många upplever det problematiskt att hitta en partner och bilda familj. Men även att de upplever diskriminering på arbetsplatsen på grund av sin övervikt (Napolitano et al., 2017).

Bakomliggande faktorer

För att övervikt och fetma ska utvecklas, ligger oftast en kombination av genetik och omgivningsfaktorer som en grund. Under senare år har genetikens betydelse för utveckling av fetma kunnat fastläggas. Detta kan styrkas genom studier om adoptivbarn, där det visat sig att barn som adopteras bort tidigt, hade vid vuxen ålder utvecklat en kroppsammansättning som var lik deras biologiska föräldrar (Tuchman et al., 2008). Den avgörande faktorn för att en övervikt och/eller fetma ska utvecklas är dock omgivningsfaktorn. Utan ett överintag av

kalorier kan en övervikt inte utvecklas. Den ökande tillgänglighet av energität och fettrik kost kombinerat med minskad fysisk aktivitet bidrar till att fler barn utvecklar en övervikt. Sociala faktorer har också visat sig ha en betydelse för en utveckling av övervikt och fetma. Övervikt och fetma har visat sig vara dubbelt så vanligt bland män vars mödrar har utbildning mindre än nio år, jämfört med de män vars mödrar har en utbildning på högskolenivå. En minskad fysisk aktivitet är också kopplad till en ökad förekomst av övervikt och fetma. Barn och ungdomar som rör sig mindre har en större fettinlagring än de aktiva (Marcus, 2012).

Övervikt i tonåren är en komplex situation som involverar beteendemässiga, emotionella, sociala och kulturella problem. Tonåringar berättar att deras övervikt till stor del är orsakat av ostrukturert ätande och överätande, som har sin grund i emotionella och sociala orsaker, ofta orsakat av mobbning. Vissa beskrev att ätandet fungerade som en blockad mot deras känslor, som kunde uttrycka sig som ledsamhet, ångest eller att de var uttråkade. Fortsatt nämner de att de var fullt medvetna om att deras ätande ledde till negativa konsekvenser (Reece, Bissel & Copeland, 2015)

Komplikationer

Komplikationer till fetma kan vara somatiska, psykosociala eller en kombination av båda. När det gäller somatiska komplikationer leder fetma alltid till störningar i det endokrina systemet. Inträffar detta före en pubertet medför det en hyperinsulinemi och insulinresistens. Fetma orsakar även en nedreglering av tillväxthormer. Under puberteten är det många pojkar som utvecklar en gynekomasti, som troligtvis är orsakat av konverteringen av testosteron till östrogen. Flickor kan utveckla polycystiskt ovarialsyndrom (PCO) och amenorré. Förhöjda blodfetter samt ökande blodtryck är vanligt förekommande hos ungdomar med övervikt och fetma. Tonårsfetma har visat sig resultera i en ökad risk för död orsakat av bland annat hjärt- och kärlsjukdomar i medelåldern, samt en ökad risk att drabbas av diabetes typ 2 i vuxen ålder. Det finns även en tydlig koppling mellan övervikt och psykosocial ohälsa (Marcus, 2012).

När det gäller psykosociala komplikationer har det visat sig att ungdomar med fetma ofta har ett sämre självförtroende än normalviktiga ungdomar, i hänsyn till deras utseende samt fysisk prestanda (Marcus, 2012). En viktig drivkraft för att söka behandling mot övervikt var enligt flera deltagare att kunna interagera med kamrater och bli fri från mobbning (Reece et al., 2015). En studie genomförd av Andersson et al. (2016) nämner att deltagarna under barnaåren inte ansåg att deras övervikt var något problematiskt. De var väl medvetna om att de var större än sina kamrater, men såg inte detta som något onaturligt. När de sedan blev äldre och det rådande slanka kroppsidealet blev mer påtagligt blev också medvetenheten om övervikten större. Deltagarna blev ledsna och besvikna på sig själva när de upplevde att deras övervikt ledde till negativa kommentarer och blickar från personer i deras omgivning. Det är även bevisat att kvinnor som har levt med en övervikt från tonåren, får sämre socioekonomiska livsvillkor, som exempelvis lägre inkomst och kortare utbildning i jämförelse med normalviktiga.

Den subjektiva hälsan

En viktig del i arbetet för att minska övervikt, är en god psykisk hälsa enligt Puhl et al. (2017). Studier gjorda över en 15-årig period, visar att personer med övervikt och som har mått dåligt i sin barndom och ungdom, fortfarande bär med sig dessa besvär upp i vuxen ålder. Majoriteten har en fortsatt dålig självkänsla, men lider även av övervikt eller sjuklig fetma och ser maten som sin enda vän och tröst.

En kritisk tidsperiod för en etablering av en långsiktig och hälsosam livsstil är vid ung ålder enligt Santos, Cadieux, Gray och Ward (2016). Vidare beskrivs att en ohälsosam livsstil och olämplig viktökning som börjar vid denna tidpunkt, ofta fortsätter in i tonåren och senare vuxenlivet. Shrewsbury et al. (2014) uppger att övergången från ungdom till ung vuxen är en period där ett mer osunt ätande utvecklas samtidigt som den fysiska aktiviteten minskar. De belyser även att dessa barn och ungdomar löper risk för hälsoproblem som tidigare nämnts av Andersson et al. (2015).

Gibson et al. (2017) har jämfört psykologiska problem och skillnader mellan överviktiga och normalviktiga barn under en tvåårsperiod. Studien visade att barn som levde med övervikt upplevde att de led av större psykosociala komplikationer, exempelvis depression, än normalviktiga barn.

Bemötande

Enligt Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert och Komesaroff (2008) är det många överviktiga personer som idag upplever att en kultur av skuldbeläggande gentemot överviktiga har vuxit fram, då många högutbildade inom exempelvis läkarkåren fortfarande anser att patienten har sig själv att skylla trots att övervikt idag klassas som sjukdom. Majoriteten av de som deltar i undersökningen i deras artikel har kämpat med viktproblematik hela sina liv. Några påpekade att upplevelser de erfarit i barnåren hade lett till emotionella konsekvenser som följt dem upp i vuxenlivet, framförallt för de ungdomar som ständigt jämfördes med deras normalviktiga syskon. Bland de individer där föräldrarna hade försökt ingripa mot barnens viktproblematik, genom att följa med barnen till allmänläkare eller kostgrupper, uppgav informanterna att känslan av att vara exkluderad från sina kamrater blev större. Hälften av deltagarna i undersökningen uppgav även att de har upplevt förnedring och dåligt bemötande av hälso- och sjukvårdspersonal relaterat till sin vikt.

Transitioner

Förändringar i livet kan syfta på flera olika punkter, så som att gå från frisk till sjuk eller att gå från ungdom till att bli vuxen. Transitionsteori beskrivs enligt Chick och Meleis (1986) som de ständiga förändringar som livet medför. Vidare beskrivs transition som en komplex men temporär process, med citat "those periods between fairly stable states" (Chick & Meleis, 1986, s. 238). Det vill säga, tiden från förväntan om att en förändring ska ske fram till en fas av stabilitet har blivit uppnådd. Transitionsteori grundar sig i att en genomförd förändring kommer att leda till ett positivt slutresultat. Tiden för transition är i risk att kantas av känslor som utanförskap, förändring av självbild, men även stress, ilska och förvirring (Chick & Meleis, 1986). Genom att använda ett strukturerat transitionsprogram, med en koordinator som styr patienten genom dessa processer, minskas risken att dessa negativa känslor uppstår. Transitionsprogrammet bör vara individuellt planerad och målinriktad för att ungdomens psykosociala och medicinska behov ska tillgodoses vid transitionen till vuxensjukvården

(Rosen et. al. 2003). Chick och Meleis (1986) nämner att en oplanerad transition är mer tidskrävande än en planerad. Vidare beskriver de att en planerad transition ofta upplevs positiv då ungdomen efter processen har en känsla av självständighet och större stabilitet än innan. Ungdomar som växer upp med kronisk sjukdom genomgår förändringar i livet likt ungdomar som är friska, livstransitioner, men de går även igenom en vårdtransition mellan barnsjukvården och vuxenvården.

Livstransition

Från det att ett barn föds till vid 18 års ålder antrar vuxenlivet genomgår hen olika utvecklingsstadier. De olika stadierna påverkar barnet på sitt alldeles unika sätt. Erikson delar in barnets utveckling i fem faser där grunden till trygghet läggs de första arton månaderna och att barnet vidare runt tre års ålder lär sig vara mer självständigt. Får barnen här en positiv feedback leder till att barnen litat på sin egna förmåga och börjar bygga upp ett bra självförtroende. Mellan tre och sex års ålder går barnet igenom den tredje fasen som kantas av initiativ och skuld. Barnet vill göra som den vuxne och går därför ibland över gränsen. Bemöts detta positivt leder detta till nyfikenhet och initiativförmåga. Blir det istället tvärtom leder det till en ökad känsla av skam och skuld hos barnet (Hwang & Nilsson, 2011). Under denna perioden är det enligt Rikshandboken (2018) även då som screeningen för att identifiera övervikt hos barnet börjar, detta genom sedvanliga hälsokontroller inom barnhälsovården. Denna tidiga screening har att göra med då Socialstyrelsen (2018) trycker på att ju tidigare åtgärderna sätts in desto större chans har barnet att undvika en livslång övervikt.

Att bara se på barnet rent fysiskt kan göra det svårt att avgöra om barnet är överviktigt eller ej, därav använder barnhälsovården tillväxtkurvor och ISO BMI. Därav är det extra viktigt att som vårdnadshavare och vårdpersonal i mötet med barnet bemöta det med respekt och om eventuell övervikt finns hos barnet rikta alla insatser och åtgärder mot vårdnadshavaren och inte barnet (Socialstyrelsen, 2018).

Mellan sex och tolv år är bekräftelsen en viktig del i barnens liv, att få känna att de duger och är kompetenta. Missas detta i uppfostran leder det till en känsla av att de inte duger som de är eller för vad de gör, att passa in och vara som sina kompisar är även en viktig del. Att då sticka ut med en begynnande övervikt kan öka barnets känsla av att inte vara bra nog. Under puberteten fortsätter och ökar önskan av att passa in i ett sammanhang samtidigt som frågan: Vem är jag? är en central del i livet. Identiteten ska formas samtidigt som hen är på väg in i vuxenlivet (Hwang & Nilsson, 2011).

Ungdomen är en tid full med känslor, där hen genomgår en frigörelse från föräldrarna samt utmaningen att bemästra sin nya kropp och växande sexualitet (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009). Synen på sig själv och sin kropp under tonåren påverkas av samhällets ideal och normer vilka i stor utsträckning kan vara omöjliga att uppnå. Ungdomen blir även mer medveten om sig själv och sin tillvaro och på så sätt även sina begränsningar detta kan i perioder leda till en sjunkande självkänsla. Att passa in blir mer och mer viktigt och kamrattrycket blir en stor del av livet. Vänner klär sig gärna likadant, ingen vill sticka ut och ingen vill vara annorlunda, det är viktigt att passa in och känna en tillhörighet (Hwang & Nilsson, 2011).

Under övergången mellan livets faser påverkas individens identitet och självbild. Transitionsperioden kan således ge uttryck för en rad olika känslor som ilska, ångest, depression och förvirring. Men också att bli separerad från sig själv i sin självbild med påverkat självförtroende (Chick & Meleis, 1986). Transitionen in i vuxenlivet är en kritisk utvecklingsperiod där både flera hälsopraxis tas an eller överges, vilket påverkar efterföljande beteende- och hälsobanor samtidigt som ungdomen tampas med övriga utmaningar i att bli vuxen (Daw, Margolis & Wright, 2017). Trots den stora viljan att bryta sig loss och att leva sitt eget liv kan det psykologiska beroendet av föräldrarna kvarstå, då det även i de högre åldrarna finns ett behov att tanka trygghet och närhet hos föräldrarna (Hwang & Nilsson, 2011).

Vårdtransitioner

Vårdtransition beskrivs enligt Christie och Viner (2009) som ”en målmedveten och planerad process som adresserar de medicinska, psykosociala samt pedagogiska behov hos ungdomar och unga vuxna med kroniskt fysiska och medicinska tillstånd när de övergår från barncentrerad till vuxenorienterad hälso- och sjukvård”. Det optimala målet har beskrivits som att erbjuda hälso- och sjukvård som är oavbruten, koordinerad, omfattande samt utvecklingsmässigt anpassad (Shrewsbury et al., 2014).

Transitionsprogram för ungdomar med speciella vårdbehov behöver fokusera på att maximera livslång funktion och potential. När ett transitionsprogram utvecklas är det nödvändigt att utföra en behovsbedömning för att granska alla perspektiv och sammanhang som berörs. Sådana perspektiv inkluderar ungdomars sociala nätverk, sjukhus och hälsoadministratörer. Dessutom är hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv också avgörande för att förstå det sammanhang där ett framtida övergångsprogram ska genomföras, då det är på kliniker som programmet kommer utföras. Hittills är kunskap om hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter, upplevelser och attityder av transitionsprogram om ungdomar med kroniska sjukdomar begränsat. Det är viktigt att hänsyn till vårdpersonalens perspektiv när ett övergångsprogram utvecklas, då möjligheten för ett framgångsrikt genomförande ökar (Sparud-Lundin, Berghammer, Moons & Bratt, 2017).

Prevalensen av vissa kroniska tillstånd är ökande då vården har erhållit en ökad kunskap om hur sjukdomarna ska behandlas. Den förbättrade vården innebär att allt fler ungdomar med kroniska tillstånd överlever till vuxen ålder. Dessa unga med kroniska tillstånd, behöver gå över bron mellan trygg barn- och ungdomssjukvård till den nya vuxenvården där allt större krav ställs på den egna individen (Steinbeck, Brodie & Towns, 2007). Detta leder till att sjukvårdspersonal inom vuxensjukvården möter allt fler unga som befinner sig i en transitionsprocess. Tidsperioden för transition mellan barn- och ungdomssjukvård till vuxen kan vara en ångestframkallande tid för patienten och familjen, men även för vårdpersonal som ska lämna över efter en lång vårdtid till en okänd vårdgivare (Osterkamp, Costanzo, Ehrhardt & Gormley, 2013).

Peter, Fork, Ginsburg och Schwarz (2009) hävdar att dessa patienter utsätts för en mängd stressfaktorer, i dessa faktorer inkluderas avslutandet av en långtidsrelation av trygghet, rädslan inför framtida vård, men även ungdomens egna psykologiska utveckling. Ungdomar som lever med dessa kroniska tillstånd ser även fram emot det vuxna livet med förväntningarna om att de ska leva ett liv likt deras vänner som är utan dessa besvär (Steinbeck et al., 2007).

Större delen av den litteratur som belyser transitionsprocessen fokuserar på patientens erfarenheter och upplevelser, men inte på vårdteamet som ansvarar för vården.

Vidare beskrivs att vuxenvården inte har tillräckligt med utbildning för att vårda dessa unga vuxna som kommer direkt från barnsjukvården. Bowen, Hensken och Potter (2010), uppger att övergången för ungdomen kan kräva ytterligare utbildning för sjukvårdspersonal som bör omfatta de unga vuxnas emotionella, utvecklingsmässiga och sociala behov. Por, Golberg, Lennox, Burr och Dennard (2013) belyser dokumentation, kommunikation, utbildning samt en bra överlämning som identifierade behov och faktorer hos vårdpersonal som tar över vårdandet.

Sturrock, Master och Steinbeck (2007) uppger att vårda ungdomar kan skapa nya utmaningar och situationer som vårdpersonalen inte har utsatts för tidigare. Ungdomar som går över till vuxenvården behöver därför ett hälso- och sjukvårdssystem som är kapabelt att möta deras behov (Steinbeck et al., 2007). Förutom sjukvårdsspecifik vård så har ungdomen behov som skiljer sig från den vuxna populationen. Dessa inkluderar fysiska, psykologiska, emotionella och sociokulturella besvär. Men det kan även beröra fler ämnen som är relevanta för diskussion för den nyblivna vuxna. Det kan vara behov av samtal om sexuell hälsa, reproduktion, fertilitet och alkoholvanor (Sturrock et al., 2007). Forbes et al. (2001) har identifierat en brist på utbildning och kunskap i samband med övergången som ett hinder för processen, och det finns ett stort behov av utbildning för de som är involverade i vården för de ungdomarna med särskilda vårdbehov.

I Sverige övergår barnsjukvård till vuxensjukvård generellt vid 18-års ålder.

För att en vårdtransition ska genomföras så problemfritt som möjligt för den sjuke ungdomen och dennes anhöriga, behövs en strukturerad plan för transitionsprocessen (Rosen et al., 2003). Steinbeck et al. (2007) beskriver att från 12 års ålder, kan patientens självhantering främjas genom att börja se ungdomen som en egen individ. Detta genom att ha individualiserade samtal ensamt med patienten med efterföljande diskussioner med vårdnadshavare. Detta ger ungdomen möjlighet att ställa egna frågor utan vårdnadshavares närvaro. Vidare beskrivs att från det tillfälle en diagnos har fastställs är det viktigt att tillgodose information och stöttning för eventuell framtida övergång till vuxenvården. När ungdomen sedan närmar sig 18 års ålder är transitionsprocessen mer aktiv, med fokus på att informera den unga patienten och dennes familj om vuxenvård.

Även om vuxenvården är skyldiga att ta över ansvaret för vården av ungdomen, kan de inte förväntas ha denna kunskap utan utbildning. Utbildningsprogram är inte alltid allmänt tillgänglig. Däremot kommer kunskapen utvecklas när personalen får en förståelse och är alltmer aktivt deltagande i processen (Steinbeck et al., 2007).

Vårdtransition vid övervikt och fetma - den kliniska praktiken idag

Uppmärksammas det avvikelser rörande ett barns vikt under en hälsoundersökning i elevhälsovården eller barnhälsovården ska det enligt Socialstyrelsen (2018) vidtas åtgärder. Åtgärderna ska vara inom ramen för deras respektive ansvarsområden vilket exempelvis kan röra sig om fördjupande samtal om hälsa och levnadsvanor eller tätare möten med barnet och familjen. Enligt Socialstyrelsen (2018) bör all behandlingen vara långvarig, korta samtal och enkla råd är inte tillräckligt. Om insatserna inte är tillräckliga ligger även ansvaret på dem att remittera familjen vidare. Barnen remitteras då ofta vidare till en barnmedicinsk mottagning där arbetet med barnets övervikt fortsätter. Många av landets barnmedicinska mottagningar samt regionala centrum som jobbar mot barnfetma är idag kopplade till

BarnObesitasRegister I Sverige (BORIS). BORIS är ett kvalitetsregister som följer upp den långsiktiga behandlingen av barnfetma i Sverige på barn i åldrarna 2–18 år (Socialstyrelsen, 2018). Vården ser idag likvärdig ut i stora delar av landet enligt de olika vårdprogrammen som presenteras (Vårdgivarwebben, 2017; Region Uppsala, 2017; Region Skåne, 2015).

Då barnen kommer till den barnmedicinska mottagningen tas en fullständig anamnes för att bedöma överviktens svårighetsgrad samt eventuella bakomliggande faktorer som till exempel ärftlighet, mobbing eller dålig social situation. Det tas även blodprover för att se hur övervikten påverkat kroppen inuti (Vårdgivarwebben, 2017). Familjen träffar här inte bara en barnsjuksköterska utan ett helt team. Teamet består enligt Socialstyrelsens (2018) rekommendationer ofta av en barnsjuksköterska, en barnläkare, en fysioterapeut, en dietist samt en psykolog eller kurator. Behandlingen anpassas efter barnets ålder och omfattning av övervikt och består till stor del av motiverande samtal, livsstilsförändringar samt hälsofrämjande insatser rörande fysisk aktivitet och goda kostvanor. Detta helt enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Vid behandlingen av mindre barn som ännu inte nått puberteten ligger fokus på insatser mer hos barnets vårdnadshavare och i detta skede önskas ett avstannande av viktuppgången, alltså inte en viktminskning. Då barnet börjar närma sig puberteten blir det dock lättare att nå barnet utan vårdnadshavarnas närvaro därav ändras fokus från föräldrarna till ungdomen och här önskas det uppnås en långsam och kontinuerlig viktminskning. Har barnen som behandlas på barnmedicinsk mottagning en fortsatt viktuppgång efter 12 månader bör hen remitteras vidare till specialistvård. Grunden i denna behandling är fortsatt fokus på livsstilsförändringar rörande kost samt fysisk aktivitet. Skillnaden är dock att det tas mer medicinska prover för att utesluta eventuella bakomliggande orsaker, PCO eller annan genetisk påverkan. Det görs även arbetsprover samt glukosbelastning m.m. Vid den tidigare instansen ligger som tidigare nämnt fokus på en avstanning av viktökningen eller en långsam viktminskning medan behandlingen även innefatta pulverdiet eller fetmakirurgi (Vårdgivarwebben, 2017; Region Uppsala, 2017; Region Skåne, 2015). Både på den barnmedicinska mottagningen samt inom specialistvården får barnen gå tills det att de fyller 18 år, efter det väntar vuxenvården. För de som följs på mottagning avslutas oftast vården även om de fortfarande bär på en övervikt. Vid enstaka fall remitteras de över till vårdcentralen där de själva nu får uppsöka vård. Enligt A. Karlsson, barnsjuksköterska, (personlig kommunikation, 3 november 2017) saknas det en strukturerad transitionsprocess i Västra Götalandsregionen, då ingen direkt övergång från vården på den barnmedicinska mottagningen över till vuxenvården finns idag. Ungdomarna inom specialistvården som inte är färdigbehandlade remitteras över till specialistvården inom övervikt och fetma i vuxenvården. Vid samtal med barnsjuksköterskan M. Öhrn (personlig kommunikation, 20 november 2017) som arbetar på ett regionalt obesitas centrum i Västra Götalandsregionen framgår det att även här saknas det en bra och inarbetad övergångsplan mellan barn- och vuxensjukvården. Både A. Karlsson och M. Öhrn trycker på att det är ett problem där det önskas mer struktur.

Barnsjuksköterskans roll

I kompetensbeskrivningen för specialistutbildade sjuksköterskor med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar beskrivs ett antal olika kompetensområden såsom omvårdnadsteori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Under kompetensområdet rörande omvårdnadens teori och praktik berörs ämnet bemötande, information och delaktighet vilket utgör en stor del av det arbetet som barnsjuksköterskan bedriver då hen möter barn med övervikt. Att göra barnet delaktigt och att delge information

till barnet rörande sin sjukdom är av stor vikt för att öka chanserna till en bra vård. Barnsjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen bemöta barnet med ett humanistiskt och etiskt förhållningssätt oavsett vårdform (Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2016). Enligt tredje artikeln i Barnkonventionen ska all planering och alla åtgärder som rör barnet ha ett barnperspektiv och på så sätt sätta barnet i främsta rummet (UNICEF Sverige, 2009). Att som specialistsjuksköterska på bästa sätt kunna följa Socialstyrelsens rekommendationer, barnkonventionen och de olika vårdprogram, vilka belysts ovan, behövs goda kunskaper i motiverande samtal rörande matvanor och fysisk aktivitet samt vikten av att arbeta i team (Socialstyrelsen, 2018). Genom motiverande samtal skapas i bästa fall en förtroendefull relation mellan barnsjuksköterskan, vårdnadshavarna och framförallt barnet. Under dessa möten ska barnsjuksköterskan hjälpa familjen och barnet att själva hitta idéer och tankar om hur de på bästa sätt ska jobba med barnets övervikt (Barth & Näsholm, 2006). På så sätt stärks familjens och barnets motivation som senare kan leda till en eventuell beteendeförändring och ökad tro på sig själv (Holm Ivarsson, 2009). Har inte patienten tron på sig själv att klara av att stanna av i sin viktuppgång eller att gå ner i vikt så kommer hen inte heller att lyckas. Endast kunskapen om tillvägagångssättet är inte tillräckligt, ens egen tro på sig själv måste finnas (Bandura, 1997). Även Lobstein et al. (2004) trycker på att motivationen är nyckeln till framgång. Är inte barnet eller vårdnadshavaren motiverad blir förutsättningarna för att lyckas betydligt sämre. En annan betydande del i vården kring dessa ungdomar är teamarbetet ute på mottagningarna. Genom samarbetet mellan de olika yrkeskategorierna och deras kunskaper stärks säkerheten i vården och ett bättre resultat uppnås. Enligt Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlen (2013) är teamarbetet inom vården på avancerad nivå en nödvändighet då användandet av teamets gemensamma kompetenser kan vara avgörande för patientens hälsa. Allt arbete med dessa barn och senare ungdomar går från en familjefokuserad omvårdnad där hela familjen är involverad till en mer personcentrerad vård där ungdomen i sig sätts i ett större fokus för att på så sätt ges mer ansvar över sin sjukdomssituation (Ekman, 2014).

Forskning om transition vid övervikt och fetma

Shrewsbury et al. (2014) beskriver att det finns en brist på riktlinjer för transition av ungdomar med övervikt och fetma. Tonårsövervikt och fetma är ett seriöst globalt folkhälsoproblem som ökar. En spontan remission av övervikt är sällan förekommande. Minst 90% av ungdomar med fetma har kvarstående övervikt eller fetma i början av sin vuxna ålder. För att förstå de utmaningar ungdomar möter i sin kamp mot en hälsosam vikt är det nödvändigt att ta hänsyn till de övriga livsförändringar som sker vid denna tid hos ungdomen. Detta inkluderar utvecklingen av den egna individen, den psykosociala utvecklingen såväl som det egna jaget.

Under denna period är en planerad flytt mellan de två instanserna nödvändig för att hjälpa ungdomar med kroniska sjukdomar att finna sin väg i detta nya område. Vidare beskrivs det i studien att det saknas organiserade riktlinjer för en plan för transition. För det höga procentantal av ungdomar med hälsorisker som övervikt, som redan har gått förbi tiden för prevention, kan ett livslångt åtagande för en mer hälsosam livsstil vara den bästa behandlingsformen. Däremot kan ett sådant åtagande för en tonåring vara komplext och svårhanterat. För en ungdom som redan kämpar mot sin övervikt, dess sociala, psykologiska och medicinska svårigheter är en utarbetad plan för framtiden av största vikt (Shrewsbury et al. 2014).

Enligt Tuchman et al. (2008) upplever ungdomarna en rädsla inför byte av vårdinstans. Detta då de i många fall har spenderat ett flertal år med deras nuvarande vårdgivare. De beskriver att de kände sig oförberedda på övergången till vuxenvården. Dock uppgav de att de i efterhand kände sig mer delaktiga i sin egna vård, när de hade gått över till vuxenvården. De uppgav en känsla av kontroll och att deras beslut och tankar spelade en stor roll. Vidare uppgav de att det vore värdefullt om transitionsprocessen startade vid en tidigare ålder. De önskade att de hade fått träffa sin framtida vårdgivare, men även att de fick besöka den mottagning och avdelning som de skulle komma att tillhöra innan transitionen genomfördes. En dåligt utförd transitionsprocess har visat sig ha signifikant negativa resultat och konsekvenser vad gäller sjuklighet och dödlighet, samt sociala och pedagogiska resultat hos den aktuella patienten.

Studier har påvisat att ungdomar med fysiska hälsoproblem, har större hälsoproblem desto mindre kontakt de har med hälso- och sjukvården.

Att inte delta i de kliniska möten som sätts upp av vården och ha en låg delaktighet i behandlingsregimer, har bevisats som en negativ följd till att inte fått tillräckligt med stöd i övergångsprocessen (Christie & Viner, 2009)

Ungdomarna och deras familjer bör vara väl förberedda inför förflyttningen från barnsjukvård till vuxensjukvård. Det är i samband med planeringen för transitionsprocessen viktigt att lyssna på ungdomens tankar och att stärka dennes förmåga för självhantering. Det finns även ett behov att engagera vuxenvården så att de kan bidra med bästa möjliga vård och mottagande efter att ungdomen har blivit en vuxen individ (Cristie & Viner, 2009)

För att ungdomen ska öka kunskapen om sitt sjukdomstillstånd och blir mer delaktig i vården, kan eget samtal med vårdpersonal utan föräldrarna stärka den egna rollen och successivt kan ansvaret för sjukdom, besök och eventuell medicinering föras över på ungdomen inför en flytt till vuxenvården (Asp, Bratt & Bramhagen, 2015).

Förberedelserna bör även inkludera stöd för de föräldrar som deltar i övergången.

En av tre av hälso-sjukvårdspersonal som arbetar med transition har upplevt problem relaterat med föräldrarna i övergången. Där en misslyckad övergång ofta är påverkad av föräldra- och familjefaktorer. För en stor del av föräldrarna var det en svårighet att ta ett steg bakåt och stötta ungdomens självständighet. Ungdomar önskade att transitionsprogrammet skulle innehålla möjligheter för föräldrarna att få stöd i att låta deras barn växa upp (Christie & Viner, 2009).

Problemformulering

Allt fler ungdomar som drabbas av övervikt och fetma fortsätter leva med detta in i vuxen ålder. I samband med att ungdomen blir vuxen finns en risk att hen "tappas bort" i vårdkedjan, då det finns andra delar i livet som tar större plats. Idag är en strukturerad transitionsprocess inom övervikt och fetma när patienten går från barnsjukvård till vuxenvård i Sverige utvecklad alternativt icke existerande.

Forskning visar att en planerad övergångsprocess (transition) inom övervikt och fetma är nödvändig för att stärka patientens roll i vården och för att minska framtida komplikationer som kan uppstå orsakat av obehandlad övervikt och fetma. Dock har väldigt få studier genomförts där transitionsprocessen hos ungdomar med övervikt är i fokus. Kunskap om detta är viktig för att motverka övergångsprocesser utan tillräckligt stöd för individen vilket kan resultera i en låg delaktighet och att inte delta i kliniska träffar med vårdpersonal.

Transitionsprocessen är en viktig del i vårdkedjan som idag inte är tillräckligt vida känd och att det behövs en ökad kunskap hos vårdpersonal för en strukturerad transition.

Syfte

Syften med studien är att beskriva barnsjuksköterskors erfarenhet av transitionsprocessen när ungdomar med övervikt och fetma förflyttas från barn- och ungdomssjukvård till vuxensjukvård.

Metod

För att svara an på studiens syfte har en kvantitativ metod valts med enkät som datainsamlingsmetod där data bearbetas med hjälp av deskriptiv statistik. Med denna metod kan företeelser undersökas i nutid. Ett strategiskt urval innebär att individer som stämmer överens med de inklusionskriterier i en viss population väljs ut över ett visst tidsintervall (Polit & Beck, 2016).

Enkäternas utformning

En validerad enkät utformad av Bratt, Sparud-Lundin, Berghammer och Moons (2014) (Bilaga 1) användes som grund för datainsamlingen. Godkännande för att använda enkäten till detta examensarbete gavs av de som utformat enkäten. Efter tillstånd från enkätens skapare genomfördes viss modifiering av enkäten som bestod av att vissa frågor exkluderades då de inte ansågs relevanta för studiens syfte. Därefter lades den nya enkäten in i ett webprogram för att enkelt kunna skicka ut enkäten via mail till utvalda respondenter.

Innan enkäten skickades ut genomfördes en enkel pilotstudie av fyra kollegor verksamma inom barnsjukvård, två bekanta med erfarenhet av vuxensjukvård och en bekant utan förkunskap inom vård och omsorg. Testpersonerna fick bidra med förslag som kunde komma att förbättra förståeligheten och relevansen av frågorna. Detta är en metod som enligt Polit och Beck (2016) används för att testa enkätens reliabilitet och validitet. Efter pilotstudien genomfördes inga fler ändringar och kunde därefter skickas ut (Bilaga 2).

Enkäter valdes som datainsamlingsmetod då det är ett effektivt sätt att samla in mätbara data om studiens syfte (Polit & Beck, 2016).

Urval

Studiens syfte var att undersöka barnsjuksköterskors erfarenhet av transitionsprocessen från barn- till vuxenvård för ungdomar med övervikt och fetma i Sverige. Barnsjuksköterskor som i sitt arbete fokuserar på barn och ungdomar med övervikt och fetma valdes ut för att få ett representativt urval.

Studien baseras på ett strategiskt urval, där deltagarna i studien har valts ut via inklusionskriterier. Polit och Beck (2016) menar att ett strategiskt urval minskar risken för bias då endast de som stämmer överens med inklusionskriterierna erbjuds att delta i undersökningen. De inklusionskriterier som var aktuella i denna studie var:

Barnsjuksköterskor med fokus på obesitasvård för barn och ungdomar, oavsett kön, ålder och arbetslivserfarenhet.

Kontakt togs med ansvariga för BORIS som i sin tur kontaktade barnsjuksköterskor på barnmottagningar runtom i Sverige som eventuellt kunde vara intresserade av att delta i studien. Kontaktperson på BORIS-registret fick efter kontakt med studiens författare ta del av forskningspersonsinformation (FPI) (Bilaga 3), utformat enligt etikprövningsnämndens riktlinjer, samt en länk för den web-baserade enkäten för att få mer information om studiens syfte samt ge godkännande. Efter godkännande skickade kontaktpersonen en förfrågan till vårdpersonal som medverkar i BORIS om de var intresserade av att delta i studien.

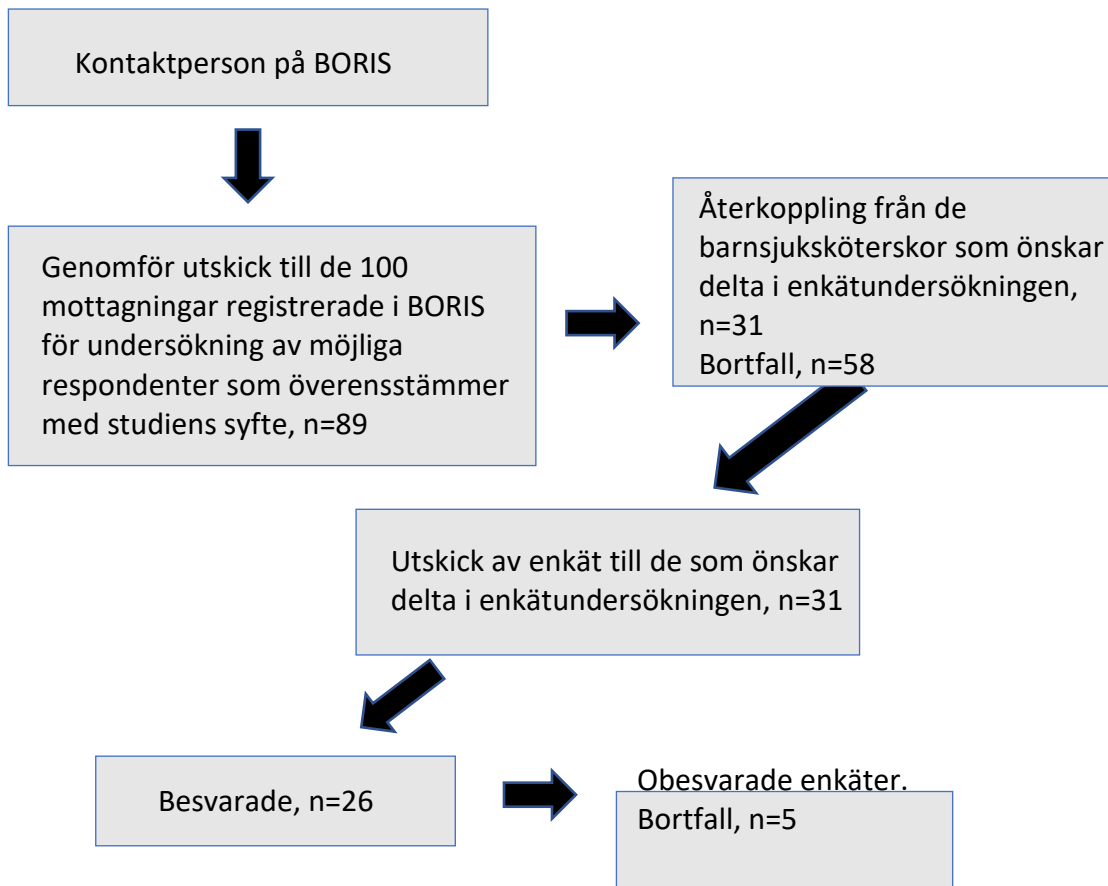
Datainsamling

Kontaktpersonen på BORIS kontaktade de 100 mottagningar som ingår registret, på 89 av dessa mottagningar fanns barnsjuksköterskor som stämde överens med studiens inklusionskriterier. Det fanns en barnsjuksköterska per mottagning (n=89). De barnsjuksköterskor som var intresserade av att delta fick därefter återkoppla till kontaktpersonen som i sin tur förmedlade detta till studieförfattarna. Totalt svarade 31 stycken att de var intresserade av att delta i studien. BORIS har medlemmar över hela landet, den geografiska spridningen är dock oklar då denna typ av ramdata saknades i enkäten.

Samtliga informanter fick ett mail med bifogad FPI (Bilaga 3) samt en länk för den web-baserade enkäten. Enkäten bestod av 11 fleralternativsfrågor, i slutet gavs möjlighet att lämna kommentarer till författarna. Här kunde informanterna lämna åsikter om enkäten eller om de hade ytterligare information de önskade att delge. Enkäten var lagrad i Google Drives formulärprogram. När informanterna var färdig med enkäten och valde att skicka in, sparades deras svar direkt i programmet och författarna kunde därefter följa enkätinsamlingen och se hur många som svarat. Då svaren på enkäten registreras direkt in i webprogrammet minskades risken att resultaten skulle tappas bort.

Datainsamlingen sträckte sig från 19.12.2017 till 15.01.2018, efter det stängdes webbenkäten för tillgång.

Av de 89 barnsjuksköterskor som uppfyllde studiens inklusionskriterier uppgav n=31 stycken att de var intresserade att delta i studien, detta ger ett oplanerat bortfall innan datasamling, n=58. Av de n=31 enkäter som skickades ut gavs svar på n=26. Detta ger ett oplanerat bortfall av n=5.



Figur 1. Flödesschema: En överblick av datainsamlingsprocessen

Dataanalys

Efter att respondenternas svar samlats in och lagrats i Google Drive kunde svarsfrekvenserna för varje fråga och svarsalternativ extraheras till Microsoft Excel. Författarna kontrollräknade svarsfrekvenserna för varje svarsalternativ vid överföringen till Excel. För att enkelt organisera och sammanfatta datamaterialet använde författarna en deskriptiv statistik som metod (Polit & Beck 2016). Materialet sammanfattades och komprimerades till siffror som sedan förtydligades i form av diagram. Datamaterialet presenterades därefter i resultatdelen tillsammans löpande text för att ge en beskrivande bild och en överblick för varje fråga och svarsalternativ (Polit & Beck, 2016).

Enkätens öppna fråga gav respondenterna möjlighet att lämna kommentarer som de ville delge författarna. Totalt lämnade fem respondenter kommentarer om sin erfarenhet och upplevelse av transitionsprocessen. Dessa svar analyserades med manifest innehållsanalys. Detta innebär att den text som presenteras inte har analyserats med syfte att nå en djupare tolkning av texten. Med denna analys kan slutsatser tolkas utan att förutfattade meningar påverkar resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatet av de öppna frågorna har kombinerats med det kvantitativa resultatet.

Etiska överväganden

Lagen om etikprövning som avser människor (SFS 2003:460) uppger att vid forskning som sker inom ramen för högskoleutbildning, krävs inget tillstånd av etikprövningsnämnden. Studien har därmed inte genomgått etisk prövning hos Etikprövningsnämnden. Forskningsetiska överväganden har gjorts av studiens författare i samråd med handledare där FPI samt studiens upplägg har granskats och godkänts. I samband med dessa överväganden har en risk-nytta analys genomförts där studiens nytta är större än riskerna. En risk som enkätstudien skulle kunna orsaka är tidsåtgången det tar för respondenterna att besvara, vilket skulle ta tid från deras verksamhet. Studiens författare anser att studiens resultat kan bidra med ny kunskap inom området och användas för framtida forskning.

Informations- och samtyckeskrav har följts enligt 16–18 § i SFS 2003:460. Stor vikt har lagts vid utformningen av FPI enligt de riktlinjerna från Etikprövningsnämnden (2016) för att ge så tydlig information som möjligt. Forskningspersoninformationen innehöll syftet för studien, hur datainsamling skulle gå till väga samt den anonymitet som deltagaren har rätt till. Vidare nämndes även vilka som är ansvariga för studiens utformning samt att den information som delges endast används för studiens ändamål.

Resultat

Resultatet i studien grundas på 26 besvarade av totalt 31 utskickade enkäter. Analysen av datamaterialet har utmynnat i tre huvudkategorier, *När bör transitionen inledas?*, *Under transitionsprocessen* samt *Transitionens avslutning*. Dessa tre huvudkategorier innehöll sedan subkategorierna *uppfattningar om lämplig ålder*, *andra faktorer av betydelse för ideal övergång*, *uppfattningar om delaktighet*, *informationsöverföring mellan barn- och vuxensjukvård* och *hinder*. Kategorierna belyser faktorer som speglar barnsjuksköterskors erfarenhet av hur transitionsprocessen ser ut idag. Svaren har sammanställts och förtydligats med utvalda diagram samt fri text. Respektive underrubrik för diagrammen kan härledas till frågorna på enkäten (Bilaga 2). De kommentarer som lämnats i slutet av enkäten läggs in som citat under tillhörande rubrik.

Samtliga respondenter har svarat på alla svarsalternativ, detta ger en tydlig blick över varje respondents åsikt på samtliga alternativ. Svarsfrekvensen på varje alternativ är för samtliga respondenter

När bör transitionen inledas?

Kategorin beskriver hur och när vårdpersonal anser att transitionsprocessen bör inledas. Subkategorier som framkommit vid analys av datamaterialet är barnsjuksköterskans *uppfattningar om lämplig ålder* och *andra faktorer av betydelse för ideal övergång*. Som diagrammen visar har respondenterna olika åsikter rörande uppfattning om lämplig ålder då ungdomen bör starta transitionsprocessen. Majoriteten anser att processen ska starta när ungdomen har uppnått en viss ålder (Figur 2) och enligt figur 3 är detta mellan 16 och 18 år.

Två tredjedelar ansåg även att psykosociala faktorer var avgörande för när patienten bör bli överflyttad från barn- till vuxensjukvården. Drygt hälften av respondenterna anser att processen bör ske när vårdgivaren tycker att ungdomen är redo, medan ungefär en tredjedel anser att det istället är när ungdomen själv anser sig redo (Figur 2). Att tillfråga ungdomen om

att skriva ned sina förväntningar och behov i samband med transition ansåg 2/3 av respondenterna ska ske innan överföringen (Figur 4).

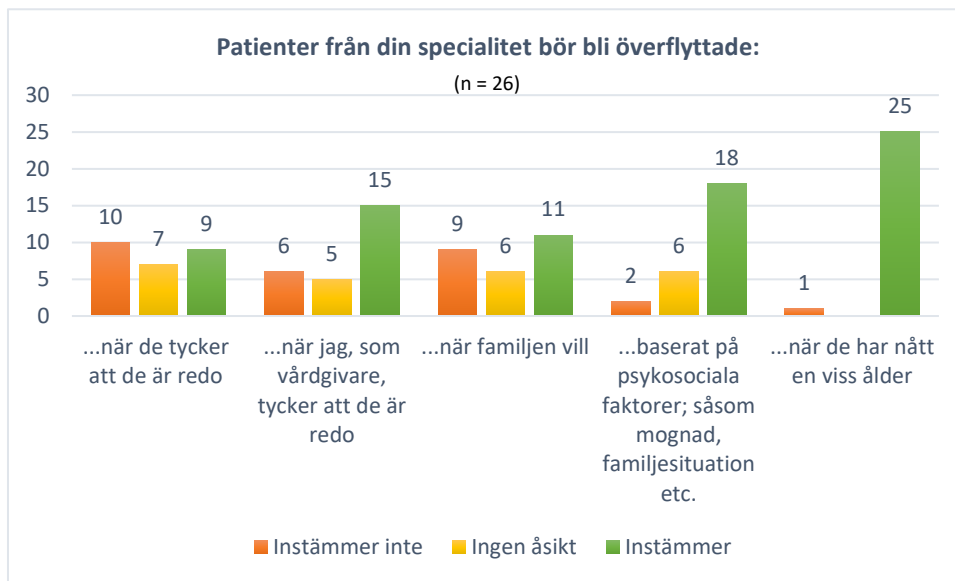


Fig. 2. Avgörande faktorer för överflyttning

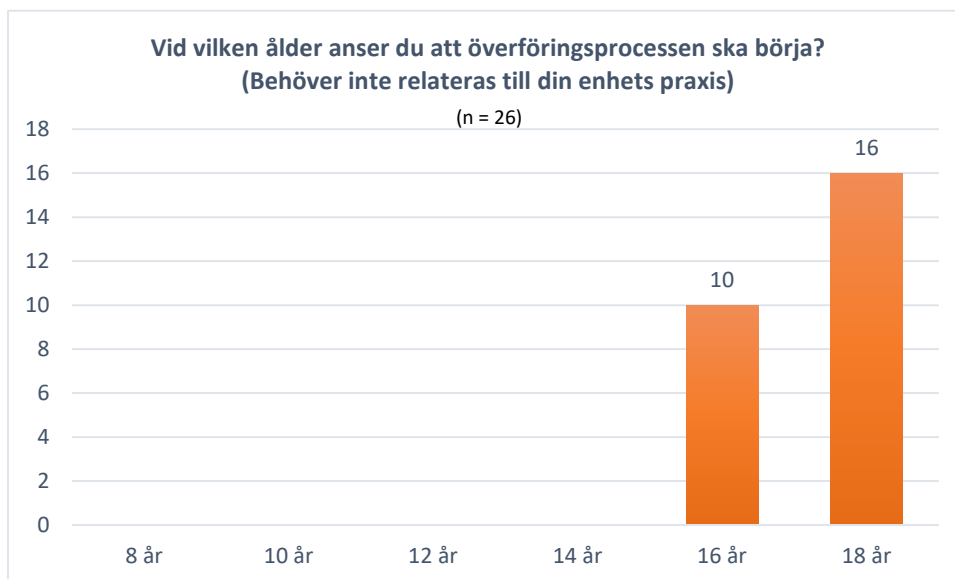


Fig. 3. Ålder vid transitionsprocessen

Under transitionsprocessen

Delaktighet och *informationsöverföring* är två viktiga delar för en lyckad transitionsprocess. Respondenternas svar visar att patientens delaktighet bör vara i fokus. Det framkommer även *hinder under processen* som kan försvåra en lyckad transition.

Uppfattningar om delaktighet

Nästan alla respondenter (96%) tyckte att patienten bör involveras i målformulering och beslutsfattande under överföringsprocessen. Medan drygt hälften ansåg att föräldrar och närstående ska involveras (Figur 4). Som exempel svarade en respondent:

Tycker inte att föräldrar ska vara inblandade i allt för stor grad då ungdomen är myndig vid 18 års ålder och bör ta eget ansvar. (Enkät 5)

Majoriteten av respondenterna ansåg även att patienten ska få stöd i utvecklingen av sin självständighet och egenvårdskompetens under tiden för transition (96%) (Figur 5). Vilket kopplas an till citatet:

Individualisering är viktig... För en del ungdomar är övergången inget konstigt alls, för andra besvärlig. (Enkät 8)

Samtliga respondenter ansåg att patienten bör få information om sin sjukdom och om symtom som kan leda till behov av sjukvård. Men även om framtida komplikationer som kan uppstå samt hur hen ska sköta om sin hälsa och sjukdom (Figur 6). Inför transitionen tycker respondenterna att ungdomen bör erbjudas direktkontakt, exempelvis via e-post, med den framtida mottagningen och att det ska finnas en skriftlig individuell överföringsplan. Hälften av respondenterna anser även att ungdomen bör erbjudas kontakt med andra ungdomar med samma tillstånd (Figur 5).

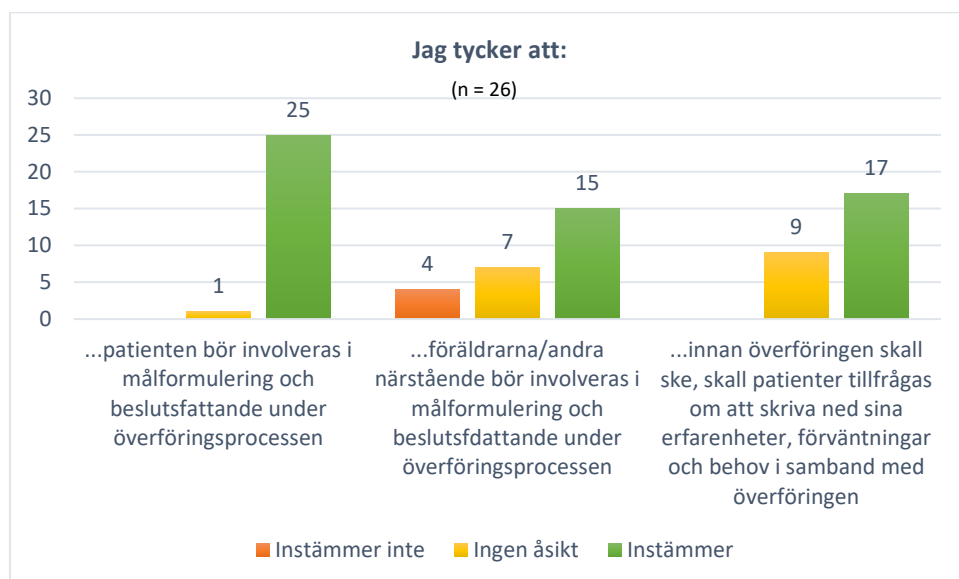


Fig. 4. Involvering i överföringen

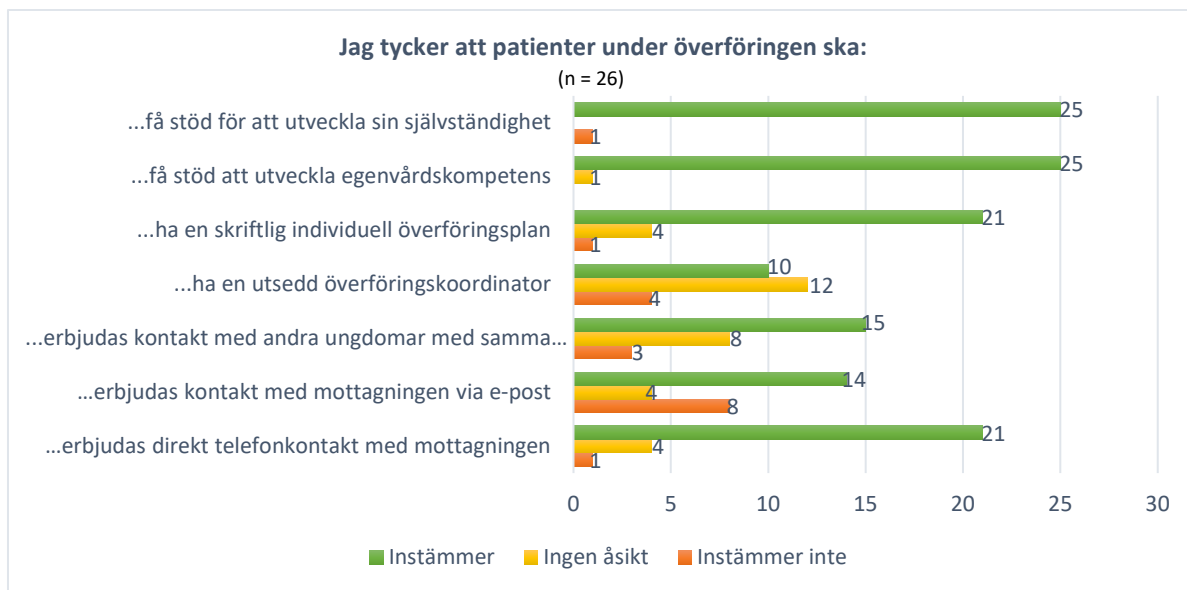


Fig. 5. Insatser vid överföringen

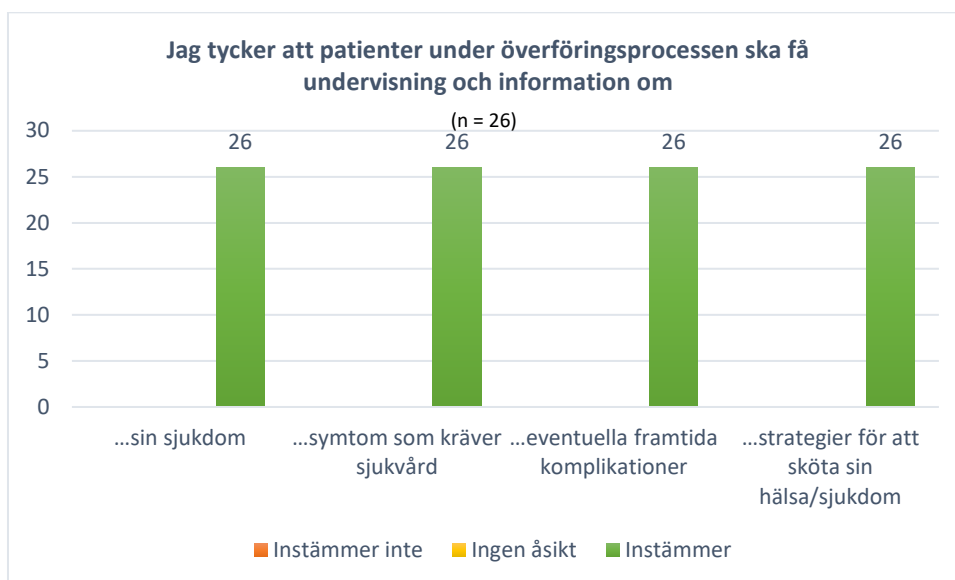


Fig. 6. Patientutbildning

Informationsöverföring mellan barn- och vuxensjukvård

Majoriteten av respondenterna svarade att informationsöverföringen mellan vårdinstanserna bör ske genom en skriftlig remiss (Figur 7). En stor del av respondenterna tyckte att ett möte mellan vårdinstanserna tillsammans med patienten och familjen bör vara ett tillvägagångssätt att föra över information (Figur 7). De som bör ingå i detta mötet är enligt respondenterna sjuksköterskor från både barn- och vuxensjukvården tillsammans med läkare från båda instanserna (Figur 8). För förslag på andra professioner som skulle kunna vara delaktiga, se figur 8. Drygt hälften av respondenterna tyckte inte att informationsöverföringen bör ske via telefonsamtal, SKYPE etc. (Figur 7).

När det gäller överföring till annan vårdnivå eller till vuxenvård är det viktigt att de som barnet haft kontakt med i teamet skall göra en sammanfattning. Vissa familjer alla i teamet, vissa bara en enda profession. (Enkät 12)

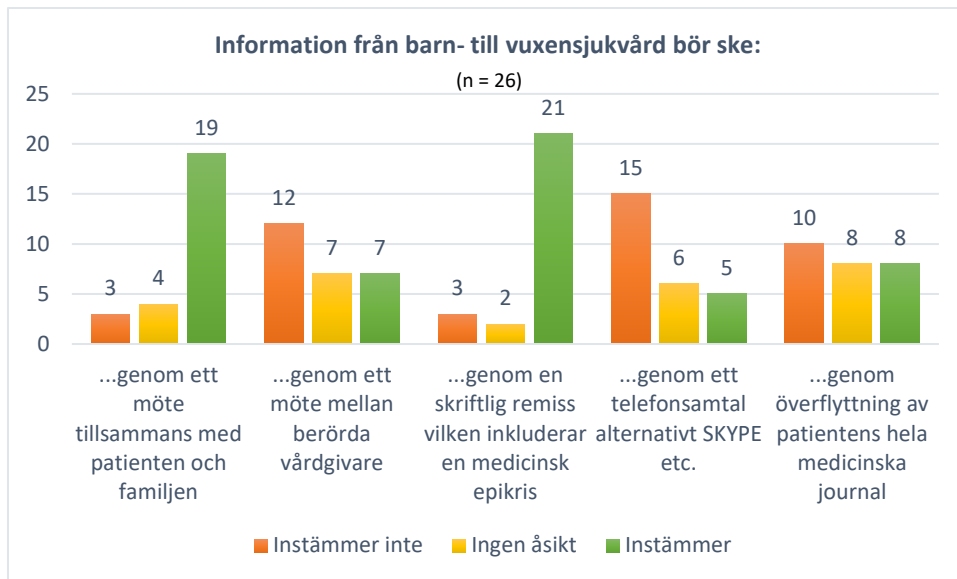


Fig. 7. Kommunikation med vuxensjukvården i samband med överföring

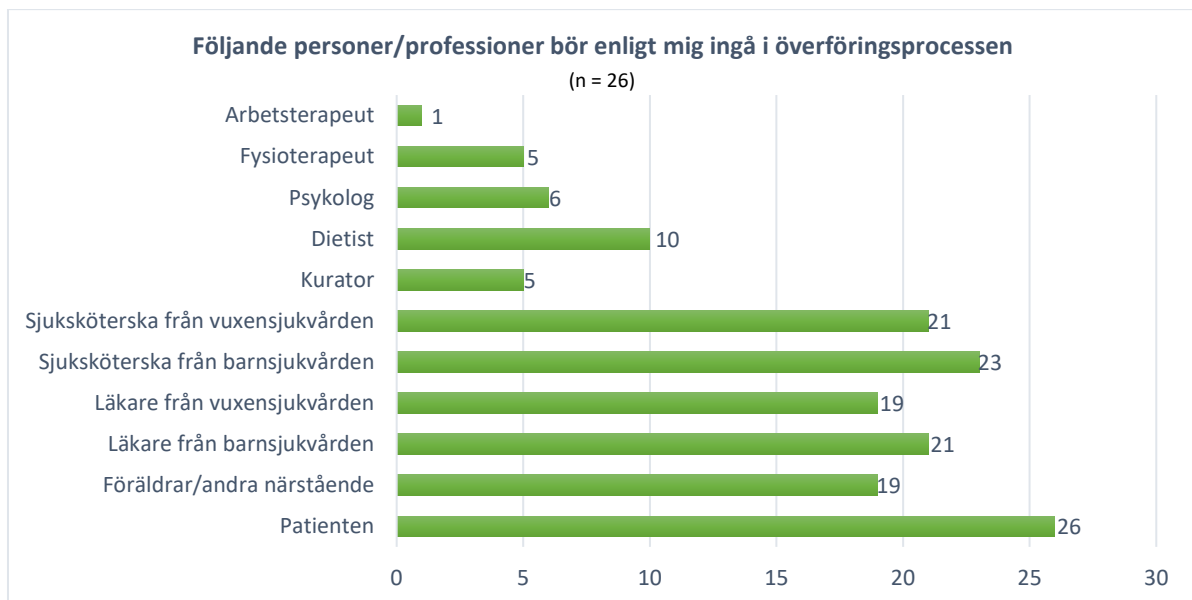


Fig. 8. Deltagare i överföringsprocessen

Hinder under processen

62% av respondenterna ansåg att en avsaknad av resurser respektive tidsbegränsning var ett hinder för en organiserad transitionsprocess. Ytterligare en utmärkande faktor var avsaknaden av en överföringskoordinator (Figur 9). 96% av de tillfrågade enheterna har idag ingen överföringskoordinator (figur 10) och 85% har inget formellt överföringsprogram (Figur 11).

Det otillräckliga stödet från vuxensjukvården var större än otillräckligheten från barnsjukvården. Vidare ansåg 1/3 av respondenterna att alla professioner som bör ingå (Se figur 8) inte finns representerade i det interprofessionella teamet. Däremot ansågs patientantalet inte som något hinder för en organiserad överföringsprocess (Figur 9)

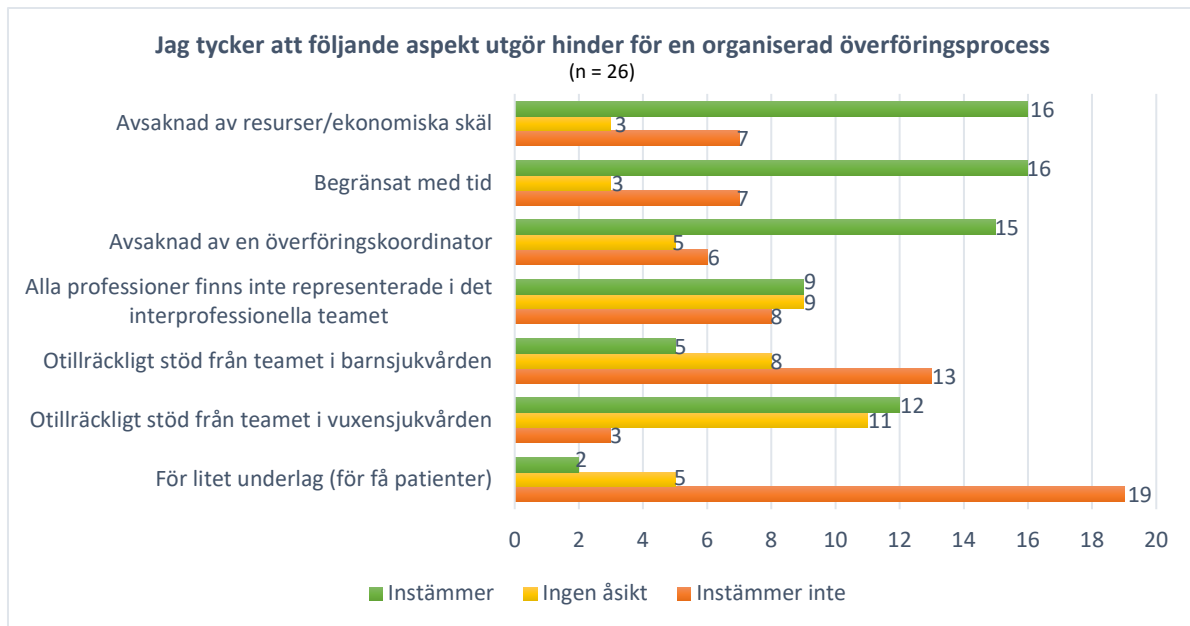


Fig. 9. Hinder i överföringsprocessen



Fig. 10. Möjlighet till överföring (transition)

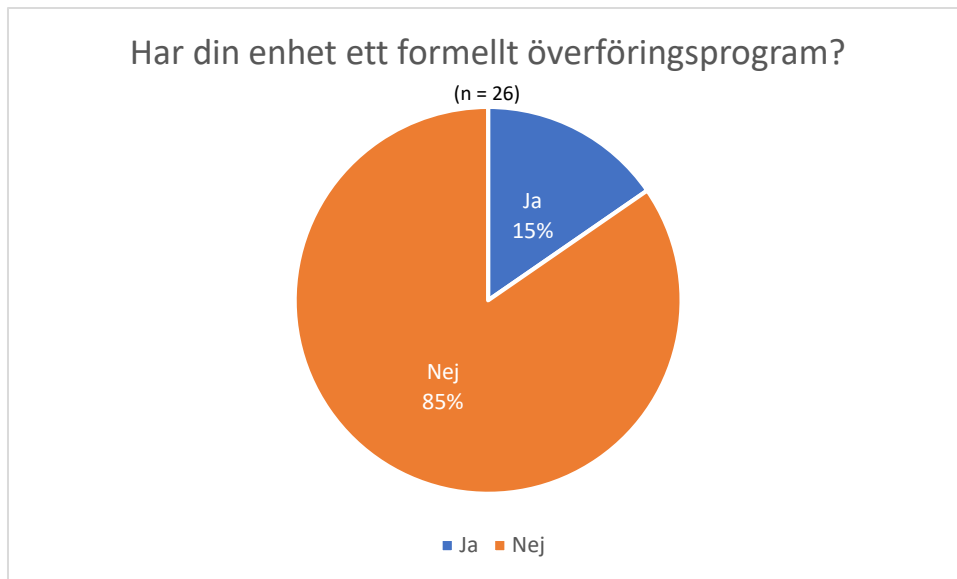


Fig. 11. Möjlighet till överföring (transition)

En av respondenterna uppgav:

I xxx finns ingen specialistteam/mottagningen att överföra pat till! Detta är väldigt beklagligt. (Enkät 17)

Transitionens avslutning

När ungdomen har nått vuxen ålder och vårdrelationen med barnsjukvården ska avslutas, anser majoriteten av enkätens respondenter (81%) att ungdomen inte bör fortsätta följas inom barnsjukvården. Istället bör ungdomen flyttas över till vuxensjukvården med inriktning inom samma specialitet, alternativt att det ska finnas en specialiserad klinik för ungdomar med långvariga sjukdomar. Hälften ansåg att ungdomen inte ska följas av en allmänläkare (Figur 12).

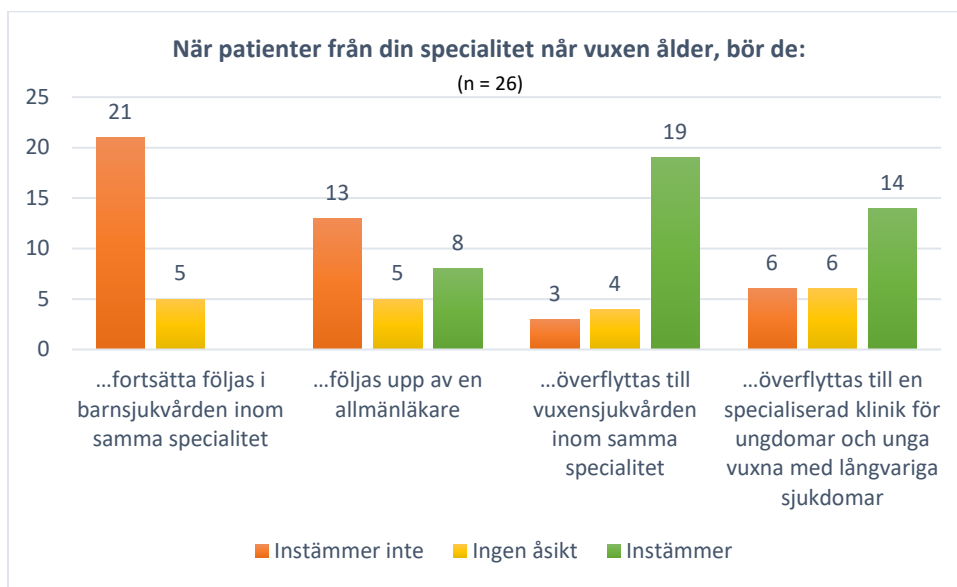


Fig. 12. Mottagande enhet

Genom ovanstående svar ges en bild av att transitionsprocessen för ungdomar med övervikt och fetma idag inte är fullt fungerade och behöver en få en tydligare struktur.

Om barnet/ungdomen har fetma är detta klassat som en kronisk sjukdom och bör därför behandlas därefter oavsett ålder och behov av vård. Som det är nu gå de flesta i behandling under ett par år för att sedan ”släppas”. I en perfekt värld borde barnen/ungdomar med fetma behandlas som vilken annan kronisk sjukdom som helst. När det gäller överföring till annan vårdnivå eller till vuxenvård är det viktigt att de som barnet haft kontakt med i teamet skal göra en sammanfattning. Vissa familjer träffar alla i teamet, vissa bara en enda profession. (Enkät 21)

Diskussion

Metoddiskussion

Enkäter

Webbaserade enkäter som metod har enligt Polit och Beck (2016) fördelarna att de är kostnadseffektiva, ett stort urval kan enkelt uppnås och informanternas anonymitet säkerställs. Det finns inte heller någon risk för intervjubias vilket innebär att intervjuare respektive informanter påverkas av varandras frågor och svar (Polit & Beck, 2016). En webbaserad enkät är även lättare för informanterna att ta sig tid till att svara på då de enkelt kan genomföra den från en dator på valfri plats. Vidare krävs inga större insatser från informanterna då svaren sparas i webprogrammets databas när de trycker att de är klara. Detta kan gynna studiens svarsfrekvens då informanterna själva inte behöver lägga egen tid på att skicka in enkätsvaren (Polit & Beck, 2016).

Nackdelar med enkätstudier är att svarsfrekvensen tenderar att vara mindre än vid kvalitativa intervjustudier samt att möjligheten för informanten att ställa följdfrågor inte finns (Polit &

Beck, 2016).

Respondenterna gavs på majoriteten av frågorna möjligheten att svara på flera alternativ. Detta då författarna önskade få svar om vad respondenterna hade för åsikter om samtliga svar. Hade respondenterna endast kunnat välja ett svar per fråga eller rangordna varje alternativ, hade detta kunnat visa på vad respondenterna ansåg som mest väsentligt.

Validitet och reliabilitet

Genom att använda en färdig enkät som är testad i en tidigare studie är risken för att frågorna ska missuppfattas liten, detta då frågorna i enkäten är prövade och enkla att förstå. Detta ökar enligt Polit och Beck (2016) validiteten i studien. I denna studie skrevs vissa av frågorna om för att passa studiens problemformulering och syfte, vilket ökar validiteten.

En enkel pilotstudie genomfördes för att kontrollera förståelsen och tydligheten i enkäten, detta kan öka reliabiliteten i studiens resultat (Polit & Beck, 2016). Trost (2012) uppger att frågor som ingår i en enkät bör vara enkla och okomplicerade för att frågorna inte ska missförstås.

Deskriptiv statistik som metod ökar den externa validiteten i studien då resultat och inhämtade data kan sammanfattas, komprimeras och ge en samlad bild av det som avses att studeras (Polit & Beck, 2016). En sammanfattning av det insamlade materialet och en komprimering till siffror och diagram kan ge läsaren en tydligare överblick över de inkluderade respondenternas svar (Polit & Beck, 2016).

Genom att använda en manifest innehållsanalys gör författarna inte någon vidare tolkning av texten för att nå en djupare tolkning vad som menas. Istället anges det som står i texten och slutsatser kan tolkas utan förutfattade meningar (Graneheim & Lundman, 2004).

En begränsning för studien var att många av de tillfrågade inte önskade delta i studien. Någon anledning till detta gavs inte. Av 89 potentiella respondenter uppgav 31 att de var intresserade att delta i enkätundersökningen som sedan resulterade i totalt 26 stycken besvarade enkäter. Det ger ett faktiskt bortfall på 70% (n=58). Svarsfrekvensen för studien är därmed 30%. Polit och Beck (2016) beskriver att vid en svarsfrekvens >65% kan en enkätstudie tolkas som tillförlitlig.

Polit & Beck (2016) beskriver att strategier för att öka deltagarantalet och därmed även svarsfrekvensen för en studie kan vara att sätta en intressant rubrik för studien, men även en bra motivering om varför studien genomförs. I enkäten tas frågor om hinder för transitionsprocessen upp, men ingenting om främjande faktorer för processen. Detta hade kunnat utveckla resultatdelen och ge en mer övergripande bild.

Urval

Barnsjuksköterskor runt om i Sverige, med erfarenhet av ungdomar med övervikt, har deltagit i studien. Detta ger ett representativt urval då det är en geografisk spridning av respondenter. Dock fanns det i enkäten ingen frågeställning om respondenternas ålder eller om hur länge de har varit anställda på sin nuvarande position. Det fanns inte heller någon frågeställning om var i landet de hade sin anställning. En frågeställning om detta hade kunnat ge en demografisk uppdelning och en djupare analys av resultatet (Polit & Beck, 2016).

Samtliga av studiens respondenter har innan enkäter skickades ut tagit del av FPI där information om studiens syfte, tillvägagångssätt samt att deltagandet är frivilligt. Polit & Beck (2016) beskriver att en tydlig och välutformad FPI kan öka svarsfrekvensen i en studie.

Resultatdiskussion

Via de insamlade enkätundersökningarna framkommer det att majoriteten av respondenterna anser att ungdomen bör lämna barnsjukvården vid 18 års ålder och att det då ska finnas ett framarbetat transitionsprogram, vilket endast fyra av respondenterna uppgav fanns på deras arbetsplats. Processen bör utifrån studiens resultat innehålla information och undervisning rörande sjukdomen i sig samt dess komplikationer för att öka möjligheterna till en framgångsrik egenvård. Fokus i transitionsprocessen ska vara patienten och hans egna mål och tankar kring vidare vård. Det största hindret för en lyckad transition är idag enligt respondenterna avsaknad av tid och ekonomiska resurser.

Ur resultatdelen framkom tre huvudkategorier och fem subkategorier som författarna valde att fokusera på.

När bör transitionen inledas?

Uppfattningar om lämplig ålder

Majoriteten av respondenterna ansåg att transitionsprocessen bör initieras när ungdomen nått 18 respektive 16 års ålder. Tidigare forskning visar dock på att för att uppnå en lyckad transition bör övergången redan initieras vid 12 års ålder (Sharma et al., 2014). Zhou et al. (2016) har föreslår att den optimala tidpunkten för inledning av transitionsprocessen är tidiga tonåren (11–12 år) eller då diagnosen fastställs, medan det även argumenteras för att transitionsprocessen bör ske vid 14 års ålder eller senare. Detta styrks även av McManus et al. (2015), som uppger att en planerad transitionsprocess bör starta i den tidiga ungdomen (åldrarna 12–14 år) för alla ungdomar, inklusive de med särskilda vårdbehov.

För patienter med övervikt och fetma kan det dock vara svårt att få en ”exakt” tidpunkt då förberedelserna ska ske, då övervikten kan debutera i både tidig och sen ålder. En annan faktor som kan försvåra förberedelsearbetet är bedömningen om patientens övervikt kommer vara kvar när hen blir äldre (Andersson et al., 2016; Sharma et al., 2014)

Studiens resultat visar på att 25 av respondenterna anser att tiden för överflyttning till vuxensjukvård bör ske när patienten har nått en viss ålder. Endast nio av de tillfrågade ansåg att tiden bör ske när patienten själv är redo. Zhou et al. (2016) har även resonerat om den föredragna tiden då transitionen till vuxensjukvård bör ske och föreslår att tidpunkten bör vara relaterad till kronologisk ålder.

Även om vissa system förespråkar en viss ålder för en lämplig tid för transition, är kognitiv utveckling, oavsett ålder, en bättre indikator för när transitionsprocessen bör ske (Sharma et al. 2014).

Andra faktorer av betydelse för ideal övergång

Tidpunkten för transition bör inte förlita sig på den kronologiska åldern, utan istället baseras på ungdomens mognadsgrad och ansvarstagande (Zhou et al., 2016) vilket 18 av studiens respondenter instämmer med. Dock kan det i resultatdelen inte utläsas hur många som anser att det är åldern eller mognadsgraden som är den mest avgörande faktorn.

Respondenterna i studien anser att ungdomen ska få möjlighet till att skriva ned sina förväntningar och behov i samband med transitionen. Att detta är en viktig del i förberedandet för transitionsprocessen kan styrkas via tidigare forskning som visar på patienter som inte ingått i en förberedande transitionsprocess uttryckte negativa känslor mot tanken på att gå över till vuxensjukvården. De hade en stark oro vid tanken på den kommande transitionen eller var ovilliga att genomföra den då de kände sig osäkra och oförberedda. Detta var främst relaterat till en avsaknad av information och förberedelse inför transitionen från barn- till vuxensjukvård (Zhou et al., 2016). Ett transitionsprogram kan enligt Westwood, Langerak och Fieggen (2014) innebära besök till vuxenvården, presentation av överföringskoordinator samt mental förberedelse för ungdomen inför en kommande transition vilket kommer leda till en ökad trygghet för ungdomen.

Under transitionsprocessen

Uppfattningar om delaktighet

Sharma et al. (2014) uppger att förberedelsen för transition bör ske i tidiga tonåren och bör innefatta individuell planering och kompetensutveckling hos den enskilda patienten. Genom en dialog med ungdomen och hans föräldrar, fortsätter processen över tid för att försäkra förberedelse och planering för vuxensjukvården när ungdomen når 18 års ålder.

Transitionsprocessen fortsätter fram till det att ungdomen är integrerad i vuxensjukvården.

Ett viktigt mål för transitionsprocessen är att förbättra ungdomens självhantering, detta kan nås genom utbildning och information om hälsotillståndet där ungdomen är i fokus (Sharma et al., 2014; Zhou et al, 2016). 25 av de 26 respondenter i studien anser att ungdomen bör få stöd för att utveckla sin självständighet och egenvårdskompetens. Det framkommer även att 25 stycken anser att patienten bör involveras i målformulering och eget beslutsfattande i transitionsprocessen. Samtliga respondenter anser att patienten bör erhålla information om sin sjukdom, symtom då de ska uppsöka vård samt eventuella framtida komplikationer som kan uppstå.

Informationsöverföring mellan barn- och vuxensjukvård

21 respondenter anser att överföringen av information mellan barn- och vuxensjukvården bör ske genom en skriftlig remiss där en medicinsk epikris är inkluderad. 19 ansåg att informationen bör ske genom ett möte tillsammans med patienten och familjen, medan endast 7 respondenter uppgav att det bör ske genom ett möte mellan berörda vårdgivare. Trots att dagens specialiserade vård ofta är inriktat mot antingen barn eller vuxna. Vilket kan leda till att ungdomar och unga vuxna hamnar i kläm. Detta orsakas av att barnsjukvården främst är omhändertagande, medan vuxenvården kräver större självständighet och egen mognad. I ett långsiktigt perspektiv kan barnsjukvården motverka ungdomens mognad, medan vuxensjukvården i sin tur kräver för mycket mognad av ungdomen.

Westwood, Langerak, Fieggen (2014) belyser vikten av ett gemensamt möte mellan patient samt vårdpersonal från barn- och vuxensjukvård för att minska glappet mellan de två instanserna och därmed en smidigare övergång.

Endast en av respondenterna uppgav att det fanns en överföringskoordinator vid dennes enhet. Van Wallegghem, MacDonald och Dean (2008) uppger att en överföringskoordinator minskar risken för bortfall av patienter efter tiden för transition från barn- till vuxensjukvård. För de patienter som hade en närvaro av en överföringskoordinator vid transitionsprocessen var bortfallet endast 11% vid uppföljande återbesök i vuxensjukvården. Jämfört med 40% hos de patienter som inte hade stöd från en överföringskoordinator.

Vidare uppger Westwood et al. (2014) att en koordinator är bryggan mellan de båda enheterna och fungerar som en trygghet för både patient och vårdgivare.

Hinder under processen

Endast fyra respondenter för studien uppgav att deras enhet har ett formellt transitionsprogram. Avsaknad av ett strukturerat transitionsprogram leder enligt Zhou et al. (2016) till att patienter upplever en otillfredsställd övergångsprocess beroende på bristande samordning av processen samt otillgänglighet av struktur. Den bristande samordningen hade kunnat åtgärdas av närvaron av en överföringskoordinator (Westwood et al., 2014), vilket studien visar på saknas i dagens vård. Vidare beskriver Zhou et al. (2016) ytterligare hinder orsakat av avsaknad koordinator, dessa är otillräcklig förberedelse inför transitionen, inte erhöill någon information från vuxensjukvården, inte blev erbjudna något besök till vuxensjukvården innan transitionen genomfördes och att det var en dålig kommunikation mellan de båda sjukvårdsinstanserna.

Andra hinder som framkommer i studiens resultat är en brist på resurser, ekonomi och tid. Vilket även nämns av Westwood et al. (2014) som de större orsakerna till en misslyckad transitionsprocess.

Transitionens avslutning

Studien visar på att respondenterna anser att ungdomen ska överflyttas till vuxenvården, dock är resultatet något otydligt om var de verkligen ska ta vägen. Detta kan vara tecken på att det behövs en struktur i överföringen.

Som tidigare påpekats är barn- och vuxensjukvården stor och patienterna upplevde efter en flytt till vuxensjukvården, utmaningar och utmärkande skillnader mellan de två vårdinstanserna. I allmänhet var de patienter som genomgått en strukturerad transitionsprocess nöjda och upplevde transitionen som en möjlighet för individuell tillväxt och stärkande i sin självhantering. Patienter som inte ingått i en transitionsprocess var mindre tillfredsställda och de fick även en känsla av att bli tvingade in i vuxensjukvården (Zhou et al., 2016).

Slutsatser

Fyra punkter som framkommer om barnsjuksköterskans erfarenhet av transitionsprocessen idag för ungdomar med övervikt och fetma är:

- Övergången bör ske vid 18 års ålder.
- Avsaknad av ett formellt transitionsprogram och en överföringskoordinator.
- Brist på tid och resurser i organisationen.
- Svårigheter i att veta vem som ska ta över vårdandet av ungdomen.

Som tidigare forskning visar ses övervikt idag som ett självförvållat hälsoproblem och inte som en sjukdom trots att den klassas som det. Inom andra sjukdomskategorier så som barnkardiologi samt barnonkologi finns idag framarbetade och väl fungerade transitionsprogram. Detta kan bero på att det finns mer tid och resurser inom dessa verksamheter och på så sätt finns möjligheten att prioritera utvecklingen av behandlingar och långsiktigheten för just dessa tillstånd. Samma fokus läggs tyvärr inte på övervikt och fetma, vilket kan tolkas orsakat av stigmatisering.

Den obehandlade sjukdomen kan i framtiden leda till en rad olika följsjukdomar som i sig kan orsaka större kostnader för hälso- och sjukvården samt samhället. Även den enskilda individen vinner på tidiga och ihållande insatser som minskar risken för personligt lidande, sjukskrivningar och en rad olika följdkomplikationer. Dagens brist på en välfungerande transition kan för ungdomen leda till en känsla av övergivenhet då hen inte vet vad som följer efter den dagen hen lämnar barnsjukvården. Detta tyder på att sjukvården inte har tagit till sig den forskning som visar på att närvaron av en strukturerad transitionsprocess och en transitionskoordinator är nyckeln till en trygg och framgångsrik övergång till vuxensjukvården.

Kliniska implikationer

Tidigare forskning som har presenterats i denna studie i kombination med resultatet från enkäterna visar att en transitionsprocess är av stor vikt för en lyckad övergång mellan barn- och vuxensjukvård. Dessvärre ser inte verkligheten ut så idag. Familjen och ungdomen behöver stöd för att utveckla ungdomens egenvårdsförmåga och ansvarstagande inför de kommande utmaningarna det innebär att bli vuxen.

Framtida forskning

Studiens resultat visar på att vidare forskning inom området behövs. Större enkätundersökningar kombinerat med djupgående intervjuer för att ge informanten möjlighet att ge sin subjektiva åsikt vilket kan leda till djupare förståelse och belysning av problemet. Vilket i sin tur kan möjliggöra förbättring och skapa en tryggare vård för den unga vuxna.

Referenslista

- Andersson, K., Shadloo, M. & Rudolfsson, G. (2016). Growing as a Human Being – Obese Adolescents' Experiences of the Changing Body. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 53–62.
Doi: 20.1016/j.pedn.2015.07007
- Asp, A., Bratt, E-L. & Bramhagen A. C. (2015). Transfer to Adult Care—Experiences of Young Adults with Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(5), 3-10.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Benzein E., Hagberg M. & Saveman B-I. (2012). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

- Benzein E., Hagberg M. & Saveman B-I. (2014). *Familj och sociala relationer*, I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur, ss. 69–88.
- Bowen, M. E., Henske, J. A. & Potter, A. (2010). Health care transition in adolescents and young adults with diabetes. *Clinical Diabetes*, 28(3), 99–106.
Doi: 10.2337/diaclin.28.3.99
- Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication.
- Christie, D. & Viner, R. (2009). Chronic illness and transition: time for action. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 20(3), 981-987.
- Crowley, R., Wolfe., Lock, K. & McKee, M. (2011). Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 96(6), 548-553.
doi: 10.1136/adc.2010.202473.
- Daw, J., Margolis, R. & Wright, L. (2017). Emerging Adulthood, Emergent Health Lifestyles: Sociodemographic Determinants of Trajectories of Smoking, Binge Drinking, Obesity, and Sedentary Behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 58(2), 181-197.
Doi: 10.1177/0022146517702421
- Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- Forbes, A., While, A., Ullman, R., Lewis, S., Mathes, L. & Griffiths, P. (2001). A multi-method review to identify components of practice which may promote continuity in the transition from child to adult care for young people with chronic illness or disability. Hämtad 2017-12-13 från:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.3915&rep=rep1&type=pdf>
London, UK: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization Research & Development.
- Gibson, LY., Allen, KL., Davis, E., Blair, E., Zubrick SR., & Byrne, SM. (2017) The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. *European Journal of Pediatrics*, 176(7), 925-933
doi: 10.1007/s00431-017-2931-y.
- Havnesköld, K. & Risholm Mothander, P. (2010). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Holm Ivarsson B. (2009). *MI- motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*.

Gothia förlag AB.

Hwang, P. & Nilsson, B. (2011) .*Utvecklingspsykologi*.
Stockholm: Natur & Kultur.

Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health.
Obesity Reviews, 5(1), 4-85.
doi: 10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x

McManus, M., White, P., Barbour, A., Downing, B., Hawkins, K., Quion, N., Tuchman, L., Cooley, WC. & McAllister, JW. (2015). Pediatric to adult transition: A quality improvement model for primary care.
Journal of Adolescent Health, 56(1), 73-78.
doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.006.

Napolitano, MA., Whiteley, JA., Mavredes, MN., Faro, J., DiPietro, J., Hayman, LL., Neighbors CJ. & Simmens, S. (2017). Using social media to deliver weight loss programming to young adults: Design and rationale for the Healthy Body Healthy U (HBHU) trial.
Contemporary clinical trials, (60), 1-13.
doi: 10.1016/j.cct.2017.06.007.

Osterkamp, E. M., Costanzo, A. J., Ehrhardt, B. S. & Gormley, D. K. (2013). Transition of care for adolescent patients with chronic illness: education for nurses.
The Journal of Continuing Education in Nursing., 44(1), 38–42.

Peter, N. G., Fork, C. M., Ginsburg, K. R. & Schwarz, D. F. (2009).
Transition from pediatric to adult care: Internists' perspectives.
Pediatrics, 123(2), 417–423.
doi: 10.1542/peds.2008-0740

Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Vol. 10th). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Por, J., Golberg, P. J., Lennox, V., Burr, P. & Dennard, L. (2003).
Transition of care: Health care professionals' view.
Journal of Nursing Management, 12(5), 354–361.
Doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00428.x

Region Uppsala. (2017). Vårdprogram för Uppsala-Örebroregionen, Övervikt och fetma hos barn och ungdomar - prevention och behandling.
Hämtad 2018-01-09 från: https://www.regionuppsala.se/Global/PV/Sjukvård/Hälsa_och_Livsstil/Övervikt/Regionalt_vårdprogram_Övervikt_och_fetma_hos_barn_och_ungdomar_2017.pdf

Riksföreningen för barnsjuksköterskor. (2016) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.
Hämtad 2017-12-28 från:
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk->

sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/barn_ssk_spec.kompetensbeskrivn.pdf

Rosen, D. S., Blum, R. W., Britto, M. Sawyer, S. M., & Siegel, D. M. (2003). Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions. *The Journal of Adolescent Health*. 33(4), 309–311

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

Sharma, N., O'Hare, K., Antonelli, RC. & Sawicki, GS. (2014) Transition Care: Future directions in education, health policy, and outcomes research *Academic Pediatrics*, 14(2), 120–127.
doi: 10.1016/j.acap.2013.11.007

Shrewsbury, VA., Baur, LA., Nguyen B. & Steinbeck, KS. (2014). Transition to adult care in adolescent obesity: a systematic review and why it is a neglected topic. *International Journal of Obesity*. 38(4), 475-479.
Doi: 10.1038/ijo.2013.215.

Steinbeck, KS., Brodie, L. & Towns, SJ. (2007). Transition care for young people with chronic illness. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 19(3), 295-303.

Sturrock, T., Masterson, L., & Steinbeck, K. (2007). Adolescent appropriate care in an adult hospital: The use of a youth care plan. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 49-53.

Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., Komesaroff, P. A. (2008). Being “fat” in today’s world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*, 11(4), 321-330.
Doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x

Tuchman, LK., Slap, GB. & Britto, MT. (2008). Transition to adult care: experiences and expectations of adolescents with a chronic illness. *Child: care, health and development*, 34(5):557-63.
Doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00844.x.

Socialstyrelsen (2018). BORIS
Hämtad 2018-01-07 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/borisbarnobesitasregisterisver>

Socialstyrelsen (2018). Barns hälsa
Hämtad 2018-01-10 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnshalsa>

Sparud-Lundin, C., Berghammer, M., Moons, P. & Bratt, E-L. (2017). Health care providers' attitudes towards transfer and transition in young persons with long term illness- a web-based survey.

BMC Health Services Research. 17:260.

Doi: 10.1186/s12913-017-2192-5

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

Vårdgivare Skåne (2017). Övervikt hos barn

Hämtad 2017-12-21 från: <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/medicinska-omraden/barn-och-ungdom/ako/overvikt-hos-barn/-navigation-link-6>

Van Walleggem, N., MacDonald, C. & Dean, H. (2008). Evaluation of a Systems Navigator Model for Transition From Pediatric to Adult Care for Young Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 31(8), 1529–1530.

doi: 10.2337/dc07-2247

Westwood, A., Langerak, N. & Fieggen, G. (2014). Transition from child- to adult-orientated care for children with long-term health conditions: a process, not an event.

South African Medical Journal, 104(4), 310–313.

doi: 10.7196/SAMJ.8201

World Health Organization [WHO]. (2018). *Obesity and overweight*.

Geneva: World Health Organization.

Hämtad 2018-01-12 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Zhou, H., Roberts, P., Dhaliwal, S. & Della, P. (2016). Transitioning adolescent and young adults with chronic disease and/or disabilities from pediatric to adult care services - an integrative review.

Journal of Clinical Nursing, 25(21-22), 3113-3130.

doi: 10.1111/jocn.13326

Bilagor

Bilaga 1. Enkät av Bratt, Sparud-Lundin, Berghammer och Moons (2014)

ATTITUDE

Attitudes on Transfer and Transition Instrument To be Used in aDolescent care

Developed by Bratt EL, Sparud-Lundin C, Berghammer M, Moons P, 2014 (© EL Bratt, 2014)
Based in part on: Hilderson D, Moons P, Westhovens R, Wouters C. Attitudes of rheumatology practitioners toward transition and transfer from pediatric to adult healthcare. *Rheumatology International* 2012; 32: 3887-3896.

INSTRUKTIONER

Detta frågeformulär syftar till att kartlägga attityder hos sjukvårdspersonal kring överföringsprocessen av ungdomar och unga vuxna med långvariga sjukdomstillstånd. Var vänlig och markera med ett kryss i rutan som bäst överensstämmer med din åsikt. Det är alltså inte din enhets rutiner som efterfrågas i första hand om inte detta särskilt uttrycks i frågan.

ATTITYDER KRING ÖVERFLYTTNING

Definition av överflyttning:

En händelse eller en serie av händelser där ungdomar eller unga vuxna med långvariga sjukdomstillstånd byter vårdgivare från barnsjukvård till vuxensjukvård (enligt Knauth et al, 2006).

	Instämmer inte alls	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer	Instämmer helt
MOTTAGANDE ENHET					
När patienter från din specialitet når vuxen ålder, bör de:					
1 ...fortsätta följas i barnsjukvården inom samma specialitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ...följas upp av en allmänläkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ...överflyttas till vuxensjukvården inom samma specialitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ...överflyttas till en specialiserad klinik för ungdomar och unga vuxna med långvariga sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVGÖRANDE FAKTORER FÖR ÖVERFLYTTNING					
Patienter från din specialitet bör bli överflyttade:					
5 ...när de tycker att de är redo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ...när, jag som vårdgivare, tycker att de är redo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ...när familjen vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ...när de är i ett medicinskt stabilt tillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ...när de planerar en graviditet eller är gravida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ...baserat på psykosociala faktorer; såsom mognad, familjesituation etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ...när de har nått en viss ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du instämmer till ngn del eller helt i fråga nr 11, vid vilken ålder anser du att patienten bör överflyttas?

Vid ...års ålder

		<i>Instämmer inte alls</i>	<i>Instämmer inte</i>	<i>Ingen åsikt</i>	<i>Instämmer</i>	<i>Instämmer helt</i>
KOMMUNIKATION MED VUXENSJUKVÅRDEN I SAMBAND MED ÖVERFLYTTNING						
Information från barn- till vuxensjukvård bör ske:						
12	...genom ett möte tillsammans med patienten och familjen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	...genom ett möte mellan berörda vårdgivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	...genom en skriftlig remiss vilken inkluderar en medicinsk epikris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	...genom ett telefonsamtal alternativt SKYPE etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	...vid ett gemensamt mottagningsbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	...genom överflyttning av patientens hela medicinska journal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du har ytterligare kommentarer kring överflyttning, var vänlig skriv nedan:

.....

.....

.....

ATTITYDER KRING ÖVERFÖRING (transition)

Definition för överföring: En målinriktad, planerad process som tillgodoser medicinska, psykosociala samt utbildnings/yrkesrelaterade behov hos ungdomar och unga vuxna med långvariga sjukdomstillstånd i samband med överflyttning från barnsjukvård till vuxensjukvård (Rosen et al , 2003).

Har din enhet ett formellt överföringsprogram?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej	
Vid vilken ålder anser du att överföringsprocessen ska börja? (behöver inte relateras till din enhets praxis)	<input type="checkbox"/> 8 år	<input type="checkbox"/> 10 år	<input type="checkbox"/> 12 år	
	<input type="checkbox"/> 14 år	<input type="checkbox"/> 16 år	<input type="checkbox"/> 18 år	

Definition "transitionskoordinator": Koordinator för vårdinsatser under överföringsprocessen för ungdomar med långvariga sjukdomstillstånd. Överföringskoordinatorn bör utveckla standardiserade rutiner i verksamheten, samordna olika professioners insatser, utveckla patientinformation (material och metoder) för unga och deras familjer samt samordna och initiering av överföringsteam (Betz & Redcay, 2005).

20. Har ni någon överföringskoordinator vid er enhet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
---	-----------------------------	------------------------------

	<i>Instämmer inte alls</i>	<i>Instämmer inte</i>	<i>Ingen åsikt</i>	<i>Instämmer</i>	<i>Instämmer helt</i>	<i>Inte aktuellt</i>
DELTAGARE I ÖVERFÖRINGSPROCESSEN INOM DIN SPECIALITET						
Följande personer/professioner ska ingå som en aktiv partner i överföringsprocessen:						
21 Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Föräldrar/andra närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Läkare från barnsjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Läkare från vuxensjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Sjuksköterska från barnsjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Sjuksköterska från vuxensjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Kurator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Dietist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Instämmer inte alls</i>	<i>Instämmer inte</i>	<i>Ingen åsikt</i>	<i>Instämmer</i>	<i>Instämmer helt</i>
HINDER I ÖVERFÖRINGSPROCESSEN					
Jag tycker att följande aspekter utgör hinder för en organiserad överföring					
32	För litet underlag (för få patienter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Otillräckligt stöd från teamet i vuxensjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Otillräckligt stöd från teamet i barnsjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Alla professioner finns inte representerade i det interprofessionella teamet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Avsaknad av en överföringskoordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	För små och otillräckliga lokaler (begränsat utrymme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Begränsat med tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Avsaknad av resurser/ekonomiska skäl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATIENTUTBILDNING					
Jag tycker att patienter under överföringsprocessen ska få undervisning och information om:					
40	...sin sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	...symtom som kräver sjukhusvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	...eventuella framtida komplikationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	...framtida försäkringsbehov, tex. reseförsäkring, livförsäkring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	...aspekter kring sexualitet och graviditet av relevans för sjukdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	...effekt och biverkningar av aktuell medicinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	...allmänna hälsoråd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	...aspekter kring utbildning och yrkesval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	...strategier för att sköta sin hälsa/sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSATSER VID ÖVERFÖRINGEN					
Jag tycker att patienter under överföringen skall:					
49	...erbjudas direkt telefonkontakt med mottagningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	...erbjudas kontakt med mottagningen via e-post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	...erbjudas kontakt med andra ungdomar med samma sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	...erbjudas tillgång till en hemsida med information om deras sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	...ha en utsedd överföringskoordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	...ha en skriftlig individuell överföringsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	...få stöd i att sköta sin medicinering/ få lära sig om sina mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56	...få stöd att utveckla egenvårdskompetens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	...få stöd för att utveckla sin självständighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INVOLVERING I ÖVERFÖRINGEN						
Jag tycker att:						
58	...patienten bör involveras i målformulering och beslutsfattande under överföringsprocessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	...föräldrarna bör involveras i målformulering och beslutsfattande under överföringsprocessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	... innan överföringen skall ske, skall patienter tillfrågas om att skriva ned sina erfarenheter, förväntningar och behov i samband med överföringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du har ytterligare kommentarer, var vänlig skriv nedan

.....

.....

.....

TACK FÖR DITT DELTAGANDE

Bilaga 2. Enkät till barnsjuksköterskor

Transition

2018-01-30 14:49

Transition

Detta frågeformulär syftar till att kartlägga attityder hos sjukvårdspersonal kring överföringsprocessen av ungdomar och unga vuxna med långvariga sjukdomstillstånd. Var vänlig markera den cirkel som överensstämmer med din åsikt. Det är alltså inte din enhets rutiner som efterfrågas i första hand om inte detta särskilt uttrycks i frågan.

Definition av överflyttning(transition):

"En händelse eller en serie av händelser där ungdomar eller unga vuxna med långvariga sjukdomstillstånd byter vårdgivare från barnsjukvård till vuxensjukvård" (Knauth et al, 2006).

Mottagande enhet

1. När patienter från din specialitet når vuxen ålder, bör de:

Mark only one oval per row.

	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer
...fortsätta följas i barnsjukvården inom samma specialitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...följas upp av en allmänläkare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...överflyttas till vuxensjukvården inom samma specialitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...överflyttas till en specialiserad klinik för ungdomar och unga vuxna med långvariga sjukdomar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avgörande faktorer för överflyttning

2. Patienter från din specialitet bör bli överflyttade:

Mark only one oval per row.

	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer
...när de tycker att de är redo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...när jag, som vårdgivare, tycker att de är redo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...när familjen vill	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...baserat på psykosociala faktorer; såsom mognad, familjesituation etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...när de har nått en viss ålder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Vid vilken ålder anser du att överföringsprocessen ska börja? (behöver inte relateras till din enhets praxis)

Mark only one oval per row.

	8 år	10 år	12 år	14 år	16 år	18 år
Ålder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommunikation med vuxensjukvården i samband med överflyttning

4. Information från barn- till vuxensjukvård bör ske:

Mark only one oval per row.

	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer
...genom ett möte tillsammans med patienten och familjen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...genom ett möte mellan berörda vårdgivare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...genom en skriftlig remiss vilken inkluderar en medicinsk epikris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...genom ett telefonsamtal alternativt SKYPE etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...genom överflyttning av patientens hela medicinska journal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attityder till överföring (transition)

Definition för överföring: En målinriktad, planerad process som tillgodoser medicinska, psykosociala samt utbildnings/ykesrelaterade behov hos ungdomar och unga vuxna med långvariga sjukdomstillstånd i samband med överflyttning från barnsjukvård till vuxensjukvård (Rosen et al., 2003).

5. Har din enhet ett formellt överföringsprogram?

Mark only one oval.

- Ja
 Nej

6. Har ni någon överföringskoordinator vid er enhet?

Mark only one oval.

- Ja
 Nej

Deltagare i överföringsprocessen inom din specialitet

7. Följande personer/professioner bör enligt mig ingå i överföringsprocessen

Check all that apply.

Patienten	Föräldrar/andra närstående	Läkare från barnsjukvården	Läkare från vuxensjukvården	Sjuksköterska från barnsjukvården	Sjuksköterska från vuxensjukvården	Kurator	Dietist	Psykolog	Fysioterapeut	Arbetster
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinder i överföringsprocessen

8. Jag tycker att följande aspekt utgör hinder för en organiserad överföring

Mark only one oval per row.

	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer
För litet underlag (för få patienter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otillräckligt stöd från teamet i vuxensjukvården	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otillräckligt stöd från teamet i barnsjukvården	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alla professioner finns inte representerade i det interprofessionella teamet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avsaknad av en överföringskoordinator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begränsat med tid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avsaknad av resurser/ekonomiska skäl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Patientutbildning

9. Jag tycker att patienter under överföringsprocessen ska få undervisning och information om

Mark only one oval per row.

	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer
...sin sjukdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...symtom som kräver sjukvård	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eventuella framtida komplikationer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...strategier för att sköta sin hälsa/sjukdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Insatser vid överföringen

10. Jag tycker att patienter under överföringen skall:

Mark only one oval per row.

	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer
...erbjudas direkt telefonkontakt med mottagningen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...erbjudas kontakt med mottagningen via e-post	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...erbjudas kontakt med andra ungdomar med samma sjukdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ha en utsedd överföringskoordinator	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ha en skriftlig individuell överföringsplan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...få stöd att utveckla egenvårdskompetens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...få stöd för att utveckla sin självständighet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Involvering i överföringen

11. Jag tycker att:*Mark only one oval per row.*

	Instämmer inte	Ingen åsikt	Instämmer
...patienten bör involveras i målformulering och beslutsfattande under överföringsprocessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
föräldrarna/andra närstående bör involveras i målformulering och beslutsfattande under överföringsprocessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...innan överföringen skall ske, skall patienter tillfrågas om att skriva ned sina erfarenheter, förväntningar och behov i samband med överföringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Om du har ytterligare kommentarer, var vänlig skriv nedan

Tack för ditt deltagande!

Powered by
 Google Forms

Bilaga 3. Forskningspersonsinformation till deltagare i studien

Forskningspersonsinformation Övergångsprocessen inom övervikt och fetma

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt som berör erfarenheter och upplevelser av övergången mellan barn- och vuxensjukvård hos ungdomar med övervikt och fetma. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi är två sjuksköterskor läser specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Som examensarbete i denna utbildning har vi valt att fokusera på övergången från barn- till vuxensjukvården inom övervikt och fetma. Syftet med examensarbetet är att *”Beskriva barnsjuksköterskors erfarenhet av transitionsprocessen när ungdomar med övervikt och fetma förflyttas mellan barn- och ungdomssjukvård till vuxensjukvård.”*. Vi har valt att fokusera på barnsjuksköterskor som arbetar på barnmottagningar och har erfarenhet av ungdomar med övervikt. Vi har därför tagit kontakt med dig, då du överensstämmer med våra kriterier. Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet.

Hur går studien till?

Examensarbetet är en kvantitativ enkätstudie som görs via ett webbformulär. Enkäten tar 5-10 minuter att fylla i. Enkäten tar upp frågor angående övergångsprocessen (transition) när patienten går från barnsjukvård till vuxensjukvård inom obesitasvården. Medgivande till att delta i studien ges genom att du svarar på frågorna i enkäten och skickar in dina svar.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Studien kommer inte innebära några risker för dig. Att delta innebär inte heller några direkta fördelar för dig. Men svaren vi får från dig kommer eventuellt kunna användas för att i framtiden förbättra och utveckla övergången mellan barn och vuxensjukvården.

Vad händer med mina uppgifter?

Deltagandet av enkäten är konfidentiell. Dina uppgifter och svar kommer att koderas och inga namn eller kopplingar till din arbetsplats kommer att kunna göras. Det är endast behöriga för studien som kommer att få tillgång till det material du bidrar med. Då uppsatsen är klar kommer all information att raderas.

Personuppgiftsansvarig är Göteborgs Universitet. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Stephanie Lübbe eller Marcus Andersson, kontaktuppgifter finns längre ner.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Resultatet från enkätundersökningen kommer att presenteras i form av magisterexamensarbete för specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Önskar du ta del av studiens resultat så finns möjligheten att få det skickat per mail, kontakta då oss.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet utan särskild förklaring.

Vänligen

Ansvariga för studien är:

Stephanie Lübbe
Trångaliden 10
443 72 Gråbo
Telefon: 0708-358705
Mail: lubbesteph@gmail.com

Marcus Andersson
Wrangelsgatan 3A
416 62 Göteborg
Telefon: 0738-060917
Mail: andersson.mac@hotmail.com

Examenarbetets handledare
Eva Lidén
Universitetslektor , Avd-/sektionschef, inst.
Akademisk grad: Docent,
Eva.liden@gu.se
031-786 6427
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa,
Göteborgs universitet
Arvid Wallgrens Backe, hus 1
Box 457, 405 30
Göteborg