

# **Riktat hälsostöd skapar empowerment hos familjer i socio-ekonomiskt svaga områden**

En kvalitativ intervjustudie av föräldrars upplevelser

Maria Bramsgård

Vetenskapligt arbete

Huvudområde: Folkhälsovetenskap, avancerad nivå

Högskolepoäng: 15 hp

Termin/år VT 2022

Handledare: Åsa Samuelsson

Examinator: Katja Gillander Gådin

Kurskod/registreringsnummer: FH006A

Utbildningsprogram: Magisterprogrammet i folkhälsovetenskap, 60 hp

Vid Mittuniversitetet finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA (se bilaga för publiceringsvillkor). Publiceringen sker i open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Mittuniversitetet rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

- Ja, jag/vi godkänner publiceringsvillkoren.
- Nej, jag/vi godkänner inte att mitt självständiga arbete publiceras i det offentliga gränssnittet i DiVA (Endast arkivering i DiVA).

Stockholm 220521 .....

Ort och datum

FH006A Vetenskapligt arbete.....

Program/Kurs

Maria Bramsgård.....

Namn (alla författares namn)

1979.....

Födelseår (alla författares födelseår)

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Definitioner .....	1
Inledning .....	1
Förekomst av obesitas och barnobesitas .....	2
Globalt/internationellt .....	2
Sverige .....	2
Region Stockholm .....	2
Obesitas som folkhälsoproblem .....	3
Vuxna .....	3
Barn .....	3
Arbete med barnobesitas i Sverige .....	4
Arbete med barnobesitas i Region Stockholm .....	5
Tidigare forskning inom Europa på övervikt och obesitas hos barn och socioekonomisk status .....	5
Problemformulering .....	7
<b>Syfte</b> .....	<b>8</b>
<b>Metod</b> .....	<b>8</b>
Urval av deltagare .....	8
Datainsamling .....	9
Analysmetod .....	11
Förförståelse .....	12
Etiska överväganden .....	13
<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
Empowerment .....	15
Behovsanpassning .....	18
<b>Diskussion</b> .....	<b>22</b>
Resultatdiskussion .....	22
Metoddiskussion .....	24
Kvalitetssäkring .....	26
Förförståelse .....	27
Etiska aspekter .....	27
Slutsatser .....	28
Förslag till vidare forskning och praktiskt folkhälsoarbete .....	28
<b>Referenser</b> .....	<b>30</b>
<b>Bilagor</b>	

## Abstrakt

**Bakgrund:** Förekomsten av övervikt och obesitas hos fyraåringar i Region Stockholm är ojämlikt och orättvist fördelat geografiskt. Hälsofrämjande och preventiva insatser behövs för att jämna ut hälsoklyftorna. **Syftet** med studien var att undersöka hur föräldrar upplevt ett riktat hälsostöd som syftar till att minska hälsoklyftor. Syftet var också att utforska vilket hälsostöd föräldrar skulle önska framöver. **Metod:** Studien hade en kvalitativ ansats och sex semistrukturerade intervjuer genomfördes under våren 2022 med föräldrar som tagit del av hälsostödet. Intervjumaterialet genomgick sedan en kvalitativ innehållsanalys med latent tolkning. **Resultat:** Ett huvudtema för vardera syfte identifierades; Empowerment och Behovsanpassning. Empowerment skapades genom att föräldrarna fick kunskap som var värdefull och användbar för dem samt att deras tillit till den egna förmågan ökade. En bidragande faktor var också att hälsostödet gavs med engagemang. Hälsostödet behövde vara behovsanpassat och innehålla komponenter så som; gott om tid för besöken, flexibilitet och tillgänglighet, bildmaterial för att främja hälsosamma vanor samt möjligheter till hälsostöd på familjens första språk. **Slutsatser:** Hälsostöd kan skapa empowerment hos föräldrarna när det utformas med en förståelse för familjens situation och med flexibilitet i upplägg och kontakt.

**Nyckelord;** Barn, Barnobesitas, Bemötande, Folkhälsoarbete, Hälsofrämjande arbete, Levnadsvanor

## **Targeted health support creates empowerment among families in socio-economically weak areas**

- A qualitative interview study of parents' experience and wishes

### **Abstract**

**Background:** The prevalence of overweight and obesity in four-year-olds in the Stockholm Region is unequally and unfairly distributed geographically. Health promotive and preventive measures are needed to even out the health gaps. **Objectives:** The purpose of this study was to investigate how parents experienced targeted health support that aims to reduce health gaps. The purpose was also to investigate what kind of health support parents would like in the future. **Methods:** The study had a qualitative approach and six semi-structured interviews were conducted in the spring of 2022 with parents who had received targeted health support. The interview material then underwent a qualitative content analysis with latent interpretation. **Results:** One main theme for each of the two objectives was identified; Empowerment and Needs adaptations. Empowerment was created by that the parents acquired valuable and useful knowledge and by an increase in their confidence in their own abilities. A contributing factor was also that the health support was provided with engagement. The health support needed to be adapted to the family's conditions and had to include components such as plenty of time for each visit, flexibility and accessibility, visual images to promote healthy life style as well as health support given in the family's primary language. **Conclusions:** Health support might create empowerment in parents when designed with an understanding of the family's situation and with flexibility in approach and contact

**Keywords;** Childhood obesity, Children, Encounters, Health promotion work, Life Style, Public health work

# Bakgrund

## Definitioner

Övervikt är ingen sjukdom medan *obesitas* klassas som ett kroniskt sjukdomstillstånd. I internationella studier används begreppen övervikt (overweight) och fetma/obesitas (obesity) ofta som utbytbara. *Body Mass Index (BMI)* är en funktion av längd och vikt och räknas ut med formeln; vikten i kilo/längden i meter x2 (Gutin, 2018). Enligt World Health Organisation [WHO] (u.å.) är BMI en riskindikator; när BMI ökar, ökar också risken för vissa sjukdomar. BMI delas in i olika kategorier (Nationellt kliniskt kunskapsstöd, 2020a) där ett BMI över 25 räknas som övervikt och ett BMI över 30 kategoriseras som obesitas. För barn kan inte BMI användas på samma sätt som hos vuxna, istället används ett så kallat *iso-BMI* (omräkning utifrån barnets ålder och kön) för att få ett värde som kan jämföras med vuxnas BMI-värde (Nationellt kliniskt kunskapsstöd, 2020b).

*Socioekonomisk position* kan exempelvis relateras till utbildningsnivå, inkomst eller yrke (SCB, u.å.). *Care Need Index (CNI)* är en svensk metod utvecklad efter en engelsk förebild som används för att mäta socioekonomisk position och därmed identifiera risk för ohälsa (Vårdgivarguiden Region Stockholm, 2022). I den här uppsatsen kommer den typ av CNI som Barnhälsovården i Region Stockholm använder sig av, det vill säga relativt CNI, att användas som utgångspunkt för att identifiera socioekonomisk position (se Bilaga 1).

## Inledning

Kommissionen för jämlik hälsa har haft ett regeringsuppdrag under tiden 2017 - 2022 att lämna förslag på hur hälsoklyftorna i Sverige kan minska. Fokuset har bland annat legat på hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper och haft målet att sluta påverkbara hälsoklyftor inom en generation. Det har länge varit känt att det finns ett samband mellan uppväxtvillkor och barns hälsa (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016). Även Green, Cross, Woodall och Tones (2019) konstaterar att

omgivningen påverkar oss alla och då inte bara de fysiska aspekterna utan också sociala, kulturella och ekonomiska omgivande faktorer och att vissa av hälsans bestämningsfaktorer interagerar med varandra. Förhållanden i samhället skapar dagligen fördelar i hälsa för vissa individer och nackdelar i hälsa för andra individer i befolkningen (Krieger, 1999).

## Förekomst av obesitas och barnobesitas

### **Globalt/internationellt**

Av den vuxna befolkningen i världen idag beräknas 39 procent ha övervikt och 13 procent ha obesitas och detta är en tredubbling under perioden 1975 till 2016 (WHO, 2021). Förekomsten av övervikt och obesitas bland barn och ungdomar i åldern 5-19 år har ökat dramatiskt från bara fyra procent år 1975 till drygt 18 procent 2016 (WHO, 2021). Övervikt och obesitas är numera ett problem i så väl hög- som låg- och mellaninkomstländer. Under 2019 hade uppskattningsvis 38,2 miljoner barn under fem år övervikt eller obesitas (WHO, 2021).

### **Sverige**

Av den vuxna befolkningen (16–84 år) i Sverige år 2021 angav 52 procent ett BMI som indikerar övervikt eller obesitas (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Läsåret 2018/19 hade 21 procent av Sveriges sex- till nioåringar övervikt eller obesitas (Folkhälsomyndigheten, 2022b). Bland Sveriges fyraåringar hade år 2021 nio procent övervikt och två procent obesitas, det vill säga ett snitt på sammanlagt elva procent men andelen varierar regionalt (Spong, Miregård & Nylander, 2021).

### **Region Stockholm**

Inom Region Stockholm tillhör övervikt och obesitas en av länets största folkhälsoutmaningar. År 2018 hade 45 procent av alla vuxna i Stockholms län övervikt eller obesitas (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin,

2018). Enligt Barnhälsovårdens årsrapport (Barnhälsovården Region Stockholm, 2020) har 8,4 procent av fyraåringarna i regionen övervikt och 1,8 procent har obesitas. Dock varierar förekomsten kraftigt inom regionen; exempelvis är förekomsten i Södertälje mer än tio gånger så hög som på Lidingö och Norrmalm samt 2,5 gånger högre jämfört med genomsnittet i länet (Barnhälsovården Region Stockholm, 2020).

## Obesitas som folkhälsoproblem

### **Vuxna**

Agenda 2030 för hållbar utveckling erkänner icke-smittsamma sjukdomar som en stor utmaning för hållbar utveckling (WHO, 2021). Mål 3.4 i Agenda 2030 innebär att minska en tredjedel av alla förtida dödsfall som är orsakade av icke-smittsamma sjukdomar (WHO, 2021). En av de främsta orsaker till sjukdomsördan och förlorade friska levnadsår hos vuxna i dag är övervikt och obesitas (GBD, 2020). Övervikt och obesitas hos vuxna ökar risken att utveckla exempelvis typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, sjukdomar i rörelseapparaten, vissa cancerformer samt förtida död (Folkhälsomyndigheten, 2018).

### **Barn**

Att ha obesitas som barn ger en stor inverkan med ökad risk för stigmatisering samt psykisk ohälsa då barn med obesitas har högre risk att drabbas av ångest och depression (Lindberg, Hagman, Danielsson, Marcus & Persson, 2020). Barn och ungdomar med grav obesitas skattar sin livskvalité lägre än normalviktiga barn och ungdomar och på liknande nivå som barn och ungdomar med cancerdiagnos (Schwimmer, Burwinkle & Varni, 2003). Högt BMI i ung ålder är associerat med risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar som vuxen (Baker, Olsen & Sorensen, 2007, Jounala, Magnussen, Berenson, Venn, Burns, Sabin et al, 2011). Pojkar med



övervikt i barndomen har en markant ökad risk för obesitasrelaterad vuxencancer och dödsfall på grund av obesitasrelaterad cancer (Céлинд, Bygdell, Martikainen, Ohlsson & Kindblom, 2022). Enligt Lindberg, Danielsson, Persson, Marcus och Hagman (2020) har barn med obesitas tre gånger så hög risk att dö redan i tidig vuxenålder än barn i övrigt.

Även skolgången påverkas; obesitas i barndomen är förknippat med låg utbildningsnivå i tidig vuxenålder (Hagman, Danielsson, Brandt, Svensson, Ekbohm & Marcus, 2017). En lyckad skolgång ger effekter på hälsan även som vuxen; vuxna med högre utbildning har bättre hälsa och livslängd jämfört med personer som har kortare utbildning (Raghupathi & Raghupathi, 2020).

Nader, O'Brien, Houts, Bradley, Belsky, Crosnoe et al. (2006) visar att barn, som har övervikt i förskoleåldern, har fem gånger större risk att ha övervikt även vid tolv års ålder än de barn som hade en vikt motsvarande normalt BMI under samma åldersperiod. 90 procent av de barn som har obesitas vid treårs ålder hade övervikt eller obesitas i tonåren (Geserick, Vogel, Gausche, Lipek, Spielau, Keller et al., 2018). Utöver dessa negativa hälsoeffekter hos individen är obesitas förknippat med nästan dubbelt så höga produktivitetsförluster för samhället som för normal vikt under en livstid (Neovius, Rehnberg, Rasmussen, & Neovius, 2012). Enligt Folkhälsomyndigheten (2022a) beräknas den totala årliga kostnaden i Sverige för obesitas till 70 miljarder kronor.

### **Arbete med barnobesitas i Sverige**

Barnobesitas kan kopplas till minst tre av de åtta målområdena inom folkhälsopolitiken (Folkhälsomyndigheten 2022c):

Mål 1 - Det tidiga livets villkor: Olikheter i livsvillkor, en god start i livet behöver stärkas så att alla barn kan utvecklas kognitivt, emotionellt, socialt och fysiskt utifrån just sina villkor.

Mål 6 – Levnadsvanor: För en god och jämlik hälsa behöver människors möjligheter till hälsosamma levnadsvanor ökas med hänsyn till hur olika sociala grupper påverkas.

Mål 8 - En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård: Skillnader i vårdens insatser och resultat förekommer inom vården mellan olika sociala grupper, vården behöver arbeta med ett systematiskt jämlikhetsfokus.

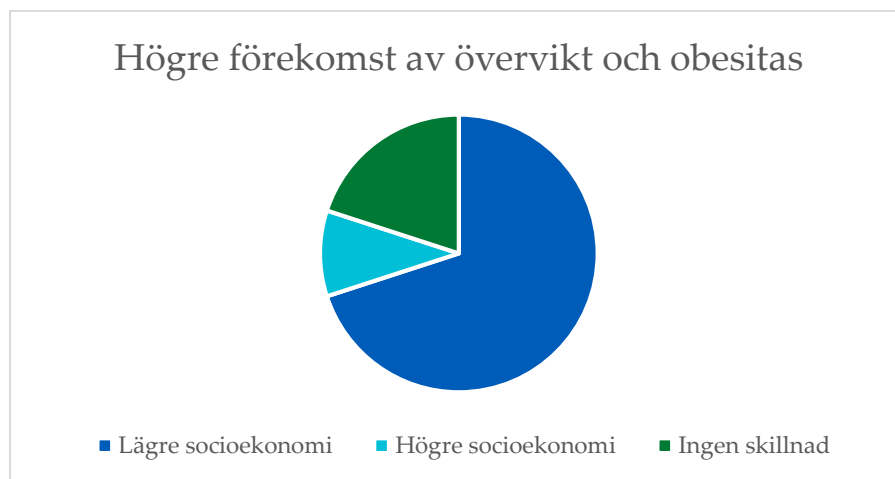
### **Arbete med barnobesitas i Region Stockholm**

Fram till år 2020 fanns i Region Stockholm ett handlingsprogram för övervikt och obesitas (HPÖ). Inom handlingsprogrammet fanns en mängd olika insatser som delades upp i hälsofrämjande, förebyggande och behandling (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, 2015). Från år 2021 har en del av de olika insatserna implementerats i ordinarie verksamhet inom regionen. En av insatserna som implementerats är ett kultur- och språkpassat hälsostöd som levereras av så kallade hälsokommunikatörer (se Bilaga 2).

### **Tidigare forskning inom Europa på övervikt och obesitas hos barn och socioekonomisk status**

Jabakhanji, Pavlova, Groot, Boland och Biesma (2017) och Murer, Saarsalu, Zimmermann och Herter-Aeberli (2015) påvisar ingen skillnad i förekomsten av övervikt och obesitas beroende på socioekonomiska förutsättningar. Gurzkowsk, Kułaga, Litwin, Grajda, Świąder, Kułaga et al. (2013) visar att förekomsten av övervikt och obesitas var högre hos barn som levde i familjer med högre socioekonomisk status. Dock kan Goisis,

Sacker och Kelly (2015), Iguacel, Fernández-Alvira, Labayen, Moreno, Samper och Rodríguez (2017), Lakes och Burkart (2016), Parikka, Mäki, Levälähti, Lehtinen-Jacks, Martelin och Laatikainen (2015), Roswall, Almqvist-Tangen, Holmén, Alm, Bergman, Dahlgren et al. (2016), van Vliet, Gustafsson, Duchon och Nelson (2015) samt Zhou, von Lengerke, Walter och Dreier (2018) påvisa att förekomsten av övervikt och obesitas var överrepresenterad hos barn vars familjer hade sämre socioekonomi, se Figur 1.



**Figur 1. Högre förekomst av övervikt och obesitas kopplat till socioekonomisk position**

En viss nordlig tendens för högre förekomst av övervikt och obesitas hos barn i familjer med lägre socioekonomi framträder vid utplottningen på karta (se Figur 2). Spanien avviker dock från mönstret.



Kartbild från Pixabay

- ✕ Kopplat till sämre socioekonomisk status
- ✕ Ingen skillnad beroende på socioekonomisk status
- ✕ Kopplat till högre socioekonomisk status

### Figur 2 Förekomst av övervikt och fetma hos barn kopplat till socioekonomi

Bifynd som framkommer (Iguacel et al., 2017; Lakes & Burkart, 2016; Murer et al., 2015; Zhou et al., 2018) är att barn i migrationsfamiljer har en ökad förekomst av övervikt och obesitas, även justerat för andra riskfaktorer. Föräldrars BMI (Parikka et al., 2015), antal barn i familjen (Gurzkowsk et al., 2013), mängd av mediekonsumtion och fysisk aktivitet (Murer et al., 2015) samt densiteten av snabbmatsrestauranger i närområdet (Lakes & Burkart, 2016) visar sig också vara faktorer som påverkade förekomsten av övervikt och obesitas oavsett socioekonomisk status.

## Problemformulering

Tidigare forskning visar på att en lägre socioekonomisk position är sammankopplad med en högre förekomst av övervikt och obesitas hos

barnen. Detta är fallet för samtliga studier som genomförts i Sverige vilket stödjer att resultatet kan vara applicerbart för svenska förutsättningar. Bifyndet, att barn i migrantfamiljer löper en ökad risk att utveckla övervikt och obesitas, är en viktig indikator som behöver undersökas närmare. Obesitas innebär både stora effekter på individens hälsa och samhällsekonomiska konsekvenser. Tydliga hälsoklyftor kan ses och insatser som passar just aktuell målgrupp - barnfamiljer som bor i områden med högre relativt CNI - behöver därför utformas för att nå en mer jämlik hälsa för alla.

## **Syfte**

Syftet med studien var att studera hur föräldrar upplevt riktat hälsostöd som främjar goda levnadsvanor. Syftet var också att undersöka vilken typ av hälsostöd som föräldrar önskar framöver.

## **Metod**

För denna studie valdes en kvalitativ metod då syftet var att undersöka personers uppfattning, erfarenhet och upplevelse i relation till ett visst fenomen (SBU, 2017). Kvalitativa metoder kan också identifiera faktorer som möjliggör eller hindrar genomförandet av olika interventioner (Armstrong, Waters, Jackson, Oliver, Popay, Shepherd et al., 2007). En induktiv ansats valdes, detta innebär att forskaren förutsättningslöst analyserar texten och letar efter mönster i det insamlade materialet och rör sig från det konkreta och specifika till det mer abstrakta och generella (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

## **Urval av deltagare**

Deltagarna till studien valdes ut genom att hälsokommunikatörer (Se Bilaga 2), gav information till familjer som hade tagit del av hälsostödet om

möjligheten att delta i studien. Hälsokommunikatörerna gav erbjudandet till familjer som tagit del av hälsostödet under minst ett par tillfällen. Antal familjer som tillfrågades totalt är okänt för forskaren. Gemensamt för barnfamiljerna var att de bor i geografiska områden inom Region Stockholm som bedömts ha ett relativt högt CNI (Se Bilaga 1). Antal deltagare/informanter var inte initialt fastställt, utan forskaren fortsatte intervjua tills mättnad var uppnådd (Creswell & Creswell, 2018). Inklusionskriterier för att medverka i studien var;

- att familjen har tagit del av hälsostödet
- att familjen har barn som går/har gått på Barnavårdscentral (BVC) eller att föräldern under graviditet gått på en Barnmorskemottagning (BMM) där hälsostöd erbjudits
- att familjen bor i ett område med relativt högt CNI
- att föräldrarna talar svenska

## **Datainsamling**

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade enskilda intervjuer under våren 2022. Semistrukturerade intervjuer består av flera nyckelfrågor som hjälper till att definiera de områden som ska utforskas, men som också gör det möjligt att avvika för att driva en idé eller ett svar mer detaljerat (Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008) och är ofta den enda datakällan vid ett kvalitativt forskningsprojekt (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Denna form av datainhämtning valdes för att föräldern skulle känna sig bekväm i att berätta sin egen personliga upplevelse och ges utrymme att lyfta upp områden som missats i guiden. Orsaken till enskilda intervjuer istället för gruppintervju var för att inte bryta sekretess kring vilka familjer som fått hälsostödet.

Intervjuerna skedde med föräldern som deltagit i stödet. Om båda föräldrarna hade deltagit i hälsostödet tillfrågades först den förälder som oftast deltagit i hälsostödet. Föräldern fick välja var och när intervjun skulle ske, datum och tid anpassades efter familjens behov. En intervjuguide (Bilaga 3) användes som erbjöd en fokuserad struktur för diskussionen under intervjuerna men enligt Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi (2016) behöver guiden inte följas strikt. Intervjuguiden arbetades fram enligt Kallio et al.s (2016) fem steg; identifiering av förutsättningarna för att använda semistrukturerade intervjuer, inhämtning och användning av tidigare kunskaper, formulering av den preliminära semistrukturerade intervjuguiden, pilottestning av intervjuguiden samt presentation av den kompletta semistrukturerade intervjuguiden. Upplägget i intervjuerna utgick från Creswell och Creswells (2018) protokoll (se Tabell 1).

Tabell 1: Intervjuprotokoll

Basal information om intervjun	Datum, tid och plats för intervjun samt namn på informanten och intervjuaren.
Introduktion	Information om intervjun och studien, informerat samtycke inhämtas.
Öppningsfrågor	Här används "isbrytare" som sätter igång samtalet men som inte är för personliga.
Innehållsfrågor	Underfrågorna till själva forskningsfrågan.
Uppmuntrare	Uttryck som "Berätta mer", "Kan du förklara närmare" kan användas för att få reda på mer i en viss fråga.
Avslutning	Informanten tackas för att denna velat dela med sig av information och tid, informanten får info om sekretess samt ges möjlighet att addera eventuella tillägg.

En testintervju genomfördes med en förälder som uppfyllde inklusionskriterierna men som inte deltog i studien, detta för att testa intervjufrågorna för deras relevans, frasering och struktur så att

intervjuguiden kunde förfinas (Bryman, 2012). Föräldern fick ge respons på om frågorna var lätta att förstå samt hur det kändes att svara på frågorna. Intervjuguiden omarbetades sedan utifrån föräldrarnas respons och tillsammans med handledare till en final version. I studien planerades en intervju in per förälder och varje intervju gavs utrymme att ta mellan 30-45 minuter, enligt DiCicco-Bloom och Crabtrees (2006) riktlinjer.

Initialt gavs information om studien och vad deltagande i studien innebar samt hur insamlat material skulle hanteras (Bilaga 4). Informerat samtycke inhämtades (Bilaga 5). Enligt Vetenskapsrådet (2020) ska ett samtycke vara frivilligt, uttryckligt och preciserat till vilken exakt forskning som är aktuell. Intervjuerna följde intervjuprotokollet och efter varje genomförd intervju lyssnades inspelningen igenom flera gånger och sedan transkriberades inspelningen manuellt.

## **Analysmetod**

Det insamlade materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med latent tolkning. Latent innehåll innefattar det underliggande budskapet som går att läsa mellan raderna (Graneheim & Lundman, 2004). Innehållsanalysen i denna studie följde Creswell och Creswells (2018) fem steg, det vill säga alla intervjuer lyssnades igenom, transkriberades och lästes sedan igenom. Efter det skrevs textdatan ut i pappersformat och lästes igenom ytterligare en gång, då också anteckningar gjordes kring generella områden som framkom. Materialet delades sedan in i meningsbärande textenheter. Dessa enheter får varken vara för stora, då dessa kan innehålla flera betydelser men ej heller för små eftersom det kan fragmentera resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Varje meningsbärande enhet kondenserades sedan till kortare textenheter med bevarat innehåll. Den kondenserade texten abstraherades och försågs med



en kod. Koder som liknade varandra fördes sedan samman till subteman vilka slutligen smälte samman till ett tema för respektive syfte; *Empowerment* och *Behovsanpassning*. I Tabell 2 kan ses exempel på innehållsanalys av materialet.

Tabell 2 Exempel från innehållsanalysen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subtema	Tema
F4: Jag hade inte ens tänkt så, det hade kunnat va en till graviditet utan att tänka på, inte skapa hälsosammare vanor...	Hade inte ens tänkt, en till graviditet hade kunnat gå utan att skapa hälsosammare vanor	Att vara medveten om hälsosamma vanor	Värdefull kunskap	Empowerment
F1: Det [medvetenheten om riskerna] var därför jag tog tag i det nu från förra året, nu är det den tiden, än att vänta och vänta och vänta	Medvetenhet om riskerna var skäl för att agera nu istället för att vänta	Att vara medveten om riskerna	Värdefull kunskap	Empowerment
F4: Vi träffades där i området så att jag skulle kunna fortsätta gå där jag också bodde.	Träffas i eget bostadsområde	Att ha stödet nära	Engagemang och Närvaro	Empowerment
F6: Att hälsostödet är tillgängligt är jättebra.	Jättebra med tillgänglighet	Att ha lätt att komma i kontakt	Engagemang och Närvaro	Empowerment
F5: ...nu känner jag att jag vet, att jag vet vad jag kan ge [till barnen att äta].	Känner trygghet i att veta vad som man kan ge till barnen att äta	Att känna sig trygg	Tillit till den egna förmågan	Empowerment
F2: och sen så ja så flöt det ju bara på. Jag kände mig så säker sen	Det flöt på, känner sig säker.	Att känna sig säker	Tillit till den egna förmågan	Empowerment

## Förförståelse

Enligt Heyman (1999) är det nödvändigt att syna relationen mellan forskaren och forskningsobjekten vilket innebär både att redovisa sina ställningstaganden och dess konsekvenser men också en självreflexion där forskaren betänker varför denne tänker och handlar som hen gör, en helt objektiv forskning som är fri från värderingar är inte möjlig (SBU, 2017).

I denna studie är forskaren barnsjuksköterska med specialinriktning på levnadsvanor och kulturella aspekter som arbetat med att utveckla en intervention för barnfamiljer boendes i områden med ett relativt högt CNI. Forskaren är medveten om att studieområdet ligger inom ramen för forskarens bakgrund och intresse.

### **Etiska överväganden**

Forskning där människor är inblandade kan, oavsiktligt, vara till skada eller inkräkta på den privata sfären (Booth, Colomb, Williams, Bizup, Fitzgerald, 2019). Om den finns en vårdrelation kan informanterna känna att de står i beroendeställning om forskaren samtidigt är en vårdgivare, i denna studie säkerställdes att ingen vårdrelation fanns mellan deltagare och forskaren samt att det noga poängterades att medverkan var helt frivillig och inte på något sätt skulle påverka fortsatt stöd eller tillgång till hälso- och sjukvård. Inga barn intervjuades, intervjuerna skedde enbart med föräldrarna som fick skriftlig och muntlig information samt skrev under informerat samtycke.

Intervjuerna spelades in och döptes avidentifierat till "Intervju 1", Intervju 2" och så vidare. I överensstämmelse med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) kunde inga namn eller personnummer härledas till familjerna och intervjuerna. Vidare skriver Vetenskapsrådets (2002) att alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sätt så att ingen kan identifieras av utomstående, särskilt när uppgifter kan uppfattas som etiskt känsliga, i det här fallet sparades transkriptionerna på usb-sticka skyddad med lösenord. Föräldrarna beskrivs vid citat i resultatet endast genom att ange förälder och antal barn samt barnens ålder, exempel; "Förälder till tvååring och ettåring". Bedömning av etisk kommitté är inte nödvändigt då detta

projekt är på magisternivå samt att de medverkande är myndiga individer som kommer att få information samt ge sitt informerade samtycke till att medverka.

## Resultat

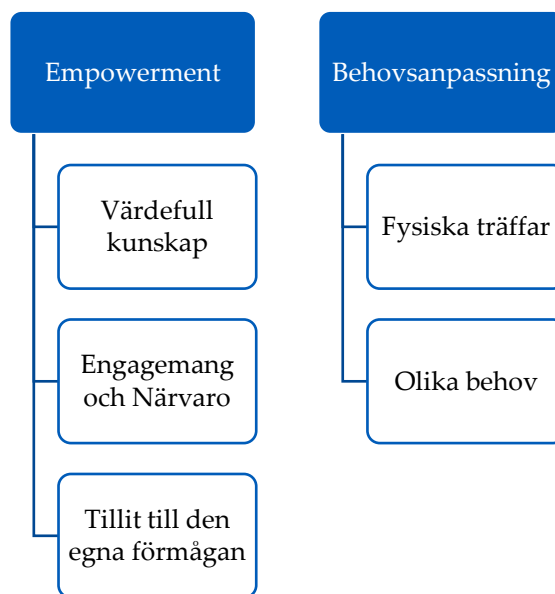
Totalt intervjuades sex stycken föräldrar. Antal barn per familj varierade mellan ett och två barn och ålder på barnen var mellan ett till 5,5 år. De flesta av föräldrarna – fem stycken – hade fått erbjudande om hälsostödet på Barnavårdscentralen (BVC), en hade fått erbjudandet på Mödrahälsovården (MHV). I Tabell 3 ses översikt för de deltagande föräldrarna.

Tabell 3. Översikt för de deltagande föräldrarna

Förälder	Barn	Antal träffar	Vem erbjöd?	Hur träffats?
F1	två barn, 5år och 1 år	3st	BVC	Fysiskt Telefon Digital gruppträff
F2	ett barn, 1 år	Kontakt lite då och då	BVC	Telefon Sms
F3	ett barn, 5,5 år	Cirka 3-4st	BVC	Telefon
F4	ett barn snart 2 år, väntar barn nr 2	Cirka 10st	MHV	Telefon Träff på mottagningen Promenad Ev hembesök
F5	två barn, drygt 3 år och snart 2 år	Cirka 5-6st	BVC	Träff på mottagningen Telefon Videosamtal Butiksvandring
F6	ett barn, 3,5 år	Cirka 5-6st	BVC	Videosamtal Telefon Sms

Tematisk mättnad uppnåddes efter intervju fem men ytterligare en intervju genomfördes för att säkerställa mättnaden. Syfte ett med studien var att studera hur föräldrar upplevt riktat hälsostöd som syftar till att främja

goda levnadsvanor. För detta syfte framkom tre subteman ur analysen; (1) *Värdefull kunskap*, (2) *Engagemang och närvaro* samt (3) *Tillit till den egna förmågan*. Dessa tre subteman bildade temat *Empowerment*, (se Figur 3). Syfte två var att undersöka vilken typ av hälsostöd som föräldrar önskar framöver. Två subteman framkom ur analysen; (1) *Fysiska träffar* och (2) *Olika behov*. Dessa två subteman bildade temat *Behovsanpassning*, (se Figur 3).



**Figur 3. Tematisk karta som beskriver resultatet av föräldrarnas upplevelser och önskemål runt hälsostödet.** De blå boxarna representerar huvudteman, och de vita boxarna representerar subteman.

## **Empowerment**

### Värdefull kunskap

Föräldrarna beskrev att de fick med sig värdefull kunskap från mötena med hälsokommunikatören, även de som redan innan hälsostödet kände sig pålästa har kunde få till sig ytterligare information. Föräldrarna ansåg att följande områden var särskilt viktiga att få kunskap och stöd kring; mat, sömn, fysisk aktivitet, vikt och föräldraoro.

*"Ja jag har lärt mig lite. Alltså jag är en sån person som liksom vet från början hur det är men jag fick bra information också från hälsokommunikatören..."* (F6, Förälder till 3,5 åring)

Av de olika hälsoteman som föräldrarna ville tala med hälsokommunikatören om och som det kändes viktigt att få korrekt information om var det framför allt mat som föräldrarna kände att de ville ha mer kunskap om.

*"Alltså om maten och vilken som man får äta eller inte. Ska inte äta mycket socker och så vidare liksom."* (F3, Förälder till 5,5 åring)

Det fanns ett stort behov att få ställa frågor och att få svar och råd, i perioder har behovet av att få ställa frågor känts extra stort. De råd som föräldrarna testat upplevs fungera och de har varit till hjälp för familjen.

*"Fick mycket hjälp, hade många frågor."* (F2, Förälder till ettåring)

Föräldrarna ville ha hjälp och vägledning och hälsokommunikatörerna gav föräldrar flera råd att själva kunna välja mellan vilka de ville testa. Ibland har råden varit mer generella men föräldrarna har också efterfrågat specifika råd just för barn.

*"Men alltså, de råd man använder liksom, om man kan liksom, ja, det som passar till mitt barn liksom."* (F3, Förälder 5,5 åring)

Hälsostödet har ökat föräldrarnas medvetenhet om hälsosamma vanor och vikten av att skapa goda förutsättningar för barnets hälsa. Föräldrarna beskrev också att stödet lett till förändringar för fler personer än den som primärt haft kontakt med hälsokommunikatören, både barn och familj har fått förändrade vanor.

*"...så att det tycker jag har varit, det har ju påverkat familjen genom mig." (F4, Förälder till tvååring)*

### Engagemang och Närvaro

En god relation skapades mellan familj och hälsokommunikatör och förtroendet för hälsokommunikatören var stort. Träffarna med hälsokommunikatören var något som man såg fram emot och föräldrarna beskrev att det varit trevligt att gå på besöken och att de alltid fick ett vänligt och varmt bemötande. Hälsokommunikatören var snabb på att svara upp när föräldrarna själva sökte kontakt, man kunde ringa och få svar direkt på något man undrade. Föräldrarna beskrev också att kontakten med hälsokommunikatören var flexibel och utifrån de behov och önskemål som föräldrarna hade, detta gjorde att det var lätt att ta del av stödet. Känslan var att hälsokommunikatören var tillgänglig.

*"Att hälsostödet är tillgängligt är jättebra." (F6, Förälder till 3,5-åring)*

Hälsostödet fanns nära där man bodde och i den kontext man vanligen befann sig i. Det innebar inga resor för familjen att medverka i stödet.

*"Vi träffades där i området så att jag skulle kunna fortsätt gå där jag också bodde." (F4, Förälder till tvååring)*

Hälsostödet var också anpassat efter familjens vardag och unika situation. Hälsokommunikatören satte sig in i hur det såg ut just för den specifika familjen. Några föräldrar beskrev att det var en omställning att bli förälder, att det inte kändes likadant som innan man fick barn. Föräldrarna behövde anpassa sig efter barnens rutiner och hälsokommunikatören anpassade kontakt och stöd efter familjen.

*”Och det var skönt och ibland kunde jag säga; är det ok att jag ringer upp dig runt två då bebisen sover och det var också ok så det har funkat jättebra för mig faktiskt.” (F2, Förälder till ettåring)*

### Tillit till den egna förmågan

Oro av olika slag var ett vanligt förekommande tema som föräldern ville ventilera med hälsokommunikatören. Oron kunde vara kopplad till tankar som handlade om att barnet skulle bli retat eller att maten kunde innehålla något som var farligt eller giftigt. Föräldrarna beskriver att hälsostödet har gett en större tillit till deras egen förmåga och en trygghet i att veta att man gör rätt.

*”Ja nu känner jag att jag vet, att jag vet vad jag kan ge. Jag är inte alls så där orolig som jag var innan när jag typ oroade mig hela tiden att det skulle bli nåt fel eller så...” (F5, Förälder till treåring och tvååring)*

## **Behovsanpassning**

### Fysiska träffar

Det fanns önskemål från en del föräldrar att få träffa hälsokommunikatören fysiskt, framför allt hos de som ännu inte haft möjlighet att få göra det.

*”Alltså det är ju mycket bättre att ha fysisk för då har man ju bättre bild av personen.” (F1, Förälder till femåring och ettåring)*

Ett annat förslag som kom upp var gruppträffar där en önskan fanns om att träffa andra i samma livssituation. En idé som föreslogs för att locka fler till hälsostödet, var att hälsokommunikatören oftare fysiskt skulle närvara på BVC och MHV för att vara synliga för föräldrar som ännu inte har tagit del av stödet. Det fanns även en önskan om att få genomföra en butiksvandring tillsammans med hälsokommunikatören.

*"Alltså hälsokommunikatören skulle gå med oss och visa vilken, hur man ska välja mat, välja, men under pandemin-perioden det var lite svårt."* (F3, Förälder till 5,5 åring)

#### Olika behov

Föräldrarna kunde ha kontakt med hälsokommunikatören på många olika sätt; telefonsamtal, digitala gruppträffar, sms, promenader, hembesök, videosamtal, butiksvandring samt träffar på Barnvårdscentralen och barnmorskemottagningen. Telefon och sms var de kontaktvarianter som föräldrarna oftast valde, särskilt under pandemin var distanskontakter uppskattade.

*"Ja det har varit bra för mig idag att det bara har varit telefon liksom."* (F2, Förälder till ettåring)

Antalet tillfällen av kontakt med hälsokommunikatören varierade mellan tre och tio tillfällen, i snitt cirka sex träffar per familj. Att själv få bestämma antalet träffar uppskattades av föräldrarna och det gav en känsla att få så mycket stöd som man behövde.

*"Alltså kan man säga det har varit lagom, precis, det var under den här corona-perioden man kunden inte liksom träffa eller nåt annat men det var liksom mycket information som vi har fått liksom."* (F3, Förälder till 5,5 åring)

Tidsmässigt har varje tillfälle med hälsokommunikatören varierat mellan att vara ett kort sms till två timmars långa samtal. Oavsett kontakttyp har föräldrarna själva fått avgöra hur långt varje enskilda tillfälle med hälsokommunikatören ska vara. Att mötena inte var tidsbestämda utan fick ta den tid de tog uppskattade flera föräldrar.



*"Det kan ta flera timmar om du vill, det spelar ingen roll liksom."*

(F6, Förälder till 3,5 åring)

Några gav exempel från andra delar av vården där det kändes stressigt med korta besök och som att det aldrig fanns tid att ställa alla sina frågor.

*" Jag fick fråga klart, du vet ibland när man är på BVC är det så kort, så här snabbt in mäta väga. Och sen jag kommer på frågor som jag inte frågade..."* (F5, Förälder till treåring och tvååring)

Olika familjer hade olika typer av utmaningar och önskemål och hälsokommunikatören mötte upp dessa genom att individanpassa sitt förhållningssätt. Varje familj hade sina specifika förutsättningar, något som hälsokommunikatören beaktade och varierade hälsostödet utefter. Innehållet i träffarna bestämdes antingen helt av föräldern eller genom att hälsokommunikatören gav förslag på olika teman som skulle kunna vara aktuella att prata om och sedan att föräldern fick välja. Föräldrarna beskrev att de fick prata om det som kändes viktigast för dem just då.

*"Det var väldigt lyhört och anpassat utifrån mina förutsättningar. Det var inte utifrån en mall att "här ska va, det här ska du göra" utan att försökte få stöd i de svårigheterna vi hade, eller jag hade."*  
(F4, Förälder till tvååring)

Vissa föräldrar tog del av bildmaterial kring hälsosamma vanor under besöken. Bildmaterialet var till hjälp för föräldrarna i situationer när de skulle vägleda sitt barn till olika matval.

*"Så det är den bilden jag förklarar för mitt barn och försöker hålla med; "OK" mitt barn köper det... Det märker jag att det har gett stor effekt!"* (F1, Förälder till femåring och ettåring)

Hälsostödet erbjöds på fler språk än svenska och föräldrarna kunde välja vilket språk de ville ha hälsostödet på. De föräldrar som valt att få hälsostödet på ett annat språk än svenska uttryckte att det var bra att kunna växla mellan språken, de beskrev att vissa saker eller ord kunde vara svåra att hitta på svenska och då underlättade det att hälsokommunikatören kunde tala familjens förstaspråk<sup>1</sup>.

*"Ja det har varit jättebra, ibland man kan liksom inte alla ord liksom eller material eller den här sorten av maten." (F3, Förälder till 5,5 åring)*

<sup>1</sup> Samma sak som **modersmål**, alltså det eller de språk som ett barn lär sig tala först i sin familj eller liknande. Används hellre av språkvetare, eftersom modersmål för tankarna till modern, som inte behöver ha med barnets språkutveckling att göra (<https://www.isof.se/lar-dig-mer/kunskapsbanker/lar-dig-mer-om-flersprakighet/spraken-i-sverige>)

## **Diskussion**

Författaren till denna studie utförde kvalitativa semistrukturerade intervjuer för att förstå föräldrars upplevelse och önskemål om hälsostöd för att främja goda levnadsvanor. De övergripande fynden visade att hälsostödet skapade empowerment hos föräldrarna - detta skedde genom att föräldrar fick värdefull kunskap, att de blev bemötta med engagemang samt att föräldrarna ökade tilliten till sin egen förmåga. Kontakten med hälsokommunikatören behövde vara flexibel och lättillgänglig, många efterfrågade mer fysiska kontaktyper. Utöver det behövde hälsokommunikatören vara lyhörd för föräldrarnas behov av att själva kunna välja när träffarna skulle ske samt hur länge varje träff pågick. En fördel var om hälsostödet kunde ges på familjens förstaspråk och om bildmaterial användes i arbetet med att främja hälsosamma vanor.

### **Resultatdiskussion**

#### **Empowerment**

I studien framkom att föräldrarna kände sig stärkta av att få värdefull kunskap. Exempelvis fanns funderingar och oro kring mat till barnen - vad som passade att ge små barn, hur mycket barnet skulle äta och oro kring att barnet inte åt tillräckligt eller åt fel saker. Slater et al (2010) visar att det är mycket vanligt med denna typ av oro - 69 procent av föräldrarna skattar oro för deras barns kost bland det som man oror sig allra mest för, framför allt fanns oron kring mat hos föräldrar till barn i förskoleåldern. Samtalen med hälsokommunikatören gjorde föräldrarna tryggare och föräldrarna upplevde att de fick värdefull kunskap som de praktiskt kunde använda vilket stärkte dem. Enligt Yuesti och Sumantra (2017) kan empowerment ske genom att öka kunskap - genom att lära sig mer kan man utveckla sig själv i en bättre riktning.

Enligt Lipstein, Brinkmann och Britto (2011) vill de flesta föräldrar dela beslut om barnets hälsa med en vårdgivare. Hinds, Oakes, Furman, Foppiano, Olson, Quargnenti et al. (1997) fann också att föräldrar tycker att rekommendationer från hälso- och sjukvårdspersonal är det viktigast när de ska fatta beslut rörande barnets hälsa. Föräldrarna kände stort förtroende för hälsokommunikatörens kunskaper och litade på de råd som hälsokommunikatören gav. Föräldrarna upplevde också att hälsokommunikatören var lätt att komma i kontakt med och hälsostödet uppfattades som tillgängligt. Engagemanget och närvaron kan ha bidragit till att föräldrarna upplevde att empowerment skapades - enligt Yuesti och Sumantra (2017) är engagemang tydligt kopplat till begreppet empowerment.

Föräldrarna upplevde att hälsostödet ökade deras egen tillit till egen förmåga, en del uttryckte att de tidigare hade varit osäkra men att de nu kände sig tryggare och litade på att de hade rätt kunskap och gjorde rätt. Detta överensstämmer med Nutbeam, Harris och Wise (2010) som skriver att professionella inom hälso- och sjukvården kan arbeta med människor på sätt som stärker individens självförtroende i den egna kapacitet att agera på sätt som möjliggör förändring, vilket är första steget i ett kontinuum för att utveckla empowerment.

### Behovsanpassning

Fysiska träffar i olika former önskades utav föräldrarna. En del av förslagen, som till exempel gruppträffar, var sådant som hälsostödet redan erbjöd men som kanske inte alla föräldrar tagit del av eller kände till. Andra förslag som framkom var mer fysisk närvaro av hälsokommunikatören på BVC och MHV för att locka fler föräldrar att tacka ja till hälsostödet.

Föräldrarna uppskattade också att hälsostödet kunde ges på olika språk, det gjorde det lättare både att förstå och göra sig förstådd vilket förenklade kommunikationen och att tala samma språk ökar förtroendet för vårdgivaren. Att språkkomponenten är en viktig del av stödet stöds av Ranjan, Kumari och Arora (2020) som menar att en person som besöker hälso- och sjukvården känner sig mer bekväm med att dela med sig av personlig information om kommunikationen sker på det egna språket, även behandlingsefterlevnad kan förbättras avsevärt genom effektiv kommunikation.

Att de första mötena gavs lång tid, mellan en och två timmar om föräldern önskade, gjorde att föräldern ofta kände att nästkommande träffar inte alltid behövde bli särskilt långa – kanske räckte det bara med ett sms då och då. Föräldrarna uttryckte att det, i jämförelse med andra besök inom hälso- och sjukvården, aldrig blev stressigt under tillfällena med hälsokommunikatören – oavsett hur lång eller kort träffen blev. Nöjdhet verkar vara sammanlänkat med känslan av att få tid hos sin vårdgivare – enligt Dugdale, Epstein och Pantilat (1999) var patienter som kände att de hade fått för lite tid med sin vårdgivare mindre nöjda.

## **Metoddiskussion**

Urval av deltagare

Creswell & Creswell (2018) menar att i kvalitativ forskning ska ett avsiktligt urval av deltagare göras – det behöver inte vara representativa men en tydlig motivering behövs för att inkludera vissa individer snarare än andra (Taherdoost, 2016). I detta fall valdes deltagarna utifrån att de bodde i ett område med relativt högt CNI samt att de hade tagit del av det specifika hälsostödet. En begränsning var dock att ett av inklusionskriterierna i denna studie var att föräldern som medverkade i intervjun behövde kunna

genomföra intervjun på svenska (på grund av forskarens begränsade språkkunskaper) vilket innebär en svaghet i studien. Det är möjligt att andra perspektiv framkommit om föräldrar som talar andra språk än svenska hade medverkat i studien.

Antalet intervjuade föräldrar i denna studie var sex stycken (exklusive föräldern som genomförde testintervjun). Enligt Creswell och Creswell (2018) representeras ofta kvalitativ forskning av ett mindre antal deltagare och det finns inget exakt svar hur många som bör delta. Efter fem intervjuer uppnåddes mättnad, en sjätte intervju gjordes för att säkerställa att mättnad verkligen var nådd.

### Datainsamling

Alla sex intervjuer genomfördes via telefon, liksom den testintervju som genomfördes inför studien. Enligt Yin (2003) är fördelen med intervjuer att de fokuserar direkt på ämnet för studien samt att de ger insiktsfulla upplevda slutsatser från deltagarna. I semistrukturerade intervjuer finns en flexibilitet som möjliggör att information upptäcks som är viktig för deltagarna men som kanske inte tidigare har ansetts vara relevant av forskargruppen (Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008). Eftersom det var just föräldrarnas upplevelser och tankar om hälsostöd i framtiden som ville fångas där forskaren omöjligt på förhand kunde förutse exakt vilka frågor som behövde ställas får den semistrukturerade intervjun anses vara ett lämpligt val för datainsamling till denna studie.

### Analysmetod

Vid transkriberingen upptäcktes att det vid några tillfällen användes andra uttryck än vad som kanske vanligtvis används. Exempelvis kunde en förälder uttrycka sig "jag *tror* att det är ett bra stöd" när innebörden egentligen var "jag *tycker* att det är ett bra stöd" (jmf engelskans "I think").

Detta och liknande språkliga varianter har i kondensering och abstraheringen gjorts om till den underliggande mening som föräldern uttryckte och inte vad som ordagrant sas. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) bör en text som är föremål för en kvalitativ innehållsanalys alltid ses i sin kontext – texten bör tolkas med en medvetenhet om rådande kultur, livsvillkor och personens egen historia.

Forskaren har i studien använt latent tolkning och försökt fånga innebörden i det deltagarna beskrev, men det är alltid möjligt med flera tolkningar av en text där flera tolkningar också kan vara giltiga (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017). I denna studie eftersöktes erfarenheter och beskrivningar av vad som önskade framåt, kvalitativ innehållsanalys ansågs lämplig för att uppfylla syftet.

### **Kvalitetssäkring**

Ofta finns inte bara en sanning utan flera alternativa tolkningar av data är möjliga, därav behöver forskaren kunna visa trovärdighet i sitt resultat (Lundman & Hällgren Graneheim (2017). Tillförlitligheten innefattar att skapa förtroende för att resultaten, ur deltagarnas perspektiv, är sanna och trovärdiga (Forero, Nahidi, De Costa, Mohsin, Fitzgeralds, Gibson et al., 2018). Tillförlitligheten kan ökas om forskaren verifierar sina ställningstaganden genom processen (Lundman & Hällgren Graneheim (2017), i denna studie har handledaren följt hela studien från planering till genomförande och rapport.

Pålitligheten stärks ifall resultaten i studien är repeterbara under förutsättning att en ny studie skulle ske inom samma kohort av deltagare, kodare och sammanhang (Forero et al., 2018), studiemetoderna i denna studie har därför beskrivits uttömmande. För att öka överförbarheten till andra sammanhang eller miljöer har i denna studie använts ett medvetet

urval av deltagare och säkerställande datamättnad. Förtroendet för resultatet kan ökas genom att det bekräftas av andra forskare (Forero et al., 2018) eller via triangulering av data (Creswell & Creswell, 2018) tyvärr var det inte möjligt i denna studie.

## **Förförståelse**

Enligt Creswell och Creswell (2019) behöver forskaren kommentera kring två saker när det kommer till förförståelsen hos forskaren; tidigare erfarenheter samt hur dessa tidigare erfarenheter formar de tolkningar som forskaren gör. Forskaren i denna studie har medvetenhet om att dennes bakgrund och intresse kan ha inverkat på det resultat som denna studie fick fram. Forskarens förkunskap om ämnet och området kan vara till nackdel då det finns risk att forskaren inte ser med (relativt) objektiva ögon på fynden, forskaren kan vilja se saker som inte finns där eftersom det kan finnas förväntningar på att interventionen ska ge ett visst resultat och att föräldrarna ska visa önskemål (Creswell & Creswell, 2018). Datamaterialet delades därför med handledare för att se om även en extern person såg samma mönster. Förkunskapen kan också föra med sig vissa fördelar; den ger en mycket god kännedom om ämnesområdet som kan ge en djupare förståelse av föräldrarnas svar i intervjuerna.

## **Etiska aspekter**

Forskaren har genom hela processen agerat i linje med den med maxim som Booth, Colomb, Williams, Bizup och Fitzgerald (2019) beskriver, det vill säga; vålla ingen skada. Deltagarna har inte haft någon beroendeställning eller vårdrelation till forskaren. Även om hälsostödet vänder sig till hela familjen har inga barn deltagit i studien eftersom de kan anses vara en extra sårbar grupp (Helsingforsdeklarationen, 2022), utan endast föräldrar har medverkat. Forskaren har hanterat alla uppgifter med



största konfidentialitet, alla namn och könstillhörigheter plockades till exempel bort. Detta så att ingen deltagare ska kunna spåras, inte heller har några obehöriga kunnat ta del av materialet då det förvarats på ett säkert sätt (Vetenskapsrådets, 2002).

I resultatet beskrivs föräldrarna i samband med citat endast genom att ange förälder och antal barn samt barnens ålder, exempel; "Förälder till tvååring och ettåring".

## **Slutsatser**

Enligt författaren av denna uppsats framkommer tydligt att det finns behov av riktade hälsoinsatser till den målgrupp som idag har de sämsta förutsättningarna för god hälsa och den största risken att utveckla övervikt och obesitas. Insatserna behöver vara utformade efter mottagarens behov och önskemål. Fynden som framkommer i studien ger vägledning i hur hälsostöd kan utformas i framtiden.

Hälsostödet skapar empowerment och föräldrarna känner sig stärkta i att göra hälsosamma val för sina barn och sin familj. Ett framtida hälsostöd behöver innehålla komponenter så som; gott om tid för besöken, flexibilitet och tillgänglighet, bildmaterial för att främja hälsosamma vanor samt möjligheter till hälsostöd på olika språk. Att erbjuda denna typ av hälsostöd till geografiska områden med liknande förutsättningar skulle troligtvis gynna folkhälsan och kunna minska hälsoklyftor i befolkning.

## **Förslag till vidare forskning och praktiskt folkhälsoarbete**

För att ytterligare förstå och, i nästa led, nå målgruppen behövs fortsatt forskning inom området. Exempelvis skulle en intervjustudie på andra språk än svenska kunna ge en ännu djupare förståelse för föräldrarnas behov och önskemål. Ytterligare förslag på forskning skulle kunna vara en

studie där forskaren utgår från en deduktiv ansats och använder sig av Health Belief Model som enligt Green et al. (2019) innebär att beslutsfattande beror på att individer är övertygande om att en viss åtgärd kommer att leda till en ökad sannolikhet för att ett önskvärt resultat ska uppnås.

Ett språkanpassat hälsostöd liknande det beskrivet i denna studie skulle också kunna erbjudas till ungdomar och unga vuxna via ungdomsmottagning eller skolsjuksköterska på gymnasiet för att främja folkhälsan.

## Referenser

- Armstrong, R., Waters, E., Jackson, N., Oliver, S., Popay, J., Shepherd, J., Petticrew, M., Anderson, L., Bailie, R., Brunton, G., Hawe, P., Kristjansson, E., Naccarella, L., Norris, S., Pienaar, E., Roberts, H., Rogers, W., Sowden, A. & Thomas, H. (2007). *Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions*. Version 2. Tillgänglig på: [https://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/public/uploads/Guidelines%20HP\\_PH%20reviews.pdf](https://ph.cochrane.org/sites/ph.cochrane.org/files/public/uploads/Guidelines%20HP_PH%20reviews.pdf) (hämtad 2022-04-10)
- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Baker, J. L., Olsen, L. W., & Sorensen, T. I. A. (2007). Childhood BMI and the risk of coronary disease in adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 357: 2329-2337. doi: 10.1056/NEJMoa072515 (hämtad 2022-04-18)
- Barnhälsovården Region Stockholm. (2020). *Årsrapport Barnhälsovård i Stockholms län 2020*. Region Stockholm. Tillgänglig på: <https://vardgivarguiden.se/globalassets/kunskapsstod/bvc/bhv-rapporter/arsrapport-barnhalsovard-2020.pdf> (hämtad 2022-04-15)
- Booth, W. C., Colomb, G. G., Williams, J. M., Bizup, J., & Fitzgerald, W. T. (2019). *Forskning och skrivande. Konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4. uppl.). Oxford: Oxford Press.
- Céлинд, J., Bygdell, M., Martikainen, J., Ohlsson, C., & Kindblom, J. M. (2022). Childhood overweight and risk of obesity-related adult cancer in men. *Cancer Communications*, 1-4. doi: 10.1002/cac2.12286 (hämtad 2022-05-08)
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2018). *Folkhälsorapporten: Övervikt och fetma*. Region Stockholm. Tillgänglig på: <https://www.folkhalsorapportstockholm.se/rapporten/riskfaktorer/overvikt-och-fetma/> (hämtad 2022-05-14)

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles: Sage Publication, Inc.

DiCicci-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education, Volume 40*(4): 314-321.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x> (hämtad 2022-05-14)

Dugdale, D. C., Epstein, R., & Pantilat, S. Z. (1999). Time and the Patient-Physician Relationship. *Journal of General Internal Medicine, 14*(1): 34-40. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.00263.x (hämtad 2022-05-20)

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Öppna jämförelser folkhälsa 2019*. Tillgänglig på:  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ec714fca0b0145eab3d7924511550a74/oppna-jamforelser-folkhalsa-2019-18076.pdf> (hämtad 2022-04-10)

Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Övervikt och fetma*. Tillgänglig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-overvikt-och-fetma> (hämtad 2022-04-10)

Folkhälsomyndigheten. (2022b). *Övervikt och fetma hos barn 6–10 år*. Tillgänglig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-barn-6-10-ar/> (hämtad 2022-04-10)

Folkhälsomyndigheten. (2022c). *Nationella folkhälsomål och målområden*. Tillgänglig på: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/> (hämtad 2022-04-15)

Forero, R., Nahidi, S., De Costa, J., Mohsin, m., Fitzgeralds, G., Gibson, N., McCarthy, S & Aboagye- Sarfo., P. (2018). Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine. *BMC Health Services Research, 18*(120). doi: 10.1186/s12913-018-2915-2 (hämtad 2022-05-20)

GBD. (2020). Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet, Volume 396*(10258):1223–49. doi:10.1016/S0140-6736(20)30752-2 (hämtad 2022-04-10)

Geserick, M., Vogel, M., Gausche, R., Lipek, T., Spielau, U., Keller, E., Pfäffle, R., Kiess, W., och Körner, A. (2018). Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *The New England Journal of Medicine, 379*(14): 1303-1312. doi: 10.1056/NEJMoa1803527 (hämtad 2022-04-15)

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal, 204*:291–295. Tillgänglig på: <https://www.nature.com/articles/bdj.2008.192> (hämtad 2022-05-16)

Goisis, A., Sacker, A., & Kelly, Y. (2015). Why are poorer children at higher risk of obesity and overweight? A UK cohort study. *The European Journal of Public Health, 26*(1): 7–13. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv219> (hämtad 2022\_04-10)

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*:105–112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001> (hämtad 2022-05-08)

Green, J., Cross, R., Woodall, J., & Tones, K. (2019). *Health promotion: Planning and strategies*. London: SAGE.

Gurzkowsk, B., Kułaga, Z., Litwin, M., Grajda, A., Świąder, A., Kułaga, K., Gózdź, M., & Wojtyło, M. (2013). The relationship between selected socioeconomic factors and basic anthropometric parameters of school-aged children and adolescents in Poland. *European Journal of Pediatrics, 173*:45–52. doi: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs00431-013-2109-1> (hämtad 2022-04-10)

Gutin, I. (2018). In BMI We Trust: Reframing the Body Mass Index as a Measure of Health. *Social Theory & Health, 16*(3):256-271. doi: <https://dx.doi.org/10.1057%2Fs41285-017-0055-0> (hämtad 2022-05-08)

Hagman, E., Danielsson, P., Brandt, L., Svensson, V., Ekblom, A., & Marcus, C. (2017). Childhood Obesity, Obesity Treatment Outcome, and Achieved Education: A Prospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, 61(4):508-513. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.009> (hämtad 2022-04-10)

Helsingforsdeklarationen. (2022). *Informed Consent, Principle 25*. Tillgänglig på: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (hämtad 2022-05-09)

Heyman, I. (1999). En självreflexiv dimension i vetenskapligt arbete. *Pedagogisk Forskning i Sverige*, 4(2):162-180. Tillgänglig på: <https://open.lnu.se/index.php/PFS/article/download/1061/912/2659> (hämtad 2022-05-09)

Hinds, P. S., Oakes, L., Furman, W., Foppiano, P., Olson, M. S., Quargnenti, A., Gattuso, J., Powell, B., Srivastava, D. K., Jayawardene, D., Sandlund, J. T., & Strong, C. (1997). Decision making by parents and healthcare professionals when considering continued care for pediatric patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(9): 1523-1528. Tillgänglig på: <https://europepmc.org/article/med/9348593> (hämtad 2022-05-19)

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms Läns landsting. (2015). *Så kan vi vända trenden Handlingsprogram övervikt och fetma 2016-2020*. Tillgänglig på: <http://dok.slso.sll.se/CES/FHG/Folkhalsoarbete/Informationsmaterial/Handlingsprogram-overvikt-fetma-2016-2020.pdf> (hämtad 2022-04-15)

Iguacel, I., Fernández-Alvira, J. M., Labayen, I., Moreno, L. A., Samper, M. P., & Rodríguez, G. (2017). Social vulnerabilities as determinants of overweight in 2-, 4- and 6-year-old Spanish children. *The European Journal of Public Health*, 28(2):289-295. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx095> (hämtad 2022-04-10)

Jabakhanji, S. B., Pavlova, M., Groot, W., Boland, F., & Biesma, R. (2017). Social class variation, the effect of the economic recession and childhood obesity at 3 years of age in Ireland. *The European Journal of Public Health*,

27(2):234–239. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw235> (hämtad 2022-04-10)

Jounala, M., Magnussen, C. G., Berenson, G. S., Venn, A., Burns, T. L., Sabin, M. A., Srinivasan, S. R., Daniels, S. R., Davis, R. H., Chen, W., Sun, C., Cheung, M., Viikari, J. S. A., Dwyer, T., & Raitakari, O. T. (2011). Childhood Adiposity, Adult Adiposity, and Cardiovascular Risk Factors. *The New England Journal of Medicine*, 365:1876-1885. doi: 10.1056/NEJMoa1010112 (hämtad 2022-04-18)

Kallio, H., Pietilä, A-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Clinical Nursing*, 72(12): 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031> (hämtad 2022-04-16)

Kommissionen för jämlik hälsa. (2016). *Det handlar om jämlik hälsa Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.* (SOU 2016:55). Tillgänglig på: [https://www.regeringen.se/4a52ad/contentassets/ca4b953b5fbf403cbd1d1ea58f9ea10/det-handlar-om-jamlik-halsa\\_sou-2016\\_55.pdf](https://www.regeringen.se/4a52ad/contentassets/ca4b953b5fbf403cbd1d1ea58f9ea10/det-handlar-om-jamlik-halsa_sou-2016_55.pdf) (hämtad 2022-04-10)

Krieger, N. (1999). Embodying Inequality: A Review of Concepts, Measures, and Methods for Studying Health Consequences of Discrimination. *International Journal of Health Services*, 29(2): 295–352. doi: 10.2190/M11W-VWXE-KQM9-G97Q (hämtad 2022-04-10)

Lakes, T., & Burkart, K. (2016). Childhood overweight in Berlin: intra-urban differences and underlying influencing factors. *International Journal of Health Geographics*, 15(12). doi: 10.1186/s12942-016-0041-0 (hämtad 2022-04-18)

Lindberg, L., Danielsson, P., Persson, M., Marcus, C., & Hagman, E. (2020). Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: A Swedish prospective cohort study. *PLOS MEDICINE*, 18 March. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003078> (hämtad 2022-04-10)

Lindberg, L., Hagman, E., Danielsson, P., Marcus, C., & Persson, M. (2020). Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC MEDICINE*, 18(30). doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1498-z> (hämtad 2022-04-10)

Lipstein, E. A., Brinkmann, W. B., & Britto, M. T. (2012). What Is Known about Parents' Treatment Decisions? A Narrative Review of Pediatric Decision Making. *Medical Decision Making*, 32(2):246-58. DOI: 10.1177/0272989X11421528 (hämtad 2022-05-20)

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B & Granskär, M (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

Murer, S. B., Saarsalu, S., Zimmermann, J., & Herter-Aeberli, I. (2015). Risk factors for overweight and obesity in Swiss primary school children: results from a representative national survey. *European Journal of Nutrition*, 55:621–629. doi: 10.1007/s00394-015-0882-5 (hämtad 2020-12-22)

Nader, P. R., O'Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Friedman, S., Mei, Z., & Susman, E. J. (2006). Identifying Risk for Obesity in Early Childhood. *Pediatrics*, 118(3): 594-601. doi: 10.1542/peds.2005-2801 (hämtad 2022-04-15)

Nationellt kliniskt kunskapsstöd. (2020a). *Fetma*. Tillgänglig på: <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/248df46d-5422-497c-b843-2302bc591ad3> (hämtad 2022-05-08)

Nationellt kliniskt kunskapsstöd. (2020b). *Fetma hos barn*. Tillgänglig på: <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/3598c1e6-ad31-467b-9a41-9f61ebbe5d87> (hämtad 2022-05-08)

Neovius, K., Rehnberg, C., Rasmussen, F., & Neovius, M. (2012). Lifetime productivity losses associated with obesity status in early adulthood: a population-based study of Swedish men. *Applied Health Economics and Health Policy*, 10(5): 309-17. doi: 10.1007/BF03261865 (hämtad 2022-04-10)



Nutbeam, D., Harris, E., & Wise, M. (2010). *Theory in a Nutshell. A Practical Guide to Health Promotion Theory* (3. uppl.). North Ryde: McGraw-Hill Australia Pty Ltd.

Parikka, S., Mäki, P., Levälahti, E., Lehtinen-Jacks, S., Martelin, T., & Laatikainen, T. (2015). Associations between parental BMI, socioeconomic factors, family structure and overweight in Finnish children: a path model approach. *BMC Public Health*, 15(271). doi: 10.1186/s12889-015-1548-1 (hämtad 2022-04-10)

Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, 78(20). Tillgänglig på: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-020-00402-5> (hämtad 2022-04-10)

Ranjan, P., Kumari, A., & Arora, C. (2020). The value of communicating with patients in their first language. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 20(6): 559-561. <https://doi.org/10.1080/14737167.2020.1835474> (hämtad 2022-05-19)

Roswall, J., Almqvist-Tangen, G., Holmén, A., Alm, B., Bergman, S., Dahlgren, J., & Strömberg, U. (2016). Overweight at four years of age in a Swedish birth cohort: influence of neighbourhood-level purchasing power. *BMC Public Health*, 16(546). doi: 10.1186/s12889-016-3252-1 (hämtad 2022-04-10)

SBU. (2017). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. I SBU:s Handbok. Tillgänglig på: [https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel08.pdf](https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf)

(hämtad 2022-04-10)

SCB. (u.å.). *Socioekonomisk indelning (SEI)*. Tillgänglig på: <https://www.scb.se/dokumentation/klassifikationer-och-standarder/socioekonomisk-indelning-sei/> (hämtad 2022-04-09)

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289: 1813-1819. doi: 10.1001/jama.289.14.1813 (hämtad 2022-04-18)

Slater, A., Bowen, J., Corsini, N., Gardner, C., Golley, R., & Noakes, M. (2010). Understanding parent concerns about children's diet, activity and weight status: an important step towards effective obesity prevention interventions. *Public Health Nutrition* 13(8): 1221-1228. doi: 10.1017/S1368980009992096. (hämtad 2022-05-19)

Spong, E., Miregård, J., & Nylander, C. (2021). Övervikt och fetma kvar på höga nivåer bland 4-åringar i Sverige. Förebyggande och tidiga insatser i hela samhället behövs. *Läkartidningen*, 118:21107. Tillgänglig på: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/rapport/2021/10/overvikt-och-fetma-kvar-pa-hoga-nivaer-bland-4-aringar-i-sverige/> (hämtad 2022-05-14)

Taherdoost, Hamed. (2016). Sampling Methods in Research Methodology; How to Choose a Sampling Technique for Research. *International Journal of Academic Research in Management*, 5(2): 18-27. Tillgänglig på: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02546796/document> (hämtad 2022-05-15)

van Vliet, J. S., Gustafsson, P. A., Duchon, K., & Nelson, N. (2015). Social inequality and age-specific gender differences in overweight and perception of overweight among Swedish children and adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(628). Tillgänglig på: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1985-x> (hämtad 2022-04-10)

Vetenskapsrådet. (2002). *Vetenskapliga principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig på: [https://lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](https://lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf) (hämtad 2022-05-09)

Vetenskapsrådet. (2020). *Informerat samtycke*. Tillgänglig på: <http://www.codex.vr.se/manniska2.shtml> (hämtad 2022-04-10)

Vårdgivarguiden Region Stockholm. (2022). *Beräkning av CNI BVC*.

Tillgänglig på:

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/barnavardscentral/berakning-av-cni-bvc.pdf> (hämtad 2022-05-08)

World Health Organization [WHO]. (2021). *Obesity and overweight*.

Tillgänglig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (hämtad 2022-04-10)

World Health Organization [WHO]. (u.å). *Body mass index – BMI*.

Tillgänglig på: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (hämtad 2022-05-08)

Yin, R. K. (2003). *Case study research, design and methods* (3. uppl.). Thousand Oaks: SAGE.

Yuesti, A., & Sumantra, K. (2017). Empowerment on the knowledge and learning organization for community development. *Scientific Research Journal*, 5(9): 96-101. Tillgänglig på:

[https://www.researchgate.net/publication/321696243\\_EMPOWERMENT\\_ON\\_THE\\_KNOWLEDGE\\_AND\\_LEARNING\\_ORGANIZATION\\_FOR\\_COMMUNITY\\_DEVELOPMENT](https://www.researchgate.net/publication/321696243_EMPOWERMENT_ON_THE_KNOWLEDGE_AND_LEARNING_ORGANIZATION_FOR_COMMUNITY_DEVELOPMENT) (hämtad 2022-06-02)

Zhou, Y., von Lengerke, T., Walter, U., & Dreier, M. (2018). Migration background and childhood overweight in the Hannover Region in 2010–2014: a population-based secondary data analysis of school entry examinations. *European Journal of Pediatrics*, 177:753–763.

<https://doi.org/10.1007/s00431-018-3118-x> (hämtad 2022-04-10)

# Bilagor

## Bilaga 1

### **Relativt CNI enligt Region Stockholm:**

Relativt CNI i Region Stockholm (Vårdgivarguiden, 2022) baseras på fem socioekonomiska faktorer:

"Personer födda i öst och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien, eller Sydamerika"

"Ensamstående föräldrar med barn  $\leq 17$  år"

"Personer, 1 år eller äldre som flyttade in i området"

"Arbetslösa eller i åtgärd, 16-64 år"

"Lågutbildade 25-64 år"

Den enskilda mottagningens CNI-poäng per listad jämförs sedan med genomsnittet för samtliga mottagningar inom regionen och utifrån det ges ett relativt CNI.

## Bilaga 2 Faktaruta om hälsostöd från hälsokommunikatör

### Faktaruta om det individuella hälsostödet med hälsokommunikatör inriktning prevention av övervikt och fetma

Hälsostödet innebär en tidig förebyggande insats, primär prevention, för att förhindra uppkomsten av övervikt och fetma hos 4-åringar. Hälsostödet erbjuds därför redan på Mödrahälsovården under tiden kvinnan är gravid och på Barnvårdscentralen under barnets första år i livet. Personalen på Barnmorskemottagningarna och BVC-mottagningarna har fått utbildning i vad hälsostödet innebär och hur det fungerar samt hur de ska presentera hälsostödet för den gravida/föräldrarna. Rekryteringskriterier har kommunicerats muntligt och i skriftlig form. Varje barnmorska/BHV-sjuksköterska har även en skriftlig lathund kring vilka kriterier som den gravida/familjen ska uppfylla samt tips på hur hälsostödet kan presenteras. Under varje termin sker regelbundet avstämningar mellan personalen på varje mottagning och hälsokommunikatörerna. På avstämningarna lyfts exempelvis frågor från personalen, nyheter från hälsokommunikatörerna, aktuellt i området, handledning i oidentifierade fall mm. Här kan även ny personal på mottagningen få information om hälsostödet och utbildning i rekryteringsprocessen. Träffarna är både en möjlighet till kompetensutveckling inom området för personalen på mottagningen och ett tillfälle att stämma av hur det går med rekrytering av gravida/familjer till stödet.

Rekryteringen sker genom att personalen på mottagningen vid ett ordinarie besök uppmärksammar att den gravida/familjen har behov av hälsostödet samt uppfyller kriterierna för att kunna få det. Ordinarie personal ger då kort information om att hälsostödet finns samt erbjuder att en hälsokommunikatör kan ringa upp för att ge mer information och eventuellt boka tid för ett första möte om intresse finns. Om den gravida/familjen är intresserad förmedlar barnmorskan/BHV-sjuksköterskan kontaktuppgifter till den gravida/familjen till hälsokommunikatörerna som sedan ringer upp.

De tre hälsokommunikatörerna som arbetar med hälsostödet har hälso- eller sjukvårdsutbildning i grunden och de är sedan specifikt utbildade för att kunna möta familjerna på bästa sätt. Fortbildningen innefattar samtalsmetodik (MI), fetma hos barn, fysisk aktivitet, hälsosamma vanor, journalföring i Take Care, utbildning i videomöten via Alltid öppet mm. En viktig del är också den språk- och kulturkompetens som hälsokommunikatörerna behöver besitta. Hälsokommunikatörerna har även med sig flerårig erfarenhet av att arbeta med hälsofrämjande arbete i grupp och att möta nyanlända och andra med migrantbakgrund.

Första mötet sker på en tid och plats som passar den gravida/familjen. Mötet kan exempelvis ske via fysisk träff på ordinarie mottagning, i hemmet, via telefon eller videobesök i Alltid öppet, under en butiksvandring, på en lekplats eller under en promenad. Hälsostödet är kultur- och språkpassat, mötena sker direkt på det språk som den gravida/familjen önskar och ingen tolk används. Den gravida/familjen får beskriva sin vardag och livssituation och utifrån det sätter den gravida/familjen upp mål tillsammans med hälsokommunikatören. Hälsokommunikatörer stöttar den gravida/familjen utifrån varje unik individs och familjs behov och förutsättningar. En regelbunden uppföljning av de mål som satts upp sker och när ett mål har uppnåtts sätts nya mål upp till dess den gravida/familjen känner sig nöjda. Fokus för hälsostödet är hela familjens hälsa och vanor. För närvarande erbjuds hälsostödet på följande språk: svenska, lätt svenska, engelska, arabiska, kurdiska (flera olika dialekter), syrianska, ryska och armeniska.

Bramsgård, M. (2020). Processutvärdering Hälsokommunikation HPÖ HT2018-HT2020.

Tillgänglig på:

<https://www.transkulturelltcentrum.se/globalassets/verksamheter/transkulturellt-centrum/overviktsprevention/20200909-processutvardering-hk-hpo-ht2018-till-vt2020.docx.pdf> (hämtad 2022-05-15)

### Bilaga 3 Intervjuguide

<b>Datum, tid och plats för intervjun samt namn på informanten och intervjuaren.</b>
<b>Information om intervjun och studien, informerat samtycke inhämtas.</b>
<b>Information om att vi kommer att prata om olika teman</b> (dock ej ta upp rubrik för varje tema)
<b>Bakgrundsfrågor:</b>  Vilket område bor du i?  Vill du beskriva din familj?  När fick du erbjudande om hälsostödet?  Vilket språk har du och hälsokommunikatören kommunicerat på?
<b>Innehållsfrågor:</b>  <b>Sätt, tid och intensitet för kontakter</b>  <i>Intensitet</i>  Hur många gånger ungefär har du haft kontakt med din hälsokommunikatör? (kan vara svårt att komma ihåg antalet)  Vad tycker du om antalet kontakter (för få, lagom, för många)?  <i>Kontakttyper</i>  På vilka sätt har du och hälsokommunikatören haft kontakt?  Finns det något sätt att ha kontakt – av de ni haft - du tycker bättre eller sämre om?  Vilka kontakttyper, utöver de som erbjuds idag skulle du vilja ha?  <i>Tidsåtgång</i>  Om du tänker på hur lång tid varje kontakttillfälle varit hur skulle du säga att det passade just dig? (För långt, kort lagom)  Hur långt skulle du vilja att varje kontakttillfälle var?  Skulle du vilja att varje kontakttillfälle hade en bestämd tid eller föredrar du att varje tillfälle anpassas efter dig och dina behov?  <b>Hälsoteman och familjens vanor:</b>  Vilka hälsoteman har du och hälsokommunikatören talat om?

Vilka hälsoteman, utöver de som du och hälsokommunikatören tidigare diskuterat skulle du vilja prata om?

#### **Hälsokommunikatören**

Hur har du upplevt att hälsokommunikatörens förståelse för dig och din familjs vardag och livssituation har varit? Har det varit viktigt?

Skulle du önskat att hälsokommunikatören hade bemött dig på ett annat sätt? I så fall hur?

#### **Hälsostödet i helhet**

Har hälsostödet påverkat/förändrat familjen vanor?

Om ja – på vilket sätt har hälsostödet förändrat familjens vanor?

Vad tycker du har fungerat bra med hälsostödet?

Vad tycker du har fungerat mindre bra med hälsostödet?

#### **Hälsostöd i framtiden**

Om du fick önska hur skulle du vilja att hälsostödet utvecklades/förändrades?  
(Uppmuntra till att föräldern ger exempel)

Vilka andra typer av stöd, förutom denna typ av stöd, skulle kunna främja din familjs vanor och vardag?

Har du något annat du vill tillägga?

Under intervjun kommer uttryck som: "berätta mer", "förklara närmare" och "ge exempel" användas för att få reda på mer i en specifik fråga.

Informanten tackas för att denna velat dela med sig av sin information och tid, informanten får information om sekretess samt ges möjlighet att addera eventuella tillägg.

## Bilaga 4 Informationsbrev

Till dig som tagit del av hälsostöd

**Vi söker nu dig förälder som tagit del av hälsostöd för att höra hur du upplevt stödet – vill du dela med dig av dina erfarenheter? Här nedan får du information om projektet och om vad det innebär att delta.**

Syftet med studien är att studera hur du som förälder har upplevt hälsostödet. Syftet är också att undersöka vilket hälsostöd du som förälder skulle önska framöver.

Studien är ett examensarbete på avancerad nivå och är en del av utbildningen inom Magisterprogrammet i folkhälsovetenskap vid Mittuniversitetet. Studien kommer att genomföras med intervjuer under mars-april 2022. Intervjun kommer att handla om din uppfattning/erfarenhet av hälsostödet du tagit del av samt dina tankar kring hur ett framtida hälsostöd skulle kunna se ut. Intervjun kommer att ske på svenska och beräknas ta 30-45 minuter, det är viktigt att intervjun sker i ostörd miljö, på en tid och plats som du bestämmer. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut i text.

Den information som du lämnar kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer att få ta del av den. Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i Digitala vetenskapliga arkivet – Diva. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering.

Jag frågar härmed om Du vill delta i denna studie. Du kan meddela mig ditt svar via telefon på nummer 072-241 98 45. Inför intervjun kommer du att få skriva på ett skriftligt samtycke om att du samtycker till att intervjun genomförs samt spelas in.

Ansvariga för studien är Maria Bramsgård (student) och Åsa Samuelsson (handledare). Har du frågor om studien är du välkommen att höra av dig till någon av oss:

Maria Bramsgård

Åsa Samuelsson

Student

Handledare

Universitetsadjunkt

[mabr0200@student.miun.se](mailto:mabr0200@student.miun.se)

[asa.samuelsson@miun.se](mailto:asa.samuelsson@miun.se)

072-XXX XX XX

010-XXX XX XX



## Bilaga 5 Samtyckesformulär

Samtycke - Föräldrars upplevelse och önskemål om hälsostöd för att främja goda levnadsvanor

Mittuniversitet, Institutionen för hälsovetenskaper

### **Samtycke till att delta i studien**

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i studien Föräldrars upplevelse och önskemål om hälsostöd för att främja goda levnadsvanor

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet

Plats och datum	Underskrift

# Publiceringsvillkor

## **1. Mittuniversitetet är anslutet till DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet).**

DiVA är ett digitalt repositorium för registrering och lagring av forskningspublikationer och självständiga arbeten, med möjlighet att göra handlingarna publika.

## **2. Genom att författarens verk laddas upp och publiceras i DiVA görs det tillgängligt för allmänheten.**

Uttrycket "tillgängligt för allmänheten" betyder att i princip alla och envar har möjlighet att ta del av verket. Forskarsamhället räknas i den meningen till "allmänheten". Författaren behåller sin upphovsrätt, och allmänhetens nyttjande av informationen i DiVA regleras av Upphovsrättslagen. (Se även Pkt 9)

## **3. Författaren svarar själv för att han/hon innehar erforderlig upphovsrätt för att publicera verket i DiVA.**

Eftersom författaren inte överlåter någon del av upphovsrätten, står Lärosätet/DiVA utan ansvar för eventuella brott mot upphovsrättsliga regler avseende författarens verk. Lärosätet tillhandahåller enbart en plattform, vilket innebär att författaren är "den som publicerar" i DiVA.

## **4. Examinator ansvarar för att det examinerade verket i fulltext skickas till berörd fakultetshandläggare.**

Författaren ansvarar sedan själv för att verket har godkänts för publicering; avhandlingar, examensarbeten och liknande måste vara godkända för publicering innan de får läggas ut i DiVA. Fakultetshandläggare ansvarar för att ladda upp och publicera godkänd fulltext i DiVA.

**5. Publiceringen i DiVA vilar på icke-kommersiella grunder.**

Lärosätet debiterar ej författaren några avgifter för publiceringen i DiVA. Författaren har inte rätt till ekonomisk ersättning från Lärosätet för publiceringen i DiVA. Lärosätet har inte rätt att ta ut avgifter för allmänhetens användning av författarens verk i DiVA.

**6. Lärosätet har rätt att ta bort författarens verk från DiVA om författaren bryter mot Publiceringsvillkoren.**

Enligt Lärosätets anvisningar för publicering i DiVA är författaren skyldig att ta del av och godkänna Publiceringsvillkoren. Detta bekräftas genom knapptryckning i DiVA:s registreringsmodul, vid uppladdning av fulltextfil.

**7. Den som lägger upp fulltext i DiVA svarar för att samtliga författare till verket informerats om och godkänt Publiceringsvillkoren.**

Denna punkt reglerar ansvarsförhållandena vid flerförfattarverk samt sådana fall där någon annan än författaren, på dennes uppdrag, lägger in verket i DiVA.

**8. Författaren har möjlighet att avstå från delar av sin förfoganderätt till verket.**

Genom att förse verket med särskild licens, till exempel av typen Creative Commons, kan författaren ge användarna rättighet att använda verket inom vidare ramar än vad som gäller enligt Upphovsrättslagen.

**9. Publiceringsvillkoren gäller i tillämpliga avseenden även om Lärosätet övergår till annan systemlösning än DiVA.**

Metadata och uppladdade filer överförs i sådana fall till det nya systemet.