



**Examensarbete, 15 hp, Kandidatexamen i folkhälsovetenskap
VT 2019**

”Det är en övningsarena för liten och stor”

-En intervjustudie kring familjecentralers hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Emelie Persson & Louise Sörensen

Sektionen för hälsa och samhälle

Författare/Author

Emelie Persson och Louise Sörensen

Titel/Title

”Det är en övningsarena för liten och stor” – En intervjustudie kring familjecentralers hälsofrämjande och förebyggande arbete.

”An arena of practice for both small and big” – An interview study about family centres health promotive and preventive work.

Handledare/Supervisor

Karin Flodin

Examinator/Examiner

Ann-Christin Sollerhed

Sammanfattning

Inledning: Myndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn har ett stort ansvar gällande folkhälsan, där hälsofrämjande och förebyggande arbetsmetoder tillämpas för att åstadkomma en positiv folkhälsoutveckling. Ett stort folkhälsoproblem är övervikt och fetma, vilket är en stor bidragande faktor till livsstilssjukdomar som påverkar både vuxna och barn. I Sverige visar statistik på att vart femte barn är överviktigt. En viktig arena är familjecentraler som ska arbeta för att vägleda och stärka familjer till en god hälsa genom att upplysa om hälsosamma levnadsvanor.

Syfte: Undersöka hur tre familjecentraler i Södra Sverige arbetar hälsofrämjande och förebyggande med familjer kring övervikt och fetma. **Metod:** Studien genomfördes med hjälp av en kvalitativa metod. Semi-strukturerade intervjuer med tolv yrkesprofessioner fick företräda resultatet. Intervjuerna transkriberades och utvärderades med en innehållsanalys. **Resultat:** Synliggöra sunda levnadsvanor, vägleda och utbilda föräldrar, olika arbetsmetoder, förhållningssätt mot familjerna var betydelsefulla i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på familjecentralerna. Resultatet synliggjorde även utmaningar och svårigheter i familjecentralernas arbete. **Konklusion:** Teorin KASAM kunde kopplas till familjecentralernas arbete, då en känsla av sammanhang kan vara betydelsefull för att arbetet med familjerna ska upplevas som begripligt, hanterbart och meningsfullt. Synliggörandet av människors levnadsvanor sker bäst genom en samverkan mellan flera väsentliga aktörer. Familjecentralernas arbete är viktigt för den framtida folkhälsan, därför är implementering av resurser viktigt.

Ämnesord

Hälsofrämjande arbete, Förebyggande arbete, Hälsoarbete, Familjecentraler, Övervikt och fetma.

Abstract

Introduction: Authorities within the health care sector have a big responsibility for public health, where health promotive and preventive work methods applies to achieve a positive public health development. A big public health problem is obesity, which is a large contributing factor to lifestyle diseases that affects both adults and children. In Sweden statistic show that every fifth child is obese. An important arena is family centres which should work for guiding and supporting off families to a better health through informing the families about healthy habits. **Purpose:** Investigate how three family centres in southern Sweden work health promotive and preventive with families about obesity. **Method:** The study was performed with help from a qualitative method. Semi-structured interviews with twelve occupational professions got to represent the result. The interviews were transcribed and evaluated with a content analysis. **Results:** Make healthy living habits visible, guide and educate parents, different working methods, approach to the families were meaningful for the health promotive and preventive work at the family centres. The result also highlighted challenges and difficulties in the family centres work. **Conclusion:** The theory KASAM could be linked to the work of the family centres, as a sense of context could be important for the work with the families to perceive comprehensibility, manageability and meaningfulness. The visibility of people’s living habits is best done through a collaboration between several key players. The family centres work is important for the future public health, implementation of resources is therefore important.

Keywords

Health promotion work, Preventive work, Health work, Family centres, Obesity.

Innehållsförteckning

| | |
|--|----------|
| Förord | 1 |
| 1.0 Inledning | 2 |
| 2.0 Litteraturgenomgång | 3 |
| 2.1 Hälsa..... | 3 |
| 2.2 Hälsans bestämningsfaktorer..... | 3 |
| 2.2.1 Sociala bestämningsfaktorer | 3 |
| 2.2.2 Fysisk aktivitet | 4 |
| 2.2.3 Kostvanor | 4 |
| 2.3 Hälsöarbete..... | 4 |
| 2.3.1 Folkhälsopolitiska målområden | 4 |
| 2.3.2 Riktlinjer för hälsoarbete | 5 |
| 2.3.3 Förebyggande och hälsofrämjande arbete..... | 6 |
| 2.3.4 KASAM | 6 |
| 2.4 Arbetet med övervikt och fetma..... | 6 |
| 2.5 Problemformulering | 7 |
| 3.0 Syfte | 8 |
| 4.0 Metod | 8 |
| 4.1 Val av metod | 8 |
| 4.2 Urval och deltagare | 8 |
| 4.3 Genomförande | 9 |
| 4.4 Analys..... | 10 |
| 4.5 Etiska överväganden..... | 11 |
| 4.5.1 Informations- och samtyckeskravet | 11 |
| 4.5.2 Konfidentialitets- och nyttjandekravet | 11 |

| | |
|---|-----------|
| 5.0 Resultat | 12 |
| 5.1 Teman..... | 13 |
| 5.2 Förhållningssätt i arbetet med familjerna..... | 13 |
| 5.2.1 Familjens hälsa..... | 13 |
| 5.2.2 Förhållningssätt i hälsoarbetet..... | 14 |
| 5.3 Utbildning..... | 14 |
| 5.3.1 Hälsoupplýsning och arbetsmetoder..... | 15 |
| 5.3.2 Utbildning kring livsstil..... | 16 |
| 5.3.3 Information om levnadsvanor..... | 16 |
| 5.4 Utmaningar i arbetet med familjerna..... | 16 |
| 5.4.1 Föräldrarnas kunskaper..... | 16 |
| 5.4.2 Ansvar och skyldigheter hos föräldrarna..... | 17 |
| 5.4.3 Utmaningar i yrkesprofessionernas arbete..... | 18 |
| 5.5 Resultatsammanfattning..... | 18 |
| 6.0 Diskussion | 19 |
| 6.1 Resultatdiskussion..... | 19 |
| 6.2 Metoddiskussion..... | 21 |
| 7.0 Konklusion | 22 |
| Referenslista | 24 |
| Bilaga 1: Informationsbrev | 27 |
| Bilaga 2: Intervjuguide | 28 |
| Bilaga 3: Samtyckesblankett | 29 |

Förord

Detta examensarbete är den sista delen på det folkhälsovetenskapliga programmet vid högskolan i Kristianstad. Det har varit en lång och lärorik resa som bringat ytterligare kunskaper kring det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med folkhälsan, vilket förberett oss inför yrkeslivet. Det har även varit givande att skriva tillsammans då vi kunnat bolla idéer mellan varandra, där utbytet av kunskaper stärkt studien. Ibland har det funnits motgångar där vi har haft meningsskiljaktigheter, men medgångarna har vägt upp motgångarna och även detta har stärkt oss under arbetets gång. Arbetet har fördelats jämnt under hela studiens gång, både vid genomförandet av intervjuer, transkribering och vid skrivprocessen.

Det har även varit en ögonöppnare att få höra familjecentralernas berättelser, att få höra hur de arbetar med familjer som en helhet. Genom att synliggöra studiens innehåll är vår förhoppning att fortsatt arbete inom hälsovård riktat mot familjer skall utvecklas och leda till förbättringar. Ett stort tack till alla de medverkande yrkesprofessioner på familjecentralerna som verkligen tog sig tiden att bli intervjuade. Deras medverkan hjälpte oss att få en inblick i deras arbeten och verksamheter, samt gav studien en intressant analys. Vi vill även framföra ett varmt tack till alla som hjälpt och stöttat oss i vårt arbete med studien. Tack till vår handledare Karin Flodin som väglett och stöttat oss under vår skrivprocess. Vi vill även tacka Åsa Bringsén som också funnits där och gett oss stöd under examensarbetets process. Tack!

Kristianstad, 20 maj 2019.

1.0 Inledning

Myndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn har ett stort ansvar gällande folkhälsan. Genom sina olika verksamheter har de en direkt påverkan på befolkningen och dess hälsa. Folkhälsoarbetet som bedrivs i verksamheterna utgår från hälsofrämjande och förebyggande metoder, vilka tillämpas i försök att åstadkomma en positiv folkhälsoutveckling hos alla individer (Regeringskansliet, 2018). Hälsofrämjande arbetsmetoder kan kopplas samman med det salutogena perspektivet, där fokus är att utforma åtgärder och resurser, samt tydliggöra faktorer som bidrar till att en god hälsa skapas och vidmakthålls (Lindström & Eriksson, 2005). Ett förebyggande förhållningssätt handlar, till skillnad från hälsofrämjande förhållningssätt, om att identifiera faktorer som gjort att individen drabbats av ett ohälsosamt leverne (Hanson, 2004). Förebyggande metoder kan kopplas samman med det patogena perspektivet, då processen avser att förändra det sjuka till friskt. Genom att exempelvis förändra individens levnadsvanor kan sjukdom förebyggas (ibid.). Scriven (2013) belyser båda arbetsmetoderna som betydelsefulla vid implementering av åtgärder riktade mot befolkningen. Arbetet struktureras för att möta människor på olika plan, där användning av specifika resurser kan gynna befolkningen på kortare och längre sikt (ibid.). Viner och Macfarlane (2005) framhäver att myndigheter som arbetar utifrån hälsofrämjande och förebyggande metoder ofta utgår från ett begrepp som kallas hälsopromotion, vilket handlar om att hjälpa individer att öka sina förutsättningar för att uppnå ett maximalt hälsotillstånd. Genom en kombination av insatser för beteendeförändring, ökad kunskapskänedom och förändring av miljöer kan människor få ett större stöd i processen och stärkas i vidmakthållandet av en optimal hälsa (ibid.). WHO (1986) belyser individens förmågor att hantera olika situationer som viktigt för att de ska kunna uppnå ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Människors val av livsstil såsom bristande kosthållning och minskad fysisk aktivitet påverkar deras hälsa negativt och kan orsaka olika former av livsstilssjukdomar. Utfallet av ohälsosamma levnadsvanor kan bli att individerna drabbas av sjukdomar såsom cancer, psykisk ohälsa, hjärt- och kärlsjukdomar eller diabetes (Livsmedelsverket, 2014). Ohälsosamma levnadsvanor är orsaken till att över 10 000 människor dör en för tidig död varje år, enbart i Sverige (ibid.). En av de störst bidragande faktorerna till livsstilssjukdomar är övervikt och fetma, ett stort folkhälsoproblem som inte enbart påverkar vuxna människor, utan även den yngre generationen. Statistik från år 2015 visar på att 107.7 miljoner barn blivit drabbade av övervikt och fetma, vilket är en markant ökning i många länder. Riskerna har fördubblats sedan år 1980 i mer än 70 länder, och utfallet har blivit att fler barn än vuxna drabbats (Afshin et. al., 2017). I Sverige visar statistik på att vart femte barn är överviktigt (Livsmedelsverket, 2018), vilket är ett allvarligt problem då det kan skapa onödigt lidande för de drabbade individerna, stora som små. Viktuppgången kan leda till nedsatt rörelseförmåga och vidare in i mer problematiska sjukdomstillstånd (Magnusson & Ljungkrona-Falk, 2013).

En arena där det arbetas hälsofrämjande och förebyggande med övervikt och fetma är familjecentraler, med huvudsakligt fokus på målgruppen barn. På familjecentralerna arbetar yrkesprofessioner inom mödrahälsovård, socialtjänst, öppen förskola, tandhälsovård och barnhälsovård, med primär inriktning mot förebyggande insatser. Inom verksamheterna arbetar de med en tvärprofessionell samverkan, vilket innebär att professionerna fördelar resurser mellan varandra och driver ett gemensamt arbete

(Familjecentraler, u.å.). Bélanger et. al. (2016) belyser familjecentraler som en viktig arena, där barn i många länder spenderar omkring 30 timmar i veckan. Till familjecentralerna i Sverige går 99,9 procent av familjerna i hela befolkningen. Yrkesprofessionerna arbetar för att inspirera och stärka familjer genom förebyggande och hälsofrämjande interventioner (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm, 2013). Familjecentralerna arbetar med att tidigt skapa förutsättningar för hela familjen, att stödja både föräldrar och barn under deras besök. En mötesplats för stora och små där kunskap och utbildning erbjuds till familjerna, där yrkesprofessionernas uppdrag är att vägleda familjerna till en bättre balans i vardagen och goda hälsosamma vanor (Familjecentraler, u.å.).

2.0 Litteraturgenomgång

Innehållet i det här avsnittet skall bidra till en ökad förståelse för studiens syfte, med vidare fördjupning i varje separat del för att ge en mer samlad bild. Detta innebär ett tydliggörande av hälsa och dess påverkans- och bestämningsfaktorer, det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och dess riktlinjer, samt en djupare inblick i problemområdet övervikt och fetma relaterat till familjecentralernas arbete med barn.

2.1 Hälsa

Hanson (2004) belyser hälsa och sjukdom, och människors fascination kring begreppens innebörd och mening. Vad styr individers handlingar kring att uppnå ett hälsosamt och välmående liv? Är det kanske rädslan för att bli sjuk som påverkar deras handlingar? Hälsotillståndet varierar från individ till individ då livsstilen ofta ser olika ut, vilken kan bli påverkad av den socialt omgivande miljön såsom familjen eller hem- och utomhusmiljön. Dessutom utgör de val som människor gör kring fysisk rörelse och matvanor en stor påverkan. Hur mycket eller hur lite en individ rör på sig eller vad den äter kan påverka var individs hälsa på olika vis (ibid.). Vad är då hälsa? Enligt WHO (1948) så är definitionen av hälsa följande:

“Hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt, mentalt och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaro av sjukdom eller handikapp” WHO, 1948.

2.2 Hälsans bestämningsfaktorer

2.2.1 Sociala bestämningsfaktorer

Inverkan från den sociala miljö som människor dagligen lever i påverkar dem ständigt, vilket Faskunger (2013) framhäver som en ytterligare påverkansfaktor på individers hälsotillstånd. Sociala faktorer kan vara individers beteenden, handlingssätt och preferenser. Människor som lever i en individs närhet kan även påverka den enskildes hälsa genom att exempelvis inverka på dennes handlingssätt, tankar och åsikter. Faktorerna kan var för sig eller tillsammans påverka enskilda individer på olika sätt genom hela livet, positivt som negativt (ibid.). Familjecentralernas arbete kan beskrivas som den sociala miljön som ska verka för att skapa goda och hälsosamma levnadsvanor för hela familjen.

2.2.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har visat sig öka bland individer i de äldre åldersgrupperna, dock framhäver Folkhälsomyndigheten (2017) att den dagliga fysiska aktiviteten varit väldigt låg i hela befolkningen, och i stort sett oförändrad under det senaste årtiondet. I den svenska befolkningen är 15 procent stillasittande under större delen av sin fritid. Fysisk inaktivitet benämns som en av Sveriges tio största riskfaktorer till att människor förlorar sina friska levnadsår. Warburton, Nicol och Bredin (2006) framhäver i sin studie att fysisk aktivitet associeras med minskad risk för livsstilssjukdomar och en för tidig död. Individer som dessutom tränar mer än vad som rekommenderas ökar chanserna för en bättre hälsa (ibid.). Fysisk aktivitet som en naturlig del i människors liv, att bilda en vana tidigt i livet och bibehålla den blir därför ännu viktigare att implementera (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Folkhälsomyndigheten (2017) betonar att det för målgruppen barn är svårt att dra en generell slutsats kring deras rörelsemönster, då få svenska studier undersökt barns fysiska aktivitet, vilket medför att en generalisering blir en vetenskaplig utmaning. Möjligheten till jämförelser av skillnader mellan barns fysiska aktivitet i dåtid och nutid förhindras. En av de befintliga undersökningar som genomförts kring svenska skolbarns hälsovanor framhäver att enbart 20 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna i 11-års ålder uppnår den rekommenderade fysiska aktivitetsnivån, vilket är minst 60 minuter/dag (ibid.).

2.2.3 Kostvanor

Dåliga kostvanor kan enligt Naidoo och Wills (2007) benämnas som ett "riskbeteende", vilket anses ha en dålig effekt på människors hälsa. Individers hälsoproblem och sjukdomar har visat sig ha en stark koppling till olika riskbeteenden. Människors livsstil och sättet de lever på har visat sig få genomgripande konsekvenser för den framtida hälsan (ibid.). Ljungkrona- Falk, Brekke och Nyholm (2013) belyser en studie kring sjuksköterskors osäkerhet att prata om kostvanor med familjer som de möter i sitt arbete. Sjuksköterskorna såg det som väldigt komplicerat, då berörda familjer som redan drabbats av övervikt och fetma ofta hade mer än ett problem i sina levnadsvanor, vilket gjorde det svårt att ta upp ännu en sak. (ibid.)

Vidare belyser Bélanger et. al. (2016) att familjecentraler skall utgå från olika strategier med mål om att skapa goda hälsosamma levnadsvanor för barnet och dess familj, för att motverka övervikt. För studien utvecklades *Healthy Start-Départ Santé*, vilket är en insats som syftar till att främja barns kostvanor och fysiska aktivitet. Yrkesprofessionerna och familjerna arbetar här tillsammans för att skapa goda förutsättningar för barnen och forskarna belyser sin förhoppning om att insatsen ska bli av stor betydelse för barns hälsa världen runt (ibid.).

2.3 Hälsöarbete

2.3.1 Folkhälsopolitiska målområden

Scriven (2013) benämner de folkhälsopolitiska målområdena som riktlinjer att arbeta utefter vid implementering av insatser och beslut som berör samhället. Utgångspunkten för folkhälsomålen är hälsans bestämningsfaktorer; vilka består av olika levnadsvanor och

påverkansfaktorer som kan minska eller öka befolkningens hälsa (ibid.). Målområde 1: *Det tidiga livets villkor* belyser barns tidiga levnadsår och vikten av sociala, biologiska och psykologiska faktorer samverkan för att barnets framtida hälsa ska kvarstå (Socialdepartementet, 2017). För att individer skall kunna åstadkomma en jämlik hälsa genom hela livet är det viktigt att de får en god början, med uppväxtvillkor som kan stimulera deras hälsa, tidiga utveckling och inläring. Barn som får chansen att förbättra sina primära förmågor tidigt i livet kan få en trygg grund, vilket kan leda till en bättre hälsa (ibid.). Socialdepartementet (2017) framhäver att barnhälsovården i riktning för målområde 1 ska bedriva ett primärt folkhälsoarbete, där myndigheten kan nå ut till alla familjemedlemmar, med en uppgift om att stötta och stärka barnen under deras uppväxt. Barnhälsovården skall i sitt arbete med familjer även arbeta efter ett mål om jämlik och god hälsa. Den anses vara en betydelsefull verksamhet vad gäller att identifiera svårigheter i barnets hälsoutveckling i ett tidigt skede (ibid.).

Med inriktning mot familjecentraler och deras arbete är målområde 8: *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård* av stor relevans. Detta belyser att arenan hälso- och sjukvård med hjälp av sina resurser skall arbeta för att tillhandahålla en god vård till hela befolkningen. Människor skall erhålla en bra kvalitet kring den vård som erbjuds vid förebyggande och hälsofrämjande insatser, vilket på längre sikt kan leda till att en bättre folkhälsa uppnås (Socialdepartementet, 2017).

Fortsättningsvis belyser målområde 2: *Kunskaper, kompetenser och utbildning* ett tydligt och kraftfullt samband mellan befolkningens hälsa och utbildningsnivå (Socialdepartementet, 2017). Arbetet med att förbättra individers kunskaper och kompetenser genom utbildning är viktigt för att kunna åstadkomma en hälsa som är jämlik i hela befolkningen, för alla grupper. Om alla individer i en familj skall kunna uppnå en jämlik och god hälsa så är det viktigt att deras kunskaper och förmågor får en möjlighet att utvecklas. Kunskaper och kvalifikationer har en tydlig koppling till individers villkor att kunna få en bättre hälsa (ibid.).

2.3.2 Riktlinjer för hälsoarbete

Det finns ett policyramverk som länder inom Europa ska förhålla sig till vad gäller folkhälsan och dess utveckling. Dokumentet benämns som Hälsa 2020 och har ett strategiskt övergripande syfte om att förbättra alla människors hälsa. En god hälsa är av stor betydelse för varje enskild individ, hela familjer och för samhället, och är dessutom en ovärderlig resurs som gynnar alla parter både inom den sociala och ekonomiska utvecklingen. Det finns ett flertal lagar som myndigheter inom hälso- och sjukvård måste förhålla sig till. Lagar som främst existerar för patienternas trygghet; det vill säga att de ska få en bra vård, behandling och att deras ställning som patienter med rättigheter stärks. De tre mest grundläggande lagarna inom hälso- och sjukvårdssektorn är hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientlagen och patientsäkerhetslagen (Vårdförbundet, 2019). Hälso- och sjukvårdslagen belyser de skyldigheter anställda inom vården har, skyldigheter som de måste rikta sig efter både i sina yrken och gentemot sina patienter (ibid.).

2.3.3 Förebyggande och hälsofrämjande arbete

Magnusson och Ljungkrona- Falk (2013) framhäver att ett förebyggande arbete ska ske vid en tidig ålder för att försöka förhindra att ett onödigt lidande uppstår senare i livet. Vidare betonar Socialdepartementet (2017) det förebyggande arbetet som bestående av två delar; där det primära preventiva arbetet handlar om planering för att förhindra att sjukdom hos människor uppstår. Det sekundära preventiva arbetet handlar däremot om att upptäcka sjukdom i ett tidigt skede, där insatserna istället handlar om att förhindra att individer blir sjuka igen (ibid.). För att fånga upp individer som befinner sig i, eller kan hamna i riskzonen för livsstilssjukdomar, framhäver Janssen et. al. (2005) mätningen av barns BMI-kurva som ett effektivt redskap. Utan implementering av insatser för att bevara hälsa och stoppa sjukdom, kan övervikt-och fetmaproblematiken följa med barnen in i vuxenlivet och påverka de genom hela livet (ibid.).

Scriven (2013) framhäver hälsofrämjande som en arbetsmetod med utgångspunkt i att stärka enskilda individer och hela samhällets hälsostandard, genom att utveckla, stödja och uppmuntra dem. Verksamheterna skall hjälpa individerna att öka förståelsen för de faktorer som kan påverka deras hälsa, och få de att ta kontroll över den (ibid.). Ferguson och Spence (2012) belyser hälsofrämjande arbete som en övning för professioner och deras patienter, vilket handlar om att möjliggöra och underlätta för individer i utbildning kring hälsa. Yrkesprofessionerna på familjecentralerna skall tidigt arbeta för att möjliggöra övning och utbildning för familjerna. Warburton, Nicol och Bredin (2006) belyser att hälsofrämjande interventioner bör riktas tidigt mot alla målgrupper och åldrar, och att insatserna bör påbörjas redan i barndomen, detta menar de minskar risken för att människor skall drabbas av olika typer av sjukdomar.

2.3.4 KASAM

Teorin, känslan av sammanhang (KASAM), myntades av en medicinsk sociolog vid namn Aaron Antonovsky. Denna benämns även som Sense of Coherence (SOC) (Antonovsky, 2005). KASAM modellen innehåller tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Alla människor behöver inneha dessa tre viktiga beståndsdelar för att kunna uppleva sitt eget liv som förståeligt, tryggt och meningsfullt (ibid.). *Begriplighet* handlar enligt Antonovsky (2005) om att människor upplever yttre och inre stimuli som åtkomligt. En individ med en stark och tydlig känsla av begriplighet har kraft till att göra alla situationer begripliga och förutsägbara. Den andra komponenten, *hanterbarhet*, handlar om att människor upplever att det finns resurser till deras förfogande, och att människor känner att de har möjlighet att förändra sina liv. *Meningsfullhet* som är den tredje och sista centrala komponenten i KASAM, är en viktig del för människors motivation. Människors känsla kring och uppfattning om delaktighet och medverkan är viktiga processer i livet (ibid.).

2.4 Arbetet med övervikt och fetma

I Sverige har övervikt och fetma blivit ett stort problem, vilket Döring et. al. (2014) belyser. Övervikt och fetma har blivit ett av de största skälen till att människor drabbas av ohälsa (WHO, 2000), även i Sverige (Livsmedelsverket, 2018). Daar et. al. (2007) betonar att den riktning som samhället utvecklas idag är allvarlig, då följderna kan bli att befolkningen

drabbas av ytterligare följsjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och typ-2 diabetes. Statistik från år 2015 visar på att 107.7 miljoner barn blivit drabbade av övervikt och fetma, vilket är en markant ökning i många länder. Riskerna har fördubblats sedan år 1980 i mer än 70 länder, och utfallet har blivit att fler barn än vuxna drabbas (Afshin et. al., 2017). Statistik från en global årsrapport av WHO (2018) visar på att cirka 340 miljoner barn och unga, 5-19 år, led av övervikt eller fetma under år 2016. Följaktligen betyder det att vart femte (18,4%) barn i världen var drabbat (ibid.).

Efterfrågan kring förebyggande program riktade mot familjer är stor inom primärvården (ibid.). Utifrån WHO's (2018) globala årsrapport kan ingen enskild myndighet eller verksamhet på egen hand stoppa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och unga. Samverkan mellan flera aktörer krävs, bland annat inom kommunikation, utbildning och hälsa, där de tillsammans ska arbeta fram och implementera åtgärder som kan vara lösningen på problemet (ibid.). Dock kan det finnas en svårighet gällande familjecentralernas hälsoarbete med familjerna. En studie som Park et. al. (2013) genomfört visar på att föräldrar inte uppfattar hälsoriskerna som kan påverka barnen som blivit drabbade av övervikt och fetma. 79 procent av föräldrarna upplevde inte någon hälsoproblematik kring barnets vikt, vilket kan associeras med motstridigheter i föräldrarna vad gäller erkännande av barnets överviktsproblematik. Studien visar även på att 41 procent av samtliga föräldrar är införstådda i att deras barn är överviktiga, men inte ser hälsoriskerna eller allvaret kring det (ibid.).

Föräldrarnas förmåga att se barnets övervikt är betydelsefullt för att kunna skapa insatser som engagerar hela familjen. Föräldrarnas insikter om barnets hälsorisker är nödvändiga för att kunna implementera insatserna, genom det kan anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn förbättra och utveckla kommunikationen och vägledningen som erbjuds till familjerna (Park et. al., 2013).

Vidare belyser Mårild, Neovius och Rasmussen (2007) en svensk studie från 2001, där 10-åriga barn fick sitt BMI mätt (längd och vikt), samtidigt som deras BMI utifrån journaler från Barnavårdscentralen (BVC) och skola granskades. Genom den inhämtade data fann forskarna att 47 procent av de barn som vid 2,5 års ålder varit överviktiga, fortfarande var överviktiga som 10-åringar. I samband med andra observationer och undersökningar har studien synliggjort en koppling mellan övervikt som barn och övervikt som vuxen. En koppling som visar på en ökad sannolikhet för överviktiga barn att bli överviktiga även som vuxna (ibid.).

2.5 Problemformulering

Vandenbroek, Gossens och Clemens (2007) framhäver svårigheter och underliggande problem som finns vid folkhälsoarbete, då riskfaktorerna är många. Påverkansfaktorerna som ökar riskerna för övervikt och fetma kan vara den sociala omgivningen, yttre miljön och fysisk aktivitet och kostvanor. Påverkan kan komma från ett flertal skilda håll, vilket utgör svårigheter för att uppnå effektiva och framgångsrika resultat i hälsoarbetet (ibid.). Om en ojämlig hälsa ska kunna minskas är det viktigt att skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor förhindras redan innan de uppstår. Främst gäller det att stödja de individer som anses ha sämre förutsättningar i samhället, arbetet ska även ske för att främja till sundare levnadsvanor i hela befolkningen (Roos & Prättälä, 2018).

3.0 Syfte

Syftet är att undersöka hur tre familjecentraler i södra Sverige arbetar hälsofrämjande och förebyggande med familjer kring övervikt och fetma.

4.0 Metod

Metodavsnittet redogör tillvägagångssättet för studien genom att lyfta val av metod, urval, deltagare, kontext, genomförande, analys och etiska överväganden, vilket ledde fram till det slutgiltiga resultatet.

4.1 Val av metod

Studien utformades som en kvalitativ studie där yrkeskategorier på tre familjecentraler i södra Sverige blev intervjuade enskilt genom semi-strukturerade intervjuer. En kvalitativ metod valdes då studien belyser frågor som rör samhället, vilket Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) betonar som en viktig tillämpning inom samhällsvetenskaplig forskning. Intervjuer är ett fördelaktigt sätt för att få reda på flera individers perspektiv kring frågor gällande samhället, med en bredare syn, som i detta fall på professioners arbetssätt och erfarenheter. För studien implementerades semi-strukturerade intervjuer, vilket Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) lyfter som bidragande till en resultatrik inriktning på studien. Dessa kan ge upphov till ett bredare omfång av studieområdet, där frågorna som ställs går att situationsanpassa för bästa effekt. Vid utformning av intervjuguiden bildades därför frågor som skulle ge svar på syftet, samtidigt fanns ett medvetet tänk kring att fler frågor skulle kunna ställas under intervjuernas gång. Då information och frågor kring övervikt och fetma kunde upplevas som känsligt för individerna att prata om, blev valet att genomföra enskilda intervjuer. Trots att intervjuerna var utifrån yrkesprofessionernas synvinklar och inte familjernas, ansågs det ändå som det lämpligaste tillvägagångssättet för att få fram hur dem arbetar med övervikt och fetma. Förhoppningen var därför att genom enskilda intervjuer skulle deltagarna uppleva att de kunde prata obehindrat, och i förlängningen skulle författarna till studien få fram utförligare svar.

4.2 Urval och deltagare

De tre familjecentralerna i södra Sverige som medverkade i studien hade yrkesprofessioner såsom BVC-sjuksköterska, barnmorska, förskollärare, socialrådgivare och tandhygienist. Alla yrkesprofessioner blev utvalda för att få olika perspektiv i förhållande till studiens syfte och belysa problemområdet övervikt och fetma. Svensson och Ahrne (2015) betonar att en sådan inriktning kan ge en mer varierad och fyllig bredd på hur det kan se ut. Genom att de olika yrkesprofessionerna blev intervjuade ledde det till mer information och fler perspektiv på hur familjecentralerna arbetade förebyggande och hälsofrämjande inom området.

Vidare tillämpades ett bekvämlighetsurval för att samla in deltagare till studien, där individer blev utvalda, vilka ansågs som lämpliga att besvara studiens syfte, vilket var till fördel för författarna (Infovoice, 2005). En av författarna hade tidigare varit i kontakt med en av familjecentralerna under sin verksamhetsförlagda utbildning (praktik), där

koppling till familjecentralen och författarnas gemensamma intresse för det valda problemområdet gjorde att den familjecentralen kontaktades. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) framhäver att på detta sätt kan tidigare kontakter leda till att författarna får ihop tillräckligt med informanter. Informanterna var däremot inte kända av författarna sedan tidigare för att förhindra att någon förförståelse skulle finnas vid intervjutillfället. Urvalet av de andra två familjecentralerna skedde utifrån det geografiska läget i södra Sverige. Anledningen till att urvalet blev i södra Sverige är för att den första familjecentralen var belägen inom samma område. Familjecentralerna blev därefter kontaktade för att tillfrågas om de möjligtvis ville delta i studien.

4.3 Genomförande

Innan studien påbörjades skickades en ansökan till högskolan om etiskt godkännande. När etikansökan blivit godkänd sändes en förfrågan om deltagande i studien ut till familjecentralerna via mejl- och telefonkontakt, där de även blev informerade om studien och dess syfte i form av ett informationsbrev (se bilaga 1). Information om deras rättigheter som medverkanden i studien och kontaktuppgifter till författarna blev även medskickat. Vid utskicket blev både familjecentralernas verksamhetschefer och anställda informerade och kontaktade kring deltagandet för studien. Verksamhetscheferna blev kontaktade för att få godkännande att genomföra intervjuer med deras personal, samt för att få kontaktuppgifter till dem och kunna skicka förfrågan om att delta och övrig upplysning kring studien. Av de tillfrågade informanterna med professioner på familjecentralerna blev totalt 12 intervjuade i studien, vilket var förhoppningen redan från start. En annan förhoppning var att intervjuer med olika yrkesprofessioner skulle bidra med mer information om hur ett hälsofrämjande och förebyggande sker, samt att det genom intervjuer med olika yrkeskategorier skulle framkomma olika syn på hälsoarbetet.

Innan intervjuerna genomfördes med de olika yrkesprofessionerna på de tre familjecentralerna bestämdes det att den första intervjun skulle vara en pilotundersökning, för att kunna se om de tänkta frågorna tjänade sitt syfte. Pilotstudien var ett bra tillvägagångssätt för att testa intervjuguiden (se bilaga 2), vilket Boréus (2015) framhäver kan skapa reflektion kring de valda analysmetoder, intervjufrågor och material, samt om de fungerar tillsammans eller om justeringar behövs. När pilotstudien genomförts behövde inga ändringar göras i intervjuguiden.

För att intervjuerna skulle kunna genomföras fick samtliga deltagare först skriva under en samtyckesblankett (se bilaga 3), där de som valde att delta godkände sin medverkan i studien. Innan på skrivning av blanketten blev deltagarna även informerade om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan, att deras personuppgifter skulle förvaras oåtkomligt för obehöriga och att de i studien blev skyddade genom konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2002). När all information sedan hade överlämnats och blankett skrivits under blev enskilda intervjuer inbokade med respektive deltagare. Intervjuerna genomfördes på familjecentralerna då det fungerade bättre för de medverkande informanterna, för att de kunde planera in intervjuerna utefter hur deras arbetsschema och möten såg ut. Vid intervjuerna användes sedan en diktafon och även mobiltelefon för att spela in ljudet. Mobilen användes vid inspelning för att batteriet i diktafonen tog slut under en intervju. Under intervjuernas gång ledde en av författarna

intervjun medan den andra antecknade. Platsen skiftades sedan efter varje intervju så att båda fick genomföra samtliga delar.

4.4 Analys

Den empiriska undersökningen utgick från en induktivt ansats i kodningen av den insamlade data. Med hjälp av empirisk data kunde studiens övergripande slutsatser sedan redogöras (Thurén, 2007), där materialet först samlades in och teorier bildades efteråt (Svensson, 2015). Avsikten var att inte skapa några "förutfattade meningar" kring hur familjecentralerna arbetar förebyggande och hälsofrämjande med familjerna kring övervikt och fetma, därför blev ett induktivt arbetssätt valt. När allt det empiriska materialet blivit insamlat transkriberades intervjuerna, och därefter kunde analysprocessen påbörjas. Inför transkribering av intervjuerna så fördelades dem lika mellan författarna. Materialet lyssnades sedan igenom flertalet gånger för att se till så att meningar skrevs ned korrekt, samt att inget av värde skulle gå förlorat. Graneheim och Lundman (2004) belyser att texter är fulla av olika meningsbetydelse, vilket är viktigt att ha i åtanke vid tolkning och analys av det kvalitativa materialet. Vid analysprocessen togs meningsenheter ut ur data som sedan formades till koder, sammanfördes i subkategorier och sedan lyftes till kategorier och tolkades i teman. Vidare kan tolkningsprocessen göras manifest eller latent. Vid manifest tolkning kodas data utifrån det texten visar och vid latent är det bakomliggande budskapet som synliggörs (ibid.). Se tabell 1 och tabell 2 för exempel på manifest och latent tolkning av data. Tabellerna visar latent och manifesta tolkningar som informanter delgett i de genomförda intervjuerna för studien. Kolumnindelningen och kondenseringen av det transkriberade materialet är ett stöd vid synliggörandet av resultatet och dess trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Koderna som framställts i resultatet (tabell 3 och 4) hjälper till att besvara syftet kring hur familjecentralerna arbetar.

Tabell 1, exempel på en latent tolkning

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod |
|---|---|---------------------------------------|
| Jag ska ju boosta föräldrarna så mycket det bara går när barnen är små bebisar. Så när de sen kommer ut i världen ska de vara rustade. | Lyfta och förbereda föräldrarna i sitt föräldraskap. | Vägledning och stöd åt föräldrar. |
| Man ska inte vara 8-10 år och föräldrarna har tryckt allting på en och inte själv har något att säga till om och sen ska de behöva kämpa för att gå ner i vikt. | Barn ska inte behöva kämpa med viktnedgång på grund av föräldrarnas bristande levnadsvanor. | Föräldrarnas skyldigheter och ansvar. |

Tabell 2, exempel på manifest tolkning.

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod |
|--|--|---------------------|
| Föräldrarna måste förstå att det är de som är viktigast som förebilder. | Föräldrarna är de viktigaste förebilderna. | Förebild |
| Framförallt att det är för stora portioner. Att de inte vet vad en barnportion är. Det här med handmodellen. | Brist i föräldrarnas kunskaper om kosthållning för barnet. | Bristande kunskaper |

4.5 Etiska överväganden

Inom forskning som berör samhällsfrågor är det omöjligt att undgå att komma i kontakt med individer på diverse sätt, vilket innebär att relationer på olika nivåer skapas och frågor angående etik kan bli aktuella (Ahrne & Svensson, 2015). Att ha ett etiskt förhållningsätt vid arbete med människor är därför något som kan vara bra att beakta, och utifrån det finns även några etiska principer som kan vara bra att förhålla sig till. Syftet med dessa så kallade forskningsetiska principerna är att de ska bli normer för hur själva förhållandet mellan undersökningsslagare och forskare ska se ut, som då alla individer i ett projekt ska utgå ifrån. Principerna har även till avsikt att fungera som vägledning för forskare när de planlägger projekt (Vetenskapsrådet, 2002). Konfidentialitets-, informations-, nyttjande-, och samtyckeskravet benämner Vetenskapsrådet (2002) som riktlinjer, vilka ska tas i beaktning för hur utförandet av studiens arbete ska ske.

4.5.1 Informations- och samtyckeskravet

Utifrån informationskravet var det de undersökande studenternas ansvar att delge information till alla de individer som gett sitt samtycke till att delta. Individerna fick då även reda på vilka förutsättningarna var för att kunna delta i studien, och vad deras uppgift i projektet skulle vara. Information om att deltagandet var frivilligt tydliggjordes även för informanterna innan de blev intervjuade, samt förtydligades att individerna när som helst kunde avbryta sin medverkan om de skulle vilja det. Deltagarna blev genom informationen införstådda i att de hade egenmakt att bestämma om de ville medverka eller inte (Vetenskapsrådet, 2002).

4.5.2 Konfidentialitets- och nyttjandekravet

Utifrån konfidentialitetskravet förvarades de uppgifter som samlades in om deltagarna oåtkomligt för oberättigade individer. De uppgifter som erhöles om deltagarna användes enligt nyttjandekravet enbart för projektet och dess syfte och nyttjades ej för andra avseenden, (Vetenskapsrådet, 2002).

5.0 Resultat

I detta avsnitt presenteras det framtagna resultatet av själva analysprocessen. Vidare synliggörs koder, subkategorier, kategorier och teman i tabellen nedan som ger en sammanfattande överblick av resultatet som en helhet. Resultatet har blivit sammanställt utifrån utdragna nyckelord som framkommit genom intervjuerna. Vid analysprocessen har förhållningssättet varit inom ramarna för en induktiv ansats, att teorier inte bildats innan materialet samlades in utan att de kommer fram genom den analyserade data (Svensson, 2015). Utifrån det insamlade materialet togs koder fram som sammanfördes i subkategorier, kategorier och sedan in i två slutgiltiga teman: *Hälsoarbete* och *Hälsoarbetets utmaningar*. Nämda citat är numrerade med bokstav (I = Intervjuperson) och siffra (1=ordningsföljd på respondenter), vilka ej går att koppla till de enskilda respondenterna som intervjuats för studien.

Tabell 3: I denna tabell redogörs analysprocessen och dess bildande av temat *Hälsoarbete*.

| Koder | Subkategori | Kategori | Tema |
|---|------------------------------------|---|-------------|
| Hälsa är ett enormt stort ord. Hela familjens hälsa. | Familjens hälsa | Förhållningssätt i arbetet med familjerna | Hälsoarbete |
| Känsligt. Prata håll i tänderna än risken för fetma. | Förhållningssätt i hälsoarbetet | | |
| Pratar övervikt och fetma, och visar BMI-kurvan och normal viktutveckling. | Hälsouppllysning och arbetsmetoder | Utbildning | |
| Information. Pratar kring mat och motion. | Utbildning kring livsstil | | |
| Uppmuntra till sunda mellanmål. Inte bara vikt, även energinivåer och tänder. | Information om levnadsvanor | | |

Tabell 4: I denna tabell redogörs analysprocessen och dess bildande av temat *Hälsoarbetets utmaningar*.

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Inte mycket kunskap. Öka kunskap hos föräldrarna. | Föräldrarnas kunskaper | Utmaningar i arbetet med familjerna | Hälsoarbetets utmaningar |
| Föräldrars ansvar. Föräldrastöd. | Ansvar och skyldigheter hos föräldrarna | | |
| Okunskap i samhället | Utmaningar i yrkesprofessionernas arbete | | |

5.1 Teman

Temat *Hälsoarbete* togs fram genom kategorierna *förhållningssätt i arbetet med familjerna* och *utbildning*. Kategorierna utgår från hur familjecentralerna arbetar med familjerna kopplat till övervikt och fetma, samt hur de förhåller sig till det arbetet. Därefter skapades ytterligare ett tema kallat *hälsoarbetets utmaningar* utifrån kategorin *utmaningar i arbetet med familjerna*. Kategorin belyser de utmaningar som familjecentralerna möter i sitt arbete vad gäller rådande samhällsnormer kring övervikt och fetma, samt den bristande kunskap som finns hos familjerna.

5.2 Förhållningssätt i arbetet med familjerna

I det här avsnittet presenteras informanternas förhållningssätt gentemot familjerna i arbetet på familjecentralen. Kategorin belyser även vikten av hälsosamma familjer.

5.2.1 Familjens hälsa

Vid intervjuernas genomförande framhävde samtliga informanter att de i sitt arbete på familjecentralerna lägger främsta fokus på hela familjen, med involvering av både barn och föräldrar. Där de tillsammans genomför aktiviteter som en familj, för att stärka bandet mellan barnet och föräldern, vilket respondenterna belyste som viktigt.

[...hälsa är ju ett enormt stort ord, det är ju det vi tänker på hela tiden, familjens hälsa, inte bara barnens hälsa utan hela familjens...] (19)

Resultatet visade på att yrkesprofessionerna försöker hjälpa hela familjen att uppnå en god hälsa, att få varje familj att hitta en hälsosam och hållbar väg. En informant framhävde vikten av att var familj hittar sin egen modell för rätt balans i tillvaron, att det inte finns någon modell som är heltäckande för alla familjer. Barn är beroende av sina föräldrar, och om föräldrarna mår bra så kan det skapa en spill over-effekt, vilket medför att även barnets

välståndet ökar. Föräldrarnas roll belystes som mycket viktig för barnets bästa, vilket är bra för att familjecentralernas arbetsmetoder ska fungera.

[...föräldrarna måste förstå att det är de som är viktigast som förebilder...] (11)

5.2.2 Förhållningssätt i hälsoarbetet

Genom intervjuerna framkom det att professionerna i sina yrkesroller strävar efter ett förhållningssätt där alla individer ses som unika, då alla människor är olika och ser olika ut. Barnen som kommer till familjecentralerna har olika kroppsform, och kommer dit med olika förutsättningar. Barnkonventionen belystes som en viktig grundpelare för familjecentralers arbete och förhållningssätt gentemot barnen och deras föräldrar. Barnkonventionen är deras gemensamma verksamhetsgrund som de försöker arbeta efter och belysa för föräldrarna, att barnet ska komma främst.

“I vår yrkesetik så ingår det att behandla alla lika oavsett vem det är, att man behandlar alla med respekt och gör det på ett respektfullt sätt när man ska förmedla budskap” (17)

Familjecentralerna arbetar tvärprofessionellt med familjerna, vilket belystes som mycket bra då de utför arbetet i samverkan mellan sina olika professioner och på det sättet kan ge ett utökat stöd till familjerna. Familjecentralernas arbete handlar om att sätta barnet i fokus och ge det så goda förutsättningar som möjligt till att kunna uppnå en god hälsa. En sak som framhävs som betydelsefull på familjecentralerna är att de har en så pass nära kontakt med familjerna, vilket skapar relationer och bygger upp föräldrarnas tillit till dem. Informanterna uttrycker att det för föräldrarna skapas en sorts trygghet i att komma till familjecentralen, vilket de anser förbättrar och förenklar arbetet. Om tillit till de olika yrkesprofessionerna finns medför det en stor fördel för både barnet och familjen.

I informanternas arbete med familjerna belystes vikten av att inte skuldbelägga föräldrar för barnets övervikt, eller för brister i föräldraskapet vad gäller exempelvis ohälsosamma matvanor. Samtal med föräldrarna om övervikt och fetma ansågs som känsligt, vilket informanterna i sitt arbete måste förhålla sig till extra noga för inte stöta bort eller kränka individen i fråga. Yrkesprofessionerna ansåg att de i arbetet behöver syna situationen, och välja en inriktning som fungerar vid mötet med familjerna. En informant framhävde att det för familjerna är frivilligt att komma till familjecentralerna, och om de inte ser över situationer kan de göra att familjerna inte kommer tillbaka. I somliga situationer väljer de istället att prata om mindre känsliga ämnen, risken för hål i tänderna snarare än att barnen är i riskzon för fetma.

5.3 Utbildning

Avsnittet synliggör familjecentralernas olika arbetsformer vad gäller tillämpning av arbetsmetoder, utbildning och ökade kunskaper till föräldrarna kring deras livsstil.

5.3.1 Hälsouppllysning och arbetsmetoder

I flera intervjuer framhövdes BMI-kurvan, vägning och mätning, samt tillväxtkurvan som viktiga verktyg för barnavårdscentralen när det gäller att synliggöra övervikt och fetma hos barn. Båda arbetsmetoder synliggörs för föräldrarna redan vid första besöket, för att göra det bekant för dem. Arbetet med att fylla på vårdnadshavarnas kunskapsbank gällande matvanor och levnadsvanor ansågs informanterna var av stor vikt för att barnen skall kunna uppnå en god hälsa. Informanterna belyste att det handlar om hälsoriskerna för barnet i framtiden, samt att fokus vid samtalen om kost och rutiner inte skall vara på barnets vikt vad gäller undervikt, normalvikt, övervikt och fetma. Fokus ligger istället på att främja barnets hälsa för att minska risken att sjukdomar uppstår senare i livet.

[...detta är något vi visar alla och det är för att hjälpa barnet att hålla sig friskt så länge som möjligt i vuxen ålder...] (I9)

En av informanterna berättade att föräldrarna får ett skriftligt exemplar av BMI-kurvan som de kan ta hem och reflektera över. Familjerna får både skriftlig och muntlig information, de två kommunikationssätten kan ge föräldrarna ökad kunskap och en bättre förståelse för innehållet. Samtalen om tillväxt- och BMI-kurvan ansågs som bra ingångar för att upplysa och tydliggöra barnets utveckling för föräldrarna. Yrkesprofessionerna pratar då både om vad normala nivåer är för något och var gränserna för övervikt och fetma går. Om barnet avviker från den "normala utvecklingen" så pratar de med föräldrarna kring det och får dem att reflektera över sin egen familjs livsstil vad gäller kost och motion. I resultatet synliggjorde informanterna det förebyggande arbetet som den främsta arbetsmetoden, det hälsofrämjande arbetet ansågs enligt några informanter som en pekpinne som de ej arbetar efter lika tydligt och ofta. Yrkesprofessionerna vill inte tillrättavisa familjerna eller säga till vilken riktning som de ska välja eller ej.

[...Jag brukar döpa BMI-kurvan till "hälsokurva", att ligger du nära hälsokurvan, då har du en god hälsa, men ligger du långt ovanför eller långt underifrån, då är det risk för ohälsa...] (I3)

Informanterna på familjecentralerna belyste även hembesöken, både de vanliga och de utökade, samt andra arbetsmetoder som relevanta redskap för att öka kunskapen hos föräldrarna om levnadsvanor och dess risker. Informanterna menade på att de ej ville belysa vad familjerna ska eller inte ska göra. Hembesöken belystes som bra tillvägagångssätt för att stärka kontakten mellan professionerna och familjen, vilket verkade förenkla riktningen av insatser. För föräldrarna kunde det även vara enklare att ta till sig information och kunskap på hemmaplan, därför har familjecentralerna börjat arbeta mer med hembesöksprogram. En informant pratade om hur viktigt det var att få föräldrarna att reflektera över sin familjs levnadsvanor, och att få de att förstå värdet av hälsosam mat, att onyttigheter inte bör ätas varje dag.

5.3.2 Utbildning kring livsstil

Resultatet synliggjorde ett flertal tillvägagångssätt för att öppna upp till dialog kring kost och motion. En informant framhävde att den sortens information till föräldrarna är mycket betydelsefullt i deras arbete för att försöka förhindra uppkomsten av övervikt och fetma hos barn. Dessutom informerades föräldrarna om att överviktiga barn vid 4 års ålder ofta förblir överviktiga längre fram i livet, samt att vanor som formas tidigt ofta kvarstår. Yrkesprofessionernas arbete med familjerna är därför viktig vid skapandet av goda vanor.

“Att upptäcka tidigt och prata om det tidigt har jag märkt har effekt” (I8)

Resultatet belyste även familjecentralernas arbete vid stöd och vägledning åt familjerna, att verksamheten skall fungera som ett informationscentrum vad gäller utbudet av aktiviteter på andra platser i kommunen. På familjecentralerna förekommer även aktiviteter, planerade veckoaktiviteter som bland annat sker på den öppna förskolan. Familjecentralerna har då hälso- och temaveckor, där de belyser ämnen såsom kost och rörelse. På öppna förskolan pratar de speciellt kring vad som är bra och nyttiga mellanmål, och ibland tillagar de olika recept tillsammans med både föräldrar och barn. Yrkesprofessionerna gör det för att visa föräldrar bra alternativ de kan ge sina barn, att det finns andra alternativ än sötsaker.

[...förebyggande arbete är ju att jag informerar om de goda vanorna, Då har man förebyggt kanske en övervikt! Att det är en balans mellan tv tittande och motion och att man pratar om det här innan problemen uppstår för att barnet kanske inte ska bli överviktigt...] (I8)

5.3.3 Information om levnadsvanor

Att tidigt upptäcka en förhöjning på BMI-kurvan såg informanterna som ett hälsofrämjande arbetssätt, professionerna ansåg att det är lättare att göra ändringar i levnadsvanorna när barnen är små än när de blir vuxna. Enligt yrkesprofessionerna arbetar de även med andra faktorer förutom vikten som kan påverka barnet vid intag av socker. Medvetandegöra föräldrarna om att även tänderna påverkas på så sätt att barnet kan få hål, samt att energinivåerna höjs.

5.4 Utmaningar i arbetet med familjerna

Den här kategorin belyser de olika svårigheter och utmaningar som yrkesprofessionerna kan möta i arbetet med övervikt och fetma på familjecentralerna.

5.4.1 Föräldrarnas kunskaper

Vid intervjuerna belystes föräldrarollen som en otroligt viktig punkt att arbeta med på familjecentralerna, att hjälpa föräldrarna bli bättre och utvecklas. Med inriktning mot var enskild förälder och deras levnadsmönster, för både barnets och förälderns bästa. Resultatet visar att ohälsosamma matvanor och levnadsvanor förekommer bland familjerna, samt en

hög fysisk inaktivitet, vilket flera informanter kopplade till bristande kunskap hos föräldrarna. Därför lyfter yrkesprofessionerna kosten vid samtalen för att försöka öka kunskapen kring levnadsvanor och eventuella risker som finns, vilket de yrkesverksamma ständigt arbetar med.

[...inga föräldrar vill ju sina barn illa, men man kanske inte är medveten om vilken inverkan man har på dem...] (I4)

Resultatet påvisade en bristande kunskap hos föräldrarna, vilket informanterna ansåg som problematiskt. Yrkesprofessionerna arbetar med att försöka förändra det, genom att öka deras kunskaper utifrån hälsofrämjande och förebyggande arbete. Informanterna betonade att okunskapen bland annat finns hos många förstagångsföräldrar, vilket kan försvåra och bli en utmaning i deras arbete. En del föräldrar vill att familjecentralens yrkesverksamma ska ge de alla svar, dock fungerar det inte då de enbart utgör stöd för att vägleda dem i rätt riktning. Några informanter pratade om att kunskapsökning hos föräldrarna är en process som får ta lite tid, och att det inte finns någon snabb lösning för att lära dem vad de behöver.

[...jag brukar kalla det för att det är en övningsarena både för liten och stor...] (I2)

Informanterna betonade att det ibland kan finnas en problematik i föräldrarollen, hur de framstår som förebilder när det gäller deras levnadsvanor. Exempelvis om föräldern dricker läsk när barnet bara får dricka vatten, vilket kan leda till att barnet tar efter de dåliga vanorna längre fram i livet. Informanterna belyste vikten av att invänta föräldrarna i sitt arbete, om de ej är mottagbara för informationen just då. Informationen kanske inte når fram till föräldrarna då, där det är bättre att vänta till ett annat tillfälle. Om ett samtal blir fel och föräldern blir arg på BVC-sjuksköterskan när ämnet övervikt och fetma lyfts, så menar en informant att det är viktigt att reflektera över sin yrkesprofession och sitt förhållningssätt i samtalet med familjerna.

[...Men jag ska säga att det ofta är två steg fram och ett steg bak eller ibland två steg bak och ett steg fram. Man får tänka så här att det här tar tid, och det får lov att ta tid...] (I3)

5.4.2 Ansvar och skyldigheter hos föräldrarna

I intervjuerna framkom det att föräldrarnas ansvar och skyldigheter gentemot sina barn behöver ökas. Föräldrarna måste våga sätta gränser och inte låta barnen bestämma när exempelvis sötsaker ska förtäras. Informanterna menade att barnen inte har samma konsekvenstänk som vuxna och inte förstår vad som är bra och dåliga levnadsvanor.

Utifrån intervjuerna belystes vikten av föräldrarnas reflektion kring barnens matintag, att de inte ska tvinga barnen att äta när de är mätta. En informant betonade att överviktiga föräldrar inte ska stå bredvid och inte göra något åt barnets övervikt, att belysa föräldrarnas skyldigheter i sin föräldraroll ansågs som viktigt. Familjecentralernas yrkesprofessioner är

viktiga för det utökade föräldrastödet, där de vill öka förståelsen och kunskapen kring vad som är bra och mindre bra för hela familjen.

5.4.3 Utmaningar i yrkesprofessionernas arbete

En utmaning som framkom i resultatet är att yrkesprofessionerna upplever att många föräldrar och barn alltid kommer till familjecentralerna med något ätbart i handen, och att det finns en rådande samhällsnorm kring det. Informanterna menade även att många föräldrar tycker att det är svårt att vända de dåliga vanorna hos sig själva och sina barn. Likaså synliggjordes det utifrån intervjuerna att Tv-tittande och övrig skärmtid är något som föräldrarna använder för att lösa konflikter med deras barn. Att den ökningen av fysisk inaktivitet hos barn har blivit ett stort samhällsproblem där barnen är stillasittandes alldeles för många timmar vid skärmar. En informanter betonade att mer upplysning behövs om att det inte går att lösa alla problem och konflikter genom att starta exempelvis en film åt sina barn.

Dilemmat kring föräldrarnas förståelse blev belyst, vad gäller ansvar och skyldigheter som vårdnadshavare, att de ibland inte är mottagliga för den information som ges. Där informationen istället blir bortstött, och leder till att familjerna fortsätter i gamla vanor. En informant framhävde det som problematiskt att belysa informationen om övervikt och fetma igen för föräldrarna, då de ofta inte är mottagliga, vilket ofta gjort att yrkesprofessionerna haft svårt att ta upp ämnet med familjerna igen.

En av informanterna belyste även arbetsförhållandena som en utmaning, att resurser såsom pengar, personal och tidsbrist påverkade. Hen menade på att de vill utveckla och åstadkomma mycket mer, men att möjligheterna inte finns just nu. Resultatet visade även på att många av yrkesprofessionerna inte har en 100 procentig tjänst på familjecentralerna, utan arbetar en viss procent där och resterande tid i annan tjänst.

5.5 Resultatsammanfattning

Genom resultatet som presenterats framgår det att familjecentralernas olika yrkesprofessioner har specifika arbetsmetoder och förhållningssätt som de arbetar utifrån, vilket lett till att temat *Hälsoarbete* skapats. Arbetsmetoderna är tillvägagångssätt och utföranden som de arbetar efter med familjerna, för att vägleda föräldrarna i deras föräldraskap och förebygga övervikt och fetma hos målgruppen barn. Därför är *utbildning* en av kategorierna. Förebyggande arbete belystes som den huvudsakliga arbetsmetoden för verksamheterna, samt att strategierna som implementerats handlar om att synliggöra sunda levnadsvanor. Hälsofrämjande arbete, till skillnad från förebyggande, belystes som "pekpinne". Yrkesprofessionerna menade att de vid samtal om levnadsvanor kopplat till övervikt och fetma inte kan säga till familjer att de ska göra på ett sätt och inte på ett annat, för att det kan stöta bort dem. Familjecentralernas yrkesprofessioner vill snarare upplysa familjer om värdet av ett hälsosamt liv, i en positiv bemärkelse, samtidigt som de lyfter ohälsosamma levnadsvanor och hälsoriskerna som kan medfölja. Arbetsmetoder som familjecentralerna använder vid sitt hälsoarbete är bland annat BMI-kurva, tillväxtkurva och aktiviteter såsom hälsoveckor och temaveckor där yrkes professionerna lyfter olika ämnen kopplat till hälsa och ohälsa.

Andra kategorin som temat *Hälsoarbete* blivit kopplad till är *förhållningssätt i arbetet med familjerna*, vilken handlar om förhållningssättet som familjecentralernas yrkesprofessioner har gentemot familjerna i sina yrkesroller. I resultatet belystes barnkonventionen som en grundpelare på familjecentralerna, vilket de utgår helhjärtat från och försöker omsätta i praktiken. Med barnet i fokus och ett förhållningssätt om att alla är egenartade, olika och unika individer. I sitt arbete lägger informanterna fokus på hela familjens hälsa, för att skapa goda levnadsvanor för både barn och föräldrar genom hela livet. Förhållningssätten som yrkesprofessionerna utgår från är även riktade mot att inte skuldbelägga föräldrarna i föräldraskapet, utan istället mot ett arbete om att vägleda föräldrarna rätt och stärka de som individer.

Temat som betecknas *Hälsoarbetets utmaningar* framkom genom kategorin *utmaningar i arbetet med familjerna*, vilken framhäver att familjecentralerna står inför en del utmaningar i arbetet med familjerna vad gäller livsstilsvanor kopplat till övervikt och fetma. Resultatet visade på att okunskap kring levnadsvanor finns hos föräldrarna, och några informanter uttryckte dilemmat som en rådande samhällsnorm. Stillasittande vanor har ökat och dåliga matvanor blivit alltmer förekommande, yrkesprofessionerna på familjecentralerna försöker åskådliggöra bättre rutiner för föräldrarna, och hjälpa familjerna att förändra de dåliga livsstilsvanorna. Resultatet visade på att många av familjecentralernas anställda inte arbetar på heltid i verksamheten, utan innehar även annan tjänst på annat håll. I familjecentralernas arbete med familjerna försöker de även belysa föräldrarnas skyldigheter och ansvar kring barnets levnadsvanor, dock kan föräldrar ibland ha svårt att förstå eller uppfatta informationen som yrkesprofessionerna överlämnar. Där informationen stöts bort där föräldrarna fortsätter med de dåliga vanorna för hela familjen, snarare än att göra en livsstilsförändring till det bättre. När informationen stötts bort har de yrkesverksamma ofta upplevt svårigheter i att ta upp det med familjerna igen. Informanterna framhävde det som en utmaning, att viljan måste finnas hos familjerna i att göra en förändring.

6.0 Diskussion

I avsnittets första del kommer resultaten av det som framkommit genom intervjuerna med informanterna att diskuteras och reflekteras. I det andra avsnittet kommer delar av metoden som är relevanta för diskussionen och eventuella styrkor och svagheter med studien att belysas.

6.1 Resultatdiskussion

Utifrån studiens resultat belyser informanterna att de i sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete på familjecentralerna lägger ett stort fokus på familjernas övergripande hälsa. Där förutsättningar för både föräldrars och barns välbefinnande ska skapas, för att hela familjen ska kunna må bra tillsammans. För att det ska ske så bör yrkesprofessionerna utgå från ett folkhälsoperspektiv med inriktning mot att öka känslan av sammanhang (KASAM) hos individerna i fråga, vilket Antonovsky (2005) menar handlar om att göra människors livssituationer hanterbara, begripliga och meningsfulla. Under livets gång grundar sig levnadsvanor, därför är det mycket viktigt att barn tidigt omges av en stödjande social miljö för att upprätthålla en hälsosam livsstil. Yrkesprofessionerna arbetar med att skapa goda hälsosamma levnadsvanor hos hela familjen. En sådan förändring är betydligt svårare att uppnå i vuxen ålder, därför måste det

ligga i fokus under uppväxttiden för att öka chanserna att uppnå en god hälsa (Roos & Prättälä, 2018), vilket i folkhälsoarbetet handlar om att försöka skapa goda levnadsvanor hos både föräldrar och barn genom hela livet (ibid.).

Informanterna belyste att många familjer kommer till familjecentralerna för att träffa andra individer och för att få vägledning i föräldraskapet. Bélanger et. al. (2016) belyser familjecentralerna som betydelsefulla arenor, där barn spenderar stor del av sin tid. Till verksamheterna går ungefär 99,9 procent av alla svenska familjer, vilket innebär att de har stora möjligheter till att påverka familjernas hälsa (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm, 2013). Dagens folkhälsoarbete ska utgå ifrån olika mål, vilket Naidoo och Wills (2007) framhäver bör handla om att individers hälsa ska främjas och bevaras. Människors levnadsvanor är ett av målen som Naidoo och Wills (2007) belyser. Ytterligare ett generellt mål som folkhälsoarbete ska utgå ifrån är att alla myndigheter med verksamheter som har en inverkan på folkhälsan ska arbeta för en god samhällsutveckling (Regeringskansliet, 2018).

Vid implementering av insatser för hälsosamma levnadsvanor på familjecentralerna belystes det förebyggande arbetet som den främsta metoden, yrkesprofessionerna använder sig inte av det hälsofrämjande begreppet på samma sätt, eller i lika stor mängd. Förebyggande arbete är enligt Hanson (2004) att arbeta med individer som redan är drabbade eller sjuka. Utifrån resultatet så uttryckte en informant att hälsofrämjande arbete kan bli en form av "pekpinne" mot familjerna, att professionerna säger till vad de ska göra, istället för att vägleda och ge stöd. Scriven (2013) belyser båda arbetsmetoderna, förebyggande och hälsofrämjande, vilka ska verka för att öka befolkningens hälsa genom bland annat motivation och stöd. Hälsofrämjande arbete bör enligt Warburton, Nicol och Bredin (2006) riktas mot alla grupper att insatserna påbörjas redan i barndomen, vilket kan minska risken för att människor drabbas av olika typer av sjukdomar. Scriven (2013) belyser att ett etiskt dilemma kan uppstå kring upplysning och information till föräldrarna, och att beaktning bör vidtas. Förhållningssättet ska inte vara att försöka skuldbelägga föräldrarna i sitt föräldraskap, utan istället stärka dem som individer. Samtidigt så är det viktigt att inte bortse från den hälsofrämjande metoden, då den är mycket väsentlig för att individerna ska kunna bibehålla sin hälsa både på det psykiska, fysiska och sociala planet. Det handlar då snarare om att ge föräldrarna kunskapen, och öka deras motivation och vilja till att göra de hälsosamma valen (ibid.).

Janssen et. al. (2005) uttrycker vikten av ett tidigt arbete med övervikt och fetma då det lättare går att förebygga och förhindra uppkomsten av sjukdomar i vuxen ålder. Med BVC-sjuksköterskornas redskap, bland annat BMI-kurva och tillväxtkurva, så kan yrkesprofessionerna arbeta med att försöka fånga upp barnen i tid. Vilket kan medföra att övervikt och fetma inte alls uppkommer och att de inte behöver hamna i den ohälsan som medföljer dem hela livet (ibid.) Resultatet påvisar även att familjecentralernas yrkesprofessioner utgör en viktig del i att vägleda familjerna till de hälsosamma levnadsvanorna. Professionerna informerar och utbildar föräldrarna i sitt föräldraskap, vilket på så sätt kan medföra att goda förutsättningar ökar att deras barn får en bra hälsa under hela sin uppväxt. Naidoo och Wills (2007) poängterar att just interventioner som riktar sig till olika grupper har visat sig vara en produktiv metod för att kunna delge information till berörda parter. I resultatet framkom det även att informanterna inte hade en

heltidstjänst på familjecentralerna, att deras tjänster var uppdelade på olika ställen. De hade gärna velat arbeta full tid på sin familjecentral för att kunna vägleda och hjälpa familjerna fullt ut. Yrkesprofessionerna lyfter att utökade resurser såsom tid och utrymme kan upplevas som en brist i deras arbete, vilket kan hämma familjecentralernas utvecklingspotential. Pengar, tid och personal upplevdes inte finnas tillhands i tillräcklig omfattning, vilket ansågs som en nackdel. Informanterna menade även att mer personal inom andra yrkesroller, såsom dietister, hade kunnat skapa en "fullfjädrad" familjecentral. Familjecentralerna hade genom utökad personalkraft kunnat nå ut till familjerna med ett större omfång av kompetenser, samt att samverkan i deras arbete kanske hade kunnat förbättrats ytterligare. Familjecentralerna ska med utgångspunkt i de åtta folkhälsopolitiska målen arbeta med det fortskridande folkhälsoarbetet, vilket kan ge dem den vägledning som behövs för att de ska kunna gå vidare i utvecklingsprocessen. Utifrån målområde 8: *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård* ska yrkesprofessionerna arbeta med befintliga resurser, för att kunna ge individer den bästa möjliga vård (Socialdepartementet, 2017). För familjecentralers arbete med barn inom problemområdet övervikt och fetma lämpar sig målområde 1: *Det tidiga livets villkor*, vilket syftar till att alla barn ska ha de bästa förutsättningarna för en bra början i livet och en god barndom (Socialdepartementet, 2017). Frågan är dock om familjecentralerna inte har de resurser som krävs, hur ska då deras arbete kunna leda till att familjerna får en bättre hälsa?

Några informanter upplevde även arbetet med föräldrar som svårt, vad gäller att delge information till vårdnadshavarna. Informanterna kunde ibland uppleva att föräldrarna ej var mottagbara för information kring exempelvis levnadsvanor, vilket gjorde att yrkesprofessionerna ofta undvek att ta upp ämnet vid de kommande besöken. En informant framhävde exempelvis att de ibland i sin yrkesprofession måste lära sig att invänta föräldrarna tills dess att de märker att informationen når fram fullt ut. Om familjecentralerna väljer att inte prata med familjer om levnadsvanor såsom övervikt och fetma, hur relevanta är då familjecentralerna egentligen, om de inte pratar om problemen? Familjecentralernas arbete är mycket viktigt vid att öka kunskaperna hos familjerna, att dem inte slutar försöka nå ut till dem.

6.2 Metoddiskussion

Studien formades utifrån en kvalitativ metod, förhoppningen var att det skulle leda till mer innehållsrika svar än om en kvantitativ metod hade genomförts. En stor fördel med kvalitativ metod är att det är möjligt att gå på djupet i frågeställningarna och få svar som är rika på beskrivningar (Svensson & Ahrne, 2015). Om valet hade varit ett kvantitativt tillvägagångssätt så hade deltagarnas upplevelser inte framkommit i resultatet, och deras perspektiv ansågs vara av stor betydelse för studien (Svensson & Ahrne, 2015). Därefter valdes ett induktivt arbetssätt, för att det aldrig fanns några avsikter om att skapa några "förutfattade meningar" under studiens gång kring hur familjecentralerna i södra Sverige arbetar hälsofrämjande och förebyggande med problemområdet övervikt och fetma. Varför det inte skulle finnas några tidigare teorier om hur de arbetar på familjecentralerna var för att författarnas egna tankar inte skulle överskugga det som informanterna synliggjorde i intervjuerna.

Under studien fick författarna ett medvetet tänk kring att det empiriska data insamlandet kunde underlättas, genom intervjuer med yrkesprofessionerna på familjecentralerna istället

för föräldrar och barn. Övervikt och fetma skulle kunna vara ett svårt och känsligt ämne för familjerna att prata om, men för informanterna handlar det mer om deras förhållningssätt i arbetet, vilket kanske inte var lika svårt att prata om av den anledningen.

Vid genomförandet av studien användes semi-strukturerade intervjuer, vilket var ett bra upplägg då det fanns frågor som stöd samtidigt som friheten till att komma på nya frågor fanns, vilket skapade obehindrade samtal med informanterna som gjorde att svaren blev fylligare till följd. För att kunna testa om intervjufrågorna gav svar på syftet, blev en pilotstudie utförd innan genomförandet av intervjuerna. Boréus (2015) belyser att en pilotstudie kan skapa reflektioner kring de valda intervjufrågorna, materialet, vald analysmetod och om ytterligare justeringar av frågorna krävs. Vid pilotstudien upptäcktes det att frågorna gav svar på syftet till studien, vilket innebar att de inte behövde omformuleras. Författarna såg det som en styrka för studien att intervjufrågorna gick in i varandra, vilket innebar att många informanter gav svar på flera frågor i ett och samma svar utan att ha blivit tillfrågade om just det ämnet. En svaghet med studien var att det fanns svårigheter med att få ihop tillräckligt med intervjudeltagare, vilket gjorde att det tog längre tid för författarna att få fram intervjumaterial och bearbeta det empiriska materialet. Intervjumaterialet kodades av båda författarna, materialet delades upp lika för att sedan analyseras och komprimeras tillsammans. Arbetet med kodningen tillsammans upplevde författarna som en styrka.

Fortsättningsvis gällande generaliserbarhet av studien skulle ytterligare intervjuer behöva genomföras på fler familjecentraler, för att kunna dra allmänna slutsatser om hur alla familjecentraler i Sverige arbetar hälsofrämjande och förebyggande med familjer kring övervikt och fetma. Svensson och Ahrne (2015) framhäver att det handlar om att belysa hur alla familjecentraler arbetar inom området. Generella slutsatser skulle dock kunna dras utifrån studien om just södra Sveriges arbetssätt, då det blir ett mindre antal verksamheter vid en uppdelning av regioner. Dock är författarnas uppfattning att mer empirisk data skulle behöva samlas in från fler familjecentraler, för att kunna säga något om allas arbetssätt inom arbetsområdet (Svensson & Ahrne, 2015). Om studien går att generalisera inom den specifikt valda regionen, utifrån de redan gjorda intervjuerna, är diskuterbart då det kanske inte är tillräckligt många familjecentraler som deltagit från just den regionen. För att generalisera kan därför fler familjecentralers deltagande vara nödvändigt, vilket hade behövts om studien skulle genomföras igen. Angående studiens tillförlitlighet är frågan om andra studier med överensstämmande syfte hade fått fram samma svar. Dock är det osäkert då alla individer ser saker och ting på olika sätt.

7.0 Konklusion

Informanterna framhävde vikten av att familjerna finner en balans i sin tillvaron. Vid resultatanalysen framkom att yrkesprofessioner behöver hitta en bättre balans mellan varandra i arbetet på familjecentralerna. Familjecentralerna ska arbeta efter att få en bättre förgrening mellan personalen där de kan samverka bättre med familjerna, samt utöka förbindelsen mellan kommuner, politiker och Region Skåne. Teorin KASAM kan vara ett hjälpmedel i yrkesprofessionernas hanterbarhet, om den ökas kan de förhoppningsvis hantera föräldrarnas reaktioner bättre. Arbetet kan genom ökad hanterbarhet förbättras och få en bättre samverkan mellan olika aktörer, där ökad begriplighet kan medföra att de yrkesverksamma förstår situationerna bättre och varför det är viktigt att arbeta med

problemen som familjerna har kring sina levnadsvanor och hälsa. Om de anställda på familjecentralerna upplever sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete som hanterbart och begripligt, kan deras vardagliga arbete kännas mer meningsfullt (Antonovsky, 2005). Yrkesprofessionerna bör arbeta utifrån att skapa goda förutsättningar för alla berörda familjer. Deras arbete ska utifrån ett folkhälsoperspektiv försöka öka människors KASAM, med hjälp av olika förebyggande och hälsofrämjande arbetsmetoder. Antonovsky (2005) framhäver att det handlar om att göra hela befolkningens livssituationer som meningsfulla, begripliga och hanterbara. Informanterna betonade att deras arbete ska handla om att familjen i sin helhet ska må bra tillsammans. Med hjälp av olika metoder ska de hjälpa familjerna att skapa goda förutsättningar för både barnens och föräldrarnas bästa. Familjecentralerna menade att andra aktörer behöver bli mer villiga till att bidra med resurser för att gynna familjers utveckling, för att de ska kunna utöka sitt framtida arbete. Familjecentralerna är viktiga arenor där barnen börjar sin resa tillsammans med sina föräldrar, det är även där de vägleds och får rätt kunskaper till hur de kan få och bibehålla en hälsosam livsstil.

Genom studiens resultat har yrkesprofessionernas arbetsmetoder framkommit som mer riktade åt förebyggande perspektivet. Tydligt ser vi att det hälsofrämjande förhållningssättet gärna skjuts under mattan, på grund av dess många "pekpinnar". Dock belyser Scriven (2013) att båda metoderna är viktiga att implementera vid folkhälsoarbete som riktas mot att öka befolkningens hälsa. Resultatet visar även att familjecentralens anställda ej har heltidstjänster, eller tillräckliga resurser för att kunna genomföra de många insatser som yrkesverksamma vill. Familjecentralerna ses som viktiga arenor för folkhälsoarbetet, där barn befinner sig runt 30 timmar per vecka (Bélanger et. al. 2016), där hela familjer (99,9% av familjer i Sverige) vistas (Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm, 2013). Ändå framkommer det som en brist i studiens resultat. Kommuner, politiker och Region Skåne har ett stort ansvar vad gäller att utveckla strategier som ska tillfredsställa hela samhället och göra folkhälsan bättre (Scriven, 2013). Aktörerna bör arbeta efter att tillgodose resurser som behövs för att familjecentralerna ska kunna arbeta helhjärtat till 100 procent för att hjälpa familjerna i sina verksamheter.

Fler studier hade behövts genomföras för att synliggöra familjecentralers hälsofrämjande och förebyggande arbete i hela Sverige, för att upplysa andra aktörer kring de utmaningar och svårigheter som familjecentralerna har, samt det behovet som fortfarande finns. Utmaningar i familjecentralernas arbete som resultatet synliggör är att yrkesprofessionerna har svårigheter att prata om ämnet övervikt och fetma med föräldrarna, att de inte är mottagliga och stöter bort informationen. Vad som framkommer är även att yrkesprofessionerna väljer att inte ta upp det känsliga ämnet igen, för att inte förarga föräldrarna till en punkt där de inte vill komma tillbaka. Informationen som framkommit skapar även tankar kring familjecentralernas relevans kopplat till gynnsam folkhälsa. Om professionerna i sitt yrke väljer att inte prata om de svåra, känsliga delarna i risk för att förarga föräldrar, hur ska då budskapet någonsin nå fram? Hur ska familjecentralernas hälsofrämjande och förebyggande arbete kring övervikt och fetma då kunna förbättras?

Referenslista

Afshin, A. et. al. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England Journal of Medicine*, 377(1), ss. 13-27.

Ahrne, G. & Svensson, P. (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 8-16.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2. utg. Stockholm: Natur och Kultur.

Bélanger, M. et. al. (2016). A multilevel intervention to increase physical activity and improve healthy eating and physical literacy among young children (ages 3-5) attending early childcare centres: the Healthy Start-Depart Sante cluster randomised controlled trial study protocol. *BMC Public Health*, 16(313), ss. 1-10.

Boréus, K. (2015). Texter i vardag och samhälle. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 157-175.

Daar, A. S. et. al. (2007). Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*, 450(22), ss. 494-496.

Döring, N. et. al. (2014). Primary prevention of childhood obesity through counselling sessions at Swedish child health centres: design, methods and baseline sample characteristics of the PRIMROSE cluster-randomised trial. *BMC Public Health*, 14(335), ss. 1-13.

Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 34-54.

Familjecentraler. (u.å.) *Vad är en familjecentral?* <http://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/> [2019-05-05].

Faskunger, J. (2013). *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Ferguson, M. & Spence, W. (2012). Towards a definition: what does 'health promotion' mean to speech and language therapists? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(5), ss. 522-533.

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5514b381077f4175b13fca5fe1089abe/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet.pdf> [2019-04-13].

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Department of Nursing, Umeå University*, 24(2), ss. 105-112.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur.

- Infovoice. (2005). *Urvalsstrategier*. <http://www.infovoice.se/fou/bok/10000061.shtml> [2019-05-29].
- Janssen, I. et. al. (2005). Utility of Childhood BMI in the Prediction of Adulthood Disease: Comparison of National and International References. *Obesity Research*, 13(6), ss. 1106-1115.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), ss. 440–442.
- Livsmedelsverket. (2014). *Livsstilen vållar tusentals dödsfall*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/april/livsstilen-vallar-tusentals-dodsfall/> [2019-03-21].
- Livsmedelsverket. (2018). *Övervikt och fetma*. <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma> [2019-01-28].
- Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H. & Nyholm, M. (2013). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, 29(4), ss. 730-738.
- Magnusson, M. (2013). Folkhälsa och etik. I Magnusson, M. (red). *Förebygga barnfetma och främja jämlik hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, M. & Ljungkrona- Falk, L. (2013). Definitioner, bakgrundsfaktorer och konsekvenser för hälsan. I Magnusson, M. (red.). *Förebygga barnfetma och främja jämlik hälsa*. Lund: Studentlitteratur, ss. 65-83.
- Mårild, S., Neovius, M. & Rasmussen, F. (2007). Epidemiologi, barn och vuxna. I Lindroos, A-K. & Rössner, S. (red.). *Fetma från gen- till samhällspåverkan*. Lund: Studentlitteratur, ss. 59-62.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Park et. al. (2013). Perceptions of health risk among parents of overweight children: A cross-sectional study within a cohort. *Elsevier*, 57(1), ss. 55-59.
- Regeringskansliet. (2018). *Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa- en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm. https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf [2019-01-28].
- Roos, E. & Prättälä, R. (2018). Sociala skillnader i hälsorelaterade levnadsvanor. I Rostila, M. & Toivanen, S. (red.) *Den orättvisa hälsan*. Stockholm: Liber, ss. 212-233.

- Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett: Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialdepartementet. (2017). *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (Regeringens proposition 2017/18:249). Stockholm: Regeringskansliet.
- Svensson, P. & Ahrne, G. (2015). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 17-31.
- Svensson, P. (2015). Teorins roll i kvalitativ forskning. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 208-219.
- Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. 2., [omarb.] uppl. Stockholm: Liber
- Vandenbroek, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Foresight - Tackling Obesities: Future Choices Building the System Obesity Map*.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/295154/07-1179-obesity-building-system-map.pdf [2019-01-29].
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.
https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf [2019-01-29].
- Viner, R. & Macfarlane, A. (2005). Health promotion. *BMJ*, 330(7490), ss. 527-529.
- Vårdförbundet. (2019). *Regelverket i vården*. <https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/regelverket-i-varden/> [2019-03-22].
- Warburton, E.R. D., Nicol W. C. & Bredin, S.D S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6), ss. 801-809.
- WHO. (1948). *Constitution: WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the constitution*. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> [2019-04-02].
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [2019-02-14].
- WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation*. (WHO Technical Report Series 894). Geneva: WHO Consultation on Obesity ss. 1-253.
https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
- WHO. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization. ss. 1-86.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

Bilaga 1: Informationsbrev

Hej!

Vi är två högskolestudenter som läser sista terminen på det Folkhälsopedagogiska programmet i Kristianstad. Vi ska nu skriva vårt examensarbete där vi valt att göra en studie som belyser övervikt och fetma bland barn.

Övervikt och fetma är ett stort folkhälsoproblem i Sverige idag där nästan hälften av alla vuxna är överviktiga och var femte barn är drabbat. Det är en allvarlig problematik som kan leda till följsjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och typ-2 diabetes. Hälsoarbete vid tidig ålder är därför betydelsefullt för att förhindra att fler blir drabbade, annars ökar sannolikheten för att folkhälsoproblemet blir större och att överviktiga barn fortsätter in i vuxenlivet som överviktiga.

Syftet med studien är att ta reda på hur er familjecentral arbetar hälsofrämjande och förebyggande med övervikt och fetma bland barn. Studien kommer att genomföras under arbetstid genom individuella intervjuer av 8-10 anställda med olika yrkestitlar. Anledning till det är att vi vill ta del av olika professioners perspektiv för att få en mer omfattande överblick om hur ert arbete ser ut inom det valda studieområdet. Vår förhoppning är att vi skulle kunna besöka er arbetsplats och ge mer information om studien om så önskas.

Ni som deltar i studien får själva möjligheten att bestämma tid, dag och plats då ni vill att intervjun ska äga rum. Vår tanke är att varje intervju ska hållas i en ostörd miljö på arbetsplatsen, och varje intervju beräknas ta omkring 30-60 minuter.

Intervjuerna kommer att spelas in genom användning av diktafon eller mobiltelefon, och kommer sedan skrivas ut i textformat. Ni som deltar i studien skall veta att intervjumaterialet kommer att behandlas med konfidentialitet, vilket innebär att era kontaktuppgifter kommer bevaras på våra lösenordskyddade datorer och förvaras oåtkomliga för obehöriga. Intervjuerna kommer dessutom att behandlas och avidentifieras i enlighet med föreskrifter i Sekretesslagen och materialet kommer att raderas och förstöras efter att arbetet är godkänt.

Om ni väljer att medverka kommer ni innan intervjun att få skriva på en samtyckesblankett, där det framkommer att deltagande i studien är frivilligt och att ni när som helst kan avbryta. Vid bokning av intervju kommer ni sedan att bli kontaktade av oss via mejl eller telefon för att bestämma tid för möte.

När studien och examensarbetet genomförts och blivit godkänt kan ni som vill få ta del av arbetet. Har ni fler frågor så är ni välkomna att kontakta någon av oss.

Emelie Persson

Student

Emelie_persson1990@live.se

0708-949853

Louise Sörensen

Student

Louisesorensen_@outlook.com

0735-611313

Karin Flodin

Handledare

kmt.flodin@gmail.com

[0730-745389](tel:0730-745389)

Bilaga 2: Intervjuguide

Verksamheten

- Hur länge har du arbetat på familjecentralen?
- Beskriv din yrkesroll.
- Berätta hur en arbetsdag ser ut.
- Hur arbetar er familjecentral med barnhälsa?
- Hur arbetar ni med övervikt och fetma?
- Vilka etiska förhållningssätt utgår ni ifrån vid arbetet med barn?

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

- Vad tänker du på när du hör ordet hälsofrämjande?
- Beskriv vad förebyggande arbete är för dig.
- Hur arbetar ni hälsofrämjande och förebyggande i er verksamhet?
- Vilka möjligheter tror du finns för att utveckla det hälsofrämjande och förebyggande arbetet?

Övervikt och fetma

- Skulle du vilja berätta om dina yrkeserfarenheter och tankar kring övervikt och fetma hos barn?
- Vilka riktlinjer arbetar verksamheten efter när ett barn drabbats av övervikt eller fetma?
- Finns det några svårigheter att arbeta med problemområdet kopplat till barn?
- Hur har ert arbete med övervikt och fetma på familjecentralen utvecklats över tid?
- Hur vill du i din profession arbeta med övervikt och fetma?

Är det något du vill tillägga?

Kan du berätta mer?

Kan du ge exempel på detta?

Tack för din medverkan!

Bilaga 3: Samtyckesblankett

| | |
|---|---|
| Projektets titel: Hälsofrämjande och förebyggande arbete inom övervikt och fetma bland barn. | Datum: 2019-02-13 |
| Namn: Louise Sörensen och Emelie Persson Mejladress: Louisesorensen_@outlook.com Emelie_persson1990@live.se Handledarens namn: Karin Flodin, Höskolelärare | Studerar vid Högskolan Kristianstad Utbildning: Folkhälsopedagogiska programmet |
| Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande. | |
| Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning: Datum: | |
| Deltagarens underskrift: | |