

Magisteruppsats

Master's thesis – one year

Folkhälsovetenskap

Public health

Sjuksköterskans erfarenhet av samtal om hälsosamma matvanor inom barnhälsovården

Linda Håkansson



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.

Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.

Phone: +46 (0)771 97 50 00, Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Avdelningen för hälsovetenskap

Examinator: Katja Gillander-Gådin, katja.gillander-gadin@miun.se

Handledare: Ewy Olander olanderewy@gmail.com

Författare: Linda Håkansson linda.m.hakansson@skane.se

Utbildningsprogram: Magisterutbildning i hälsovetenskap, 60 hp

Huvudområde: Folkhälsovetenskap

Termin, år: HT, 2015

Sammanfattning

Bakgrund Samtal om hälsosamma matvanor inom barnhälsovården är ofta generella och det finns i dag inte några centrala rekommendationer hur dessa samtal med föräldrar och barn ska genomföras. Barn medverkar oftast i liten grad då material som används inte alltid är anpassat för att möjliggöra barnets delaktighet. **Syfte** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av fortbildning och handledning av ny modell för hälsosamtal om hälsosamma matvanor i barnhälsovården samt erfarenhet av att samtala och arbeta med den nya modellen vid fyra-års hälsobesök på Barnavårdcentralen. **Metod** Studien hade en kvalitativ induktiv ansats med individuella intervjuer som datainsamlingsmetod. Som analysmetod gjordes en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat** Analysen visade att sjuksköterskorna fick ett nytänkande genom fortbildningen och handledningen och att använda nya hälsosamtalsmodellen kändes utvecklande och stimulerande. Vid handledningen kunde samtalsmodell och bildmaterial diskuteras och reflekteras, vilket gav trygghet i hälsosamtalen. Barnen pratade och var mer delaktiga när bilderna användes och det sågs som en stor vinst att få barnets förtroende att våga och vilja prata samt följa dem i sin berättelse. **Slutsats** Slutsatser är att interventionen givit en utveckling i professionen, utvecklat hälsosamtalen och främjat hälsosamtalen då barnen är mer delaktiga än tidigare. Studien har givit mycket viktig information och kunskap om sjuksköterskornas erfarenheter och studiens resultat kommer att vidareutveckla ”Grunda Sunda Vanor” för att sedan fortsätta att implementeras inom barnhälsovården i Skåne.

Nyckelord

Barnhälsovård, hälsofrämjande arbete, fortbildning, handledning, dialog, delaktighet, pedagogiska bilder,

Abstract

Background: The conversation about healthy eating habits in the child health care services are often general and there is currently no central recommendations how these conversations with parents and children are going to be implemented. Childrens participation are usually small extent because the used material is not always adapted to allow the child's participation. **Purpose:** The aim of the study was to describe nurses' experiences of training and preceptorship of the new model for conversation about healthy eating habits in the child health care as well as experience of conversation and working with the new model at 4 years of health visits in child health care centre.

Method: The study was a qualitative inductive approach with individual interviews as data collection methods. As the analysis was a qualitative content analysis. **Results:** The analysis showed that the nurses were given a rethink, through training and guidance, and using a new health conversation model felt developing and stimulating. At the preceptorship they discussed and reflected the new conversation model and educational images and the nurses felt more comfortable in the conversation about healthy food habits. The children talked and were more involved when the images were used and it was seen as a gift to gain the child's confidence and get following them in their story.

Conclusion: The intervention produced a development in the profession, developed and promoting the health conversation when children where more involved and participating than before. The studies have yielded very important information and knowledge about nurses' experiences and the results of the study will further develop the "Founding healthy habits" (Grunda Sunda Vanor) and then continue to be implemented in the child health care in Region Skåne.

Keywords

Child health, health promotion, training, preceptorship, dialogue, participation, educational images

Innehåll

Sammanfattning	1
Abstract	2
Bakgrund	1
Hälsofrämjande förhållningsätt och möte i barnhälsovården	2
Sjuksköterskans hälsosamtal om hälsosamma matvanor	3
Barnperspektiv i hälsosamtal	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Studiens kontext	7
Design	10
Deltagare	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiska övervägande och etisk prövning	12
Resultat	13
Fortbildning och handledning	14
Utveckling i professionen	14
Utveckling av hälsosamtal	17
Arbetsmodell och bildmaterial	20
Arbetsmodellen främjar hälsosamtalet	20
Bildmaterialet bjuder in	22
Diskussion	25
Resultatdiskussion	25
Metoddiskussion	29
Slutsats och implikation	31
Referenser	33

Bakgrund

Barnhälsovårdens folkhälsoarbete riktar sig till barn och deras föräldrar från att barnet är nyfött och upp till det år det börjar i förskoleklass, och når nära nog alla barn i Sverige. Barnhälsovården har ett stort förtroende hos befolkningen och det är viktigt att arbetsmodeller inom barnhälsovården utvecklas och anpassas med samhällsutvecklingen för att möta aktuella och framtida folkhälsoområden (Socialstyrelsen, 2014, s. 15). Barnhälsovården är en viktig arena för hälsofrämjande arbete och det är föräldrar som ger barnhälsovården uppdraget att följa barns hälsa, utifrån ett förhållningsätt som syftar till att främja utvecklingen av barn och föräldrars delaktighet och kompetens i meningen empowerment (Köhler & Reuter, 2011, s. 106). Empowerment ett centralt begrepp i ett hälsofrämjande arbete som ofta beskrivs som processen och möjligheterna för människor att ta kontroll och ha inflytande över den egna livssituationen (World Health Organization, 1998).

Bohman, Eriksson, Lind, Ghaderi, Forsberg och Rasmussen (2013) studie visar att stor del av barnhälsovården hälsosamtal inriktar sig på somatisk undersökning och generell rådgivning om hälsosamma matvanor snarare än barn förälder centrerade samtal. Det framkommer i Stenhammars (2011) studie att föräldrars har stort förtroende för barnhälsovården och önskar mer tid för hälsosamtal om hälsosamma matvanor vid de årliga besöken.

Det finns i dag inte några centrala rekommendationer hur hälsosamtal om hälsosamma matvanor med föräldrar och barn ska genomföras (Socialstyrelsen 2014, s. 68). Många gånger når hälsoinformation om hälsosamma matvanor inte fram till föräldrar och barn eftersom den är för generell och inte anpassad för den familj den gäller (Trollvik, 2014, s. 162).

Det ställs höga krav på sjuksköterskans kompetens och kunskapsutveckling, Socialstyrelsen (2011, s.60) bedömer att kompetensen hos hälso-och sjukvårdpersonalen ofta inte är tillräcklig avseende samtala om hälsosamma matvanor.

Det är av stor betydelse att följa upp och utvärdera olika insatser och pilotprojekt som görs inom barnhälsovården för att ta del av olika erfarenheterna och för att få förståelse för olika fenomen. Utifrån uppföljning och utvärdering kan insatserna förbättras och vidareutvecklas och anpassas efter samhällsutvecklingen för att främja barns hälsa och förebygga ohälsa i nu tid och i framtid.

Hälsofrämjande förhållningsätt och möte i barnhälsovården

Studien har en hälsofrämjande ansats som teoretisk utgångspunkt. Världshälsoorganisationen (WHO) definition av hälsofrämjande lyder ” *Hälsofrämjande är process som möjliggör för människor att öka kontrollen över, och förbättra sin hälsa*”(World Health Organization, 1998). Det övergripande folkhälsoarbete som barnhälsovården bedriver syftar till att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för alla barn. Utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige är de elva övergripande målområdena för folkhälsa som anger centrala bestämningsfaktorer för hälsan (Folkhälsomyndigheten, 2015). Hälsofrämjande arbete handlar om att öka hälsostandarden i samhället och hos enskilda individer vilket i samband med hälsa innebär att lyfta fram, förbättra, uppmuntra och prioritera hälsan. En grundläggande aspekt i ett hälsofrämjande arbete är att stödja, stärka och bemyndiga människor till mer kontroll över saker i sina liv, empowerment, som påverkar hälsan (Schriren, 2013, s. 48). Ett hälsofrämjande förhållningssätt som är grunden i ett hälsofrämjande möte inom barnhälsovården kan betyda att sjuksköterskan understödjer familjens psykosociala resurser som självkänsla, känsla av kontroll och förmågan att hantera olika sammanhang (Köhler & Reuter, 2012, s.108).

Enligt Nätverket för hälsofrämjande hälso-och sjukvård (2014) handlar ett hälsofrämjande möte i grunden om ett förhållningssätt som i sin enklaste form sker genom ett leende som visar att man ser och bryr sig om personen man möter. Ett gott bemötande har visat sig viktigt för att öka föräldrars förmåga och motivation att göra förändringar som är betydelsefulla för dennes livssituation och hälsa.

Delaktighet i hälsofrämjande arbetet kan handla om känslan av att ha inflytande och kunna påverka olika beslut (World Health Organisation, 1998). Att känna delaktighet

i planering, beslut och genomförande har en avgörande betydelse för människor och främjar individens empowerment (Pellmer & Wramner, 2007, s., 204).

Samhällsförändringar påverkar barn och familjer på olika sätt och kan innebära risk för ohälsa. Barnhälsovården behöver ständigt utvecklas, anpassas och vara aktiva i folkhälsoarbetet så att alla barn och familjer även i framtiden nås av hälsofrämjande och förebyggande insatser. (Socialstyrelsen, 2014, s.15).

Sjuksköterskans hälsosamtal om hälsosamma matvanor

Olander (2003) beskriver att samtalen vid hälsobesöken på Barnavårdcentralen (BVC) kan ha en rådgörande eller rådgivande karaktär som kan ge och leda till olika möjligheter och delaktighet i hälsosamtalen. I samtal med rådgörande karaktär så bjuds föräldrarna in till vara samspråkspartner och här har sjuksköterskan inom barnhälsovården områden att utgå ifrån men diskuterar och efterfrågar föräldrarnas idéer och erfarenheter. När föräldrarna rådgör med sjuksköterskan så ges uppmuntran och stöd. I samtalen med rådgivande karaktär är det sjuksköterskorna som styr och rådgivningen kan bestå av befolknings inriktande insatser med generella råd exempelvis rekommendationer om amning och bra mat för barn.

I Bohman et al (2013) studie framkommer det att sjuksköterskans hälsosamtal inom barnhälsovården till liten del är barn-föräldracentrerat och att fokus är främst på somatisk undersökning. Hälsosamma matvanor har ett litet utrymme i hälsosamtalen vid hälsobesöken och generell rådgivning är dominerande. Detta trots att medverkande sjuksköterskorna utom en i studien erhållit MI utbildning och hälften av sjuksköterskorna utbildning i hälsosamma matvanor.

Socialstyrelsens inventering av landstingens och regionernas olika handlingsplaner för att främja hälsosamma matvanor visar att på både likheter och olikheter. Genomgående anges att barnhälsovården ska samtala med föräldrar och barn om matvanor och stort sett alla rekommenderar att barnhälsovården förutom längd och vikt även ska registrerar kroppsmasseindex (BMI). Det är bara vissa landsting och regioner som betonar att barnhälsovården återkommande ska samtala och undersöka barnets matvanor samt lyfter betydelsen av att ha ett hälsofrämjande förhållningssätt och verka för delaktighet, undvika skuldbeläggning och med fördel använda motiverande samtalsteknik.

I några landsting erbjuds alla föräldrar ett fördjupat och strukturerat hälsosamtal vid olika åldrar, ofta med inslag av motiverande samtal (Socialstyrelsen, 2013 s, 12).

I Barnhälsovårdens vägledningsdokument skriver Socialstyrelsen (2014, ss. 67-68) att det i dag inte finns några generella rekommendationer hur ett hälsosamtal med barn och deras familjer ska genomföras då det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Det finns goda förutsättningar för att barn får hälsosamma matvanor om föräldrarna får stöd till förändring utifrån teoribaserad metod. Att använda sig av teoribaserad samtalsmetod förutsätter dock att utföraren är utbildad i den metod som används. Socialstyrelsen (2013, s.60) har gjort en bedömning att en liten andel av hälso- och sjukvårdens personal har tillräcklig kompetens inom samtalsteknik, hälsopedagogik och specifik kompetens om matvanor.

Kunskapsutvecklingen inom hälso-och sjukvården ställer höga krav på sjuksköterskans kompetens och det är nödvändigt att säkerställa att sjuksköterskan har den utbildning, kunnande och kompetens som behövs för att möta dagens och framtidens behov inom barnhälsovården (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Josefsson, Sonde och Robins-Wahlin (2006) menar att kompetensutveckling genom fortbildning ökar medvetenheten i den egna professionen och att perspektiv vidgas i arbetet och den enskilda sjuksköterskan upplever större självförtroende och trygghet.

Garnweidner, Terragni, Pettersen och Mosdøl (2012) studie visar att det är av stor betydelse att barnhälsovårdspersonalen har goda kunskaper kring befolkningens olika kulturella arv och värderingar för att skapa goda förutsättningar för hälsosamtal om matvanor. Ibland är det skillnader mellan det rådande näringsrekommendationer/kostråd och annan ideologi hos familjen, vilket kan skapa oförståelse och att informationen som ges ses som diffus. Familjer har olika kultur och värderingar vilket kan leda till motstånd i hälsosamtalet om inte detta respekteras.

I Ljungkrona-Falk, Brekke, & Nyholm (2013) intervjustudie framkommer det att sjuksköterskorna inom barnhälsovården tycker det var mycket viktigt och prioriterat med hälsosamtal kring hälsosamma matvanor. Detta framkommer även i en studie av Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes (2012) samt att sjuksköterskorna inom barnhälsovården anser att hälsosamma matvanor har en avgörande betydelse för barnets hälsa och utveckling. Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2013)

studier visar att sjuksköterskan inom barnhälsovården upplever att det kan vara svårt att samtala om hälsosamma matvanor exempelvis när barnet och dennes föräldrar är överviktiga. Inte sällan känns det även svårt att samtala om matvanor när sjuksköterskan är medveten om att det finns flera faktorer runt familjerna som påverkar till detta som låg inkomst, separerade föräldrar, stressad livssituation för familjen och osäkerhet i föräldraskapet.

Barnperspektiv i hälsosamtal

Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovård (2014, s. 26) anger att Barnhälsovårdens arbete skall präglas av ett barnperspektiv i enlighet med konventionen om barns rättigheter, artikel 3. Barnperspektivet delas in i tre aspekter som betona barns bästa och barns rättigheter – ”*barnperspektivet, barnets perspektiv och barnrättsperspektivet*”. Barnperspektivet innebär att vuxna sätter sig i barnets situation och ser till barnets bästa. Barnets perspektiv betyder att barnet utifrån sin mognad och ålder blir lyssnad på och får möjlighet att medverka och komma till tals och berätta om sina förslag, synpunkter och erfarenheter. Barnrättsperspektivet ger uttryck för den skyldighet som finns att genom lämpliga åtgärder se till barnets bästa och barnets rättigheter som de uttrycks i barnkonventionen.

Vid fyra års ålder bjuds barnet in till ett hälsobesök på BVC och träffar då en sjuksköterska. Vid hälsobesöket har sjuksköterskan hälsosamtal med barn och föräldrar kring olika områden som hälsosamma matvanor, lek/rörelse, sömn, barnsäkerhet etc. och dessa ska utformas utifrån varje barn och familjs behov och önskemål. Vid besöket görs en bedömning/undersökning avseende barnets utveckling, hälsa och livssituation ex syn, hörsel, tillväxt, levnadsförhållande och förskolevistelse (Rikshandboken, 2013).

Hälsosamtalet med barnet är en betydelsefull del av dess möjligheter till inflytande, vilket framgår av Shiers (2001) modell som undersöker huruvida barn görs delaktiga vid ex hälsobesök. Att barnet ges utrymme för uttrycka åsikter är den mest basala delen av arbetet med barnets inflytande och delaktighet. Att främja och skapa delaktighet utgår från frågor till barnet som en inledning vid ex hälsosamtal som sedan leder till medverkan. Söderbäck (2014, s. 41) menar att när professionen inom barnhälsovården integrerar barnrättsperspektiv med sin barnkompetens kan

förutsättningar för barnets delaktighet skapas, vilket kan ge barnet ökad tillit och tilltro till sin förmåga att använda sitt handlingsutrymme.

Enligt Trollvik (2014, s.162) medverkar barn i låg grad i hälsosamtalen och att mycket av det pedagogiska innehållet i program som finns för barn har utvecklats utifrån vuxnas erfarenheter. Trollvik menar att stor del av den information som finns i dag är inte anpassad efter barnets förståelse, ålder, språk, mognad och psykosociala och kognitiva utveckling.

Rikshandboken (2013) för barnhälsovård har tagit fram ett pedagogiskt bildmaterial som syftar till att främja och öka barnets delaktighet i hälsosamtalet samt att den som håller i det ges möjlighet att ta del av barnets perspektiv. Att barnet ges möjlighet att komma till tals och berätta vad hen tycker och sina erfarenheter utifrån bildmaterialet samt görs delaktig i hälsosamtalet är linje med *Konventionen om barnets rättigheter* artikel 3 och 12. Artiklarna belyser barnperspektivet och barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dessa beaktade (Regeringskansliet, 2006).

Problemformulering

Barnhälsovården har i sitt uppdrag att främja hälsosamma matvanor och det finns goda förutsättningar för att barn får hälsosamma matvanor om föräldrarna och barn får stöd av personal med god kompetens (Socialstyrelsen, 2013 s, 68). Eftersom det vetenskapliga underlaget kring utförande av hälsosamtal är otillräcklig så finns ännu inga generella rekommendationer hur ett hälsosamtal med föräldrar och barn ska genomföras. Enligt Socialstyrelsens (2013, s. 60) inventering finns ett behov att öka Hälso- och sjukvårdens personal kompetens i hälsopedagogik, samtalsteknik och hälsosamma matvanor för att erbjuda de åtgärder som rekommenderas för att stödja och förändra levnadsvanor. Sjuksköterskor upplever olika svårigheter att samtala om matvanor ex olika kulturella värderingar, olika åsikter om gällande kostråd, övervikt hos barn och familj, social utsatthet (Garnweidner, Terragni, Pettersen och Mosdøl, 2012; Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm, 2013). För att kunna utveckla sin kompetens som sjuksköterska och förena fortbildning och praktisk yrkesverksamhet menar Skarman (2011, ss. 24-25) att handledning är av stor betydelse. Handledaren kan stimulera sjuksköterskans kompetensutveckling vad gäller förmåga att använda

sig av teoretisk kunskap, utveckla sina färdigheter och utveckla ett förhållningsätt förenligt med hälsosamtalen inom barnhälsovården.

Hälsosamtalen om matvanor är ofta inte anpassade för barnet och möjliggör inte delaktighet i den utsträckning som är önskvärd. För att få ta del av barns perspektiv måste barnen själva vara aktörer och aktivt delta så de ges möjlighet att berätta om sina upplevelser, tankar, känslor och erfarenheter (Trollvik 2014, s. 168).

Det är därför angeläget att göra en undersökning kring sjuksköterskans erfarenheter av fortbildning och handledning av ny hälsosamtalsmodell och att använda sig av den. Det är av stor betydelse av att få ökad kunskap om och förståelsen för hälsosamtalsmodellens användbarhet vid fyra-års hälsobesök inom barnhälsovården.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av fortbildning och handledning av en ny hälsosamtalsmodell för samtal om hälsosamma matvanor samt erfarenhet av att samtala och arbeta med den nya hälsosamtalsmodellen vid fyra års hälsobesök inom Barnhälsovården

Metod

Studiens kontext

Föreliggande studie är en intervention av fortbildning och handledning och implementering av ny hälsosamtalsmodell vid fyra års hälsobesök på inom barnhälsovården i två kommuner i Region Skåne.

Kunskapscentrum för Barnhälsovård Region Skåne sammanställer årligen data på hälsoindikatorer från ca 96000 barn i åldern 0-5 år. Ett resultatmått som sammanställs är förekomsten av övervikt och fetma hos fyraåriga barn. Andelen fyraåringar (födda 2010) med förhöjt BMI var 11,2 procent fördelat på 9,2 procent övervikt och 2,0 procent fetma. Liksom annan ohälsa så skiljer sig förekomsten av övervikt och fetma åt mellan kommuner och förekomsten varierar mellan 6,5 procent och 19,5 procent (Kunskapscentrum för barnhälsovård, 2013).

En undersökning som genomfördes 2010 visar att det föreligger stora skillnader i den svenska barnhälsovården och det framkommer även att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet får stå tillbaka.

Detta resultat ledde till ett samarbete mellan Socialstyrelsen och företrädare för barnhälsovården som resulterat i ”Vägledning för barnhälsovården” samt ett nytt barnhälsovårdsprogram. Socialstyrelsens vägledning ger ramar för barnhälsovården medan Rikshandboken för barnhälsovård ger konkreta råd för arbetets utförande. Viktiga perspektiv lyfts fram utifrån barnet och dess familj: barnets hälsa, utveckling och livsvillkor, barnkonventionen, etik, jämlikhet, genus samt förändringar i samhällsutvecklingen. Programmet tydliggör vikten av att skapa hälsofrämjande möten och att göra barn och föräldrar delaktiga (Rikshandboken, 2015).

Utifrån data om förekomst av övervikt och fetma hos fyra åringar i Region Skåne, Socialstyrelsens vägledningsdokument och nationella Barnhälsvårdsprogrammet initierade Kunskapscentrum för barnhälsovård Region Skåne ett pilotprojekt ”*Grunda Sunda vanor*. Syfte med ”*Grunda Sunda Vanor*” är att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga övervikt hos förskolebarn i två av de kommunerna som har hög förekomst av övervikt och fetma hos fyra åringar. I kommunerna fanns det drygt 500 respektive 700 barn från nyfödda till fem års ålder inskrivna på de fyra barnavårdscentralerna (BVC) 2014. Pilotprojektet inleddes med att sex sjuksköterskorna (tre från respektive kommun) i oktober 2014 och i februari 2015 erhöll teoretisk och praktisk fortbildning i hälsofrämjande möte, hälsosamtal och förhållningsätt, övervikt och fetma hos barn samt pedagogiskt bildmaterial. Samtliga sjuksköterskor inom barnhälsovården samt andra medverkande i projektet skolsjuksköterskor, dietister och läkare hade fortbildningsdagarna tillsammans. Januari-mars 2015 erhöll sjuksköterskorna inom barnhälsovården två handledningstillfällen av åtta planerade som stöd och vägledning för sina hälsosamtal med barn och föräldrar på BVC. Handledningen hölls respektive kommun där sjuksköterskorna bestämde tid och plats.

Handledningen syftade till att sjuksköterskornas skulle få stöd till att bli stärkta i sin kompetens och utveckla empowerment. Att bli varse om sina egna resurser och olika möjligheter, att förstå och se sammanhang mellan teori och praktik.

Pennbrant, Skyvell, Öhlén och Rudman (2013) menar att hur sjuksköterskan upplever sin professionella förmåga beror på dennes självförtroende och egna känslan av att vara kompetent. Sjuksköterskan känner sig tryggare i sin professionella roll när hon känner att hon har den kompetens som hon behöver för sitt arbete.

Materialet som används vid hälsosamtalen är ” *Grunda Sunda vanor- pedagogiskt bildmaterial* ” och tillhörande guide/manual, vilket finns publicerat på den webbaserade Rikshandboken för barnhälsovård (Rikshandboken för barnhälsovård, 2013).

Den nya hälsosamtalsmodellen implementerades vid fyra-års hälsobesök i de båda kommunerna vintern 2015. I det hälsofrämjande mötet och hälsosamtalet om hälsosamma matvanor vid fyra- års besök utgick sjuksköterskan från bildmaterialet. Med detta som utgångspunkt samtalade sjuksköterskan tillsammans med barnet och föräldrarna och utifrån det som de tyckte var betydelsefullt att samtala om. I det fortlöpande hälsosamtalet eftersträvades delaktighet, interaktion och möjlighet för att familjen ta självständiga beslut med respekt för familjens värderingar och upplevelse i enlighet med World Health Organisation (1998). Det är av stor betydelse att få känslan av delaktighet i hälsosamtal och planering för sin familj, vilket kan främja empowerment (Pellmer & Wramner, 2007, s., 204).

Att ta del av sjuksköterskorna erfarenhet i förekommande pilotprojekt är betydelsefull och kan ses som uppföljning/ utvärdering. Karlsson (1999, ss. 16, 31) menar att syftet med en utvärdering är inte bara ett värdeomdöme utan att utvärderingen kommer till användning, vilket kan ske genom att sjuksköterskorna som medverkar i pilotprojektet kan påverka så att det som utvärderas berör dem. Företrädare för en sådan modell är William Shadish och David Fetterman som menar att ett motiv till att utveckla kompetensen hos medverkande sjuksköterskor är att de själva medverkar i utvärderingen vilket i detta sammanhang kan relateras till begreppet ”empowerment”. Studiens resultat ger möjlighet att fortsätta att utveckla hälsosamtalsmodellen som är i linje med nya nationella barnhälsovårdsprogrammet och är tänkt att fortsätta implementeras inom barnhälsovården i Region Skåne.

Design

Studien gjordes genom en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats då det kändes relevant utifrån syftet. Intervju är enligt Kvale och Brinkman (2009, ss. 15, 17) det allra bästa sättet att ta del av människors olika erfarenheter samt få kunskap om deras arbete. Den kvalitativa forskningsintervjun ger den som undersöker möjlighet att även ta del av och lyssna på sjuksköterskans berättelse om sina upplevelser och uppfattning i ämnet som studeras.

I samtalet kan en förståelse fås för den intervjuandes sjuksköterskas värld. Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 184) beskriver att den kvalitativa intervjun skall vara följsam och öppen samt ge den intervjuade sjuksköterskan möjlighet att berätta som sin erfarenhet.

Studie genomfördes med en induktiv ansats, vilket innebar att materialet analyserades förutsättningslöst utifrån sjuksköterskornas egna berättelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 188). Induktion bygger människors erfarenheter och kan benämnas som ” *erfarenhetsbaserad bevisföring*”. Utgångspunkten är inte att det leder till den absoluta sanningen men kan leda till ny grundläggande kunskap (Birkler, 2008, ss.72-73).

Deltagare

Urvalet var de sex sjuksköterskor som medverkade i pilotprojektet. Verksamhetscheferna som tidigare gett sitt godkännande för deltagande i projektet informerades muntligt och skriftligt om aktuella intervjuer (Bilaga 1). Sjuksköterskorna tillfrågades om medverkan till intervju muntligt och skriftligt (Bilaga 2).

Sjuksköterskorna arbetade i två olika kommuner vid fyra olika BVC enheter. De hade olika lång erfarenhet av att arbeta på BVC varav fem av hade mer än 10 års erfarenhet. Kriterierna för medverka vid intervju var att ha medverkat vid två fortbildningsdagar och två handledningstillfälle och haft fyra -års hälsobesök på BVC utifrån nya hälsosamtalsmodellen.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes i form av individuella intervjuer med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 3) då det möjliggjorde en öppen intervju med samtidigt begränsade frågorna till studiens syfte (Polit & Beck, 2008, s. 394).

Intervjuerna genomfördes i april 2015 under en 14 dagars period med samtliga sjuksköterskor som medverkade i interventionen. Intervjun genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplatser respektive annan vald plats för att underlätta deras medverkan. Intervjuerna tog mellan 20-40 minuter, spelades in på Iphone och transkriberades fortlöpande efter varje intervju. Intervjuguiden som användes var indelad i två frågeområden ” *Fortbildning och handledning* ” och ” *Arbetsmodell och bildmaterial* ” som var ämnen för undersökningen och den innehöll en rad noga formulerade frågor (Kvale & Brinkmann 2009, s. 146). För att säkerställa att intervjuguiden hade hög relevans gjordes en pilotintervju med en sjuksköterska på en barnvårdscentral i annan region. Efter pilotintervjun justerades frågorna för att bättre motsvara studiens syfte. Intervjuguiden innehöll i enlighet med Trost (2010, s. 71,) flera perspektiv. Intervjuaren hade frågeguiden väl inarbetad vilket gjorde det naturligt och okonstlat att ställa frågorna till sjuksköterskorna som ledde till att det blev ett bra flöde och en röd tråd genom intervjuerna. Följdfrågor ställdes till huvudfrågorna såsom; ”kan du utveckla”, ”vill du beskriva”. Detta gjordes för att ge deltagaren ytterligare en chans att vidareutveckla och fördjupa sina svar (Malterud, 2009, ss. 29-32). Varje intervju avslutades med frågan; är det något mer du tänker på? finns det något du vill tillägga? Detta gjordes för att göra det möjligt för sjuksköterskan att själv ta upp något som hon fann viktigt. Efter transkriptionen kodades datamaterialet med ett nummer i syfte att försäkra sjuksköterskornas konfidentialitet. Kodlistan förvarades i ett låst skåp separat från datamaterialet. Datamaterialet som fanns på två USB-minne förvarades i ett annat låst skåp och hanterades endast av studenten och dennes handledare.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats genomfördes enligt Graneheim & Lundmans (2004) modell, då det var den metod som bedömdes vara lämplig utifrån studiens syfte. Den kvalitativa innehållsanalysen strävar efter att finna variationer genom att urskilja likheter och skillnader i textens innehåll. Synsättet i kvalitativ forskning är att omvärlden är komplext konstruerad, subjektiv samt kontextberoende vilket medför att texten som analyseras ska ses i sitt sammanhang (Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 160). Den kvalitativa innehållsanalysen inleddes med att hela texten (*analysenheten*) lästes igenom flera gånger, för att bli bekant med texten och se dess helhet.

Texten från vardera intervjudel analyserades var för sig utifrån studiens syfte. Därefter lyftes *meningsbärande enheter* ut i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008, ss. 161-165), som hörde samman i sitt innehåll och sitt sammanhang. Dessa enheter *kondenserades* för att göra texten lättare att hantera utan att det centrala innehållet föll bort.

De kondenserade meningsenheterna *kodades* sedan där koden kortfattat beskrev textens innehåll. Koderna jämfördes sedan utifrån likheter och skillnader och jämfördes många gånger med varandra och utifrån det skapades sedan *underkategorier* där liknade innehåll fördes samman. Underkategorierna innehöll data som stod nära varandra i innehåll och dessa sammanfördes sedan i *kategorier* (Bilaga 4).

Etiska övervägande och etisk prövning

Inledningsvis övervägdes om studien skulle genomföras av annan person än författaren då det fanns en möjlighet att de tillfrågade sjuksköterskorna kände sig tvungna att medverka eller obehag att medverka då de kände till författaren som medverkade i pilotprojektet. Vid alla studier ställs författaren inför flera etiska frågor och ställningstagande och det är av stort betydelse att reflektera över relationen till personerna som intervjuas. Riskerna för sjuksköterskorna i studien bedömdes som liten och deras självbestämmande respekterades genom att de fick information om vad studien innebar, både muntligt och skriftligt samt en betänketid på två-tre veckor innan de lämnade besked om medverkan. Sjuksköterskorna gavs muntligt information efter den sista av utbildningsdagarna då samtliga sjuksköterskor medverkade, om studiens syfte och att resultatet i studien skulle komma att ligga till grund för fortsatt utveckling av ”Grunda Sunda vanor”. Sjuksköterskorna gavs information om att deras medverkan var helt frivillig och de hade möjlighet att diskutera enskilt med varandra om för och nackdelar kring medverkan. Efter noggrant övervägande och diskussion med kollegor i pilotprojektet och handledaren om fördelarna respektive nackdelar samt att riskerna för sjuksköterskornas medverkan bedömdes som liten så blev beslutet att genomföra studien. Fördelarna övervägde nackdelarna då författaren var väl insatt i nya hälsosamtalsmodellen och att det inte fanns några känsliga frågeområden för sjuksköterskorna. Studien genomfördes i två mindre kommuner där sjuksköterskorna kände till varandra väl och för att inte de olika citaten i studien ska kunna kopplas till enskild person har de

försökts avidentifierats genom BVC enhetens namn tagits bort och det dialektala redigerats. Författaren har följt råden ”*Råd kring etiskt ställningstagande*” utifrån Mittuniversitetets forskningsetiska kommitté (Mittuniversitetet, 2014).

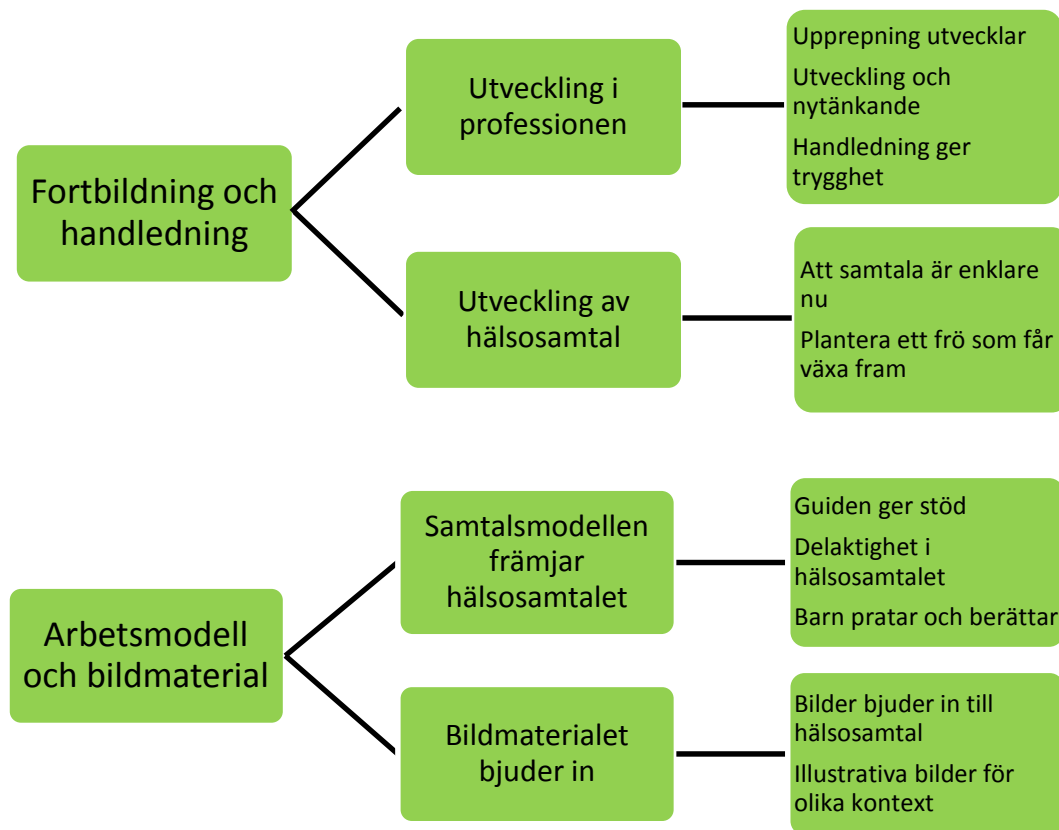
I studien beaktades etiska riktlinjer utifrån de grundläggande kraven för individskydd, informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet innebar att personen som intervjuades erhöll information om syftet med undersökningen, dess upplägg och beskrivning utav moment och metoder som ingick. Information gavs om att deltagande var frivilligt och den medverkande informerades om att hon hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst utan några som helst påföljder.

Samtyckeskravet, deltagande sjuksköterskor gav ett informerat muntligt samtycke per telefon och som upprepades muntligt innan intervjun påbörjades.

Konfidentialitetskrav- uppgifter om den deltagande personen i intervjun hade största möjliga konfidentialitet och dennes personuppgifter förvarades på ett sätt så att obehöriga inte kunde ta del av dem. Nyttjandekravet innebar att uppgifterna som framkom endast bara fick användas för studiens ändamål.

Resultat

Resultatet visade att sjuksköterskorna var positiva till implementeringen av den nya hälsosamtalsmodellen och såg det som utvecklande och betydelsefullt att förändra hälsosamtalet vid fyra-års besök. Sjuksköterskorna erhöll fortbildning och handledning som ledde till nytänkande och ökat lärande som gav trygghet och säkerhet i att samtala om hälsosamma matvanor med barn och föräldrar. Flera delar i arbete vid hälsobesöket angavs ha förändrats, blivit enklare och förbättrats när den nya hälsosamtalsmodellen användes. Barn och föräldrar blev mer delaktiga i hälsosamtalet och fick en ökad förståelse när bilderna användes. Hälsosamtalet om matvanor präglades ofta av lekfullhet och barn pratade mer än tidigare. Resultatet presenteras under två domäner som utgår från intervjuens fokus ”fortbildning och handledning” och ”arbetsmodell och bildmaterial” (Figur 1). Dessa domäner utgörs av fyra kategorier och tio underkategorier. Resultatanalysen styrks med citat hämtade från intervjuerna.



Figur 1. Domäner, kategorier och underkategorier

Fortbildning och handledning

Utveckling i professionen

Analysen visade att fortbildning och handledning hade varit innehållsrik, betydelsefullt och givande för sjuksköterskorna. Genom återkommande innehåll vid fortbildningsdagarna, diskussion och reflektion vid grupphandledning upplevde sjuksköterskorna att de fått ett nytänkande och utvecklats i sin profession. Handledningen hade gett ett inre lugn som gjort att de kände sig säkrare och tryggare i arbetet. Kategorin Utveckling i professionen bygger på underkategorierna ”

Upprepning utvecklar ” Utveckling och nytänkande och ”Handledning ger trygghet”

Upprepning utvecklar

Det framkom i analysen att fortbildningsdagarna hade haft en tydlighet som var uppskattad och syftet med fortbildningsdagarna framstod som klart och tydligt samt upplevdes ha varit på en lagom nivå.

Genom att det fanns en tydlighet och lagom nivån kunde sjuksköterskorna ta till sig information och ny kunskap på ett bra sätt i lagom proportioner.

”Jag tycker att det har varit bra och de projektansvariga är tydliga med vad syftet är och det är en lagom nivå, ej hög travat eller svårförståeligt”

Upplägget av fortbildningsdagarna hade känts givande då det fanns både ett rikt och ett återkommande innehåll. Det framkom även att kompositionen av fortbildning och handledning känts bra och positivt då det givit möjlighet till att områden i den nya hälsosamtalsmodellen som hälsofrämjande möte, samtal och förhållningsätt samt bildmaterial kunnat bearbetas successivt för att sedan bli applicerbart i arbetet på BVC. Att det fanns ett återkommande innehåll i fortbildningen varit mycket betydelsefullt då det gav möjlighet till repetition, eftertanke och mycket reflektioner. Inledningsvis hade hälsosamtalsmodellen känts svårt för några sjuksköterskor då det var mycket som kändes vara nytt, men samtidigt fanns det möjlighet att ta till sig det nya successivt i lagom takt. Sjuksköterskorna betonade svårigheten med att ta till sig många nyheter och ny kunskap på en och samma gång. För att kunna tillgodogöra sig nyheter, kunskap och utveckla sitt lärande behövdes återkoppling och upplägget vid fortbildningsdagarna gav dem den möjligheten.

”Fortbildningarna har haft återkommande/upprepande innehåll vilket känns bra då jag som person inte kan ta emot allt på en gång”

Genom återkommande samtal i grupphandledning efter fortbildningsdagarna så kände sjuksköterskorna att de kunde fortsätta diskutera och reflektera tillsammans med handledare och kollegor vilket utvecklade lärandet, som i sin tur stärkte dem sin profession.

Utveckling och nytänkande

Efter lång erfarenhet inom sitt arbete som sjuksköterska och att arbetat länge på BVC angav flera sjuksköterskor att de arbetade efter sin egen modell och arbetsätt utifrån erfarenhet och kunskap vid hälsobesöken på BVC. Att förändra sin invanda modell och arbets sätt efter den nya hälsosamtalsmodellen som implementerades angavs ta sin tid men sågs som en positiv och stimulerande process.

”Det tar tid att ändra sig när man jobbat på ett visst sätt i många år men det är roligt och utvecklande att göra den här förändringen av hälsosamtal och besök utmana sig själv och nya kunskaper är stimulerande”

Nytänkande var en annan aspekt som lyftes och detta uppstod framförallt genom handledningen där nya tankar väckts, vissa tankar och funderingar hade omvärderats. Det kändes roligt, utvecklande och utmanande att förändra sina tankar, sitt arbetssätt och arbeta utifrån den nya hälsosamtalsmodellen som gav utrymme för flexibilitet. Med utvecklande menade sjuksköterskorna att det kändes positivt att lära sig någonting nytt och att förändra fyra-års hälsobesök samt att lära sig innebörden av hälsofrämjande förhållningsätt. Vid fortbildningen och handledningen blev sjuksköterskorna uppmärksamma på att de i sitt arbete med tidigare invanda arbetsmodell ofta genomförde hälsobesöken på ungefär på samma sätt med de flesta 4 åringar vilket innebar att de ofta började med samma moment och gav samma hälsoinformation. Den tidigare arbetsmodellen gav inte alltid det behövliga utrymme för nyanser och olikhet som i ett hälsofrämjande möte och förhållningsätt. Efter fortbildning och handledning i den nya hälsosamtalsmodellen följde sjuksköterskan barnet i hälsosamtalet, vilket gjorde att hälsosamtalen inte blev statiska. Det var utmanande att tänka på nytt sätt och att förändra sitt arbetssätt vilket berodde på att den invanda arbetsmodellen och långa erfarenheten hade en stark prägning hos sjuksköterskorna.

”Har fått en liten aha upplevelse och ett nytänkande. Efter att jobbat länge som sjuksköterska blir arbete lätt rutinmässigt.”

Handledning ger trygghet

Analysen visade att handledningen betytt mycket för sjuksköterskorna och lett till att de kände sig lugnare, tryggare och säkrare i sitt arbete. Lugnet som växte fram genom handledningen var någonting som de sedan hade med sig i mötet med barn och föräldrar. Det framkom att handledaren hjälpte sjuksköterskorna att arbeta med några delar i sänder i stället för att de skulle förändra sig själv och sin arbetsmodell radikalt. Detta gav känsla av lugn att ingenting behövdes hastas fram utan fick mogna successivt. Handledningen hade dämpat den oro som funnits från början över att mäta med och klara av att arbeta efter den nya hälsosamtalsmodellen.

Efter två handlednings-tillfällen så fanns inte samma oro längre utan i stället infann sig en slags harmoni och en känsla av trygghet.

Upplevelsen av att känna sig trygg gjorde att sjuksköterskorna blev mer säkra att arbeta med den nya hälsosamtalsmodellen vilket gjorde att det kändes mer positivt att ha fyra-års hälsobesök.

”Känner trygghet i det jag gör och jag behöver inte vara så orolig som innan. Detta är helt fantastiskt- handledningen skapar ett lugn som jag tar med mig när jag pratar med familjerna och att jag nu ser saker och ting långsiktigt”

Sjuksköterskorna angav att det kändes bra att få handledning och samtala liten grupp tillsammans med kollegor då det gav dem det utrymme som diskussion och reflektion som de upplevde sig behöva. Handledning i större grupp kändes främmande då det riskerade mista känslan och lugn och trygg atmosfär.

Utveckling av hälsosamtal

Det visade sig att sjuksköterskorna inledningsvis haft vissa farhågor om att hinna med allt som hälsobesöket innehöll men kände att de hade fått ett bra stöd och vägledning genom fortbildningen och handledningen kring dessa tankar och känslor. När sjuksköterskorna sedan hade börjat arbeta utifrån nya hälsosamtalsmodellen upplevdes hälsosamtalen enklare än tidigare och hälsosamtalen om hälsosamma matvanor hade fått mer fokus. Det viktigaste var inte att försöka få familjen att förändra sina matvanor utan att uppmuntra och stödja det som var bra. Kategorin: ” Utveckling av hälsosamtalen ” bygger på underkategorierna ”*Samtala är enklare nu*”, ” *Plantera ett frö som får växa fram*”.

Att samtala är enklare nu

Det framkom i analysen att sjuksköterskorna inledningsvis hade känt tvivel över att det skulle vara svårt att samtala utifrån den nya hälsosamtalsmodellen och det fanns viss oro över hur de skulle hinna med allt under ett fyraårs besök. Genom stöd i fortbildning och vägledning i handledningen hade sjuksköterskorna relativt snabbt hittat ett bra flöde i hälsosamtalen och sjuksköterskorna kände att de fått ihop tiden väl och att tiden användes på ett bättre sätt än tidigare.

”I början blev vi oroliga över hur vi skulle hinna få med allt på ett fyraårsbesök men nu känner jag att snarare att det blivit mer struktur och jag får ihop tiden väl tack vare bildmaterialet, så den farhågan inföll sig aldrig”

Upplevelsen var att hälsosamtalen blev lättare när de arbetade utifrån den nya hälsosamtalsmodellen. Handledaren hade vid grupphandledning avdramatiserat att samtala om hälsosamma matvanor i hälsosamtalen. Inte sällan kände man tidigare stora krav på sig själv och hade funderingar över hur hälsosamtalet skulle bli. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns olika hinder vid hälsobesöken och dessa diskuterades vid handledningen. Upplevda hinder kunde vara den egna professionens förhållning till hälsosamma matvanor kontra föräldrarnas intresse och ideologier. Andra hinder kunde vara att förhålla sig till att låta barn och föräldrar styra mer av hälsosamtalet och att som sjuksköterska vara transparent och följa med i samtalet och samtidigt fånga upp tråden, rama in hälsosamtalet och gå vidare. Handledningen hade på olika sätt väglett och givit stöd kring samtal och möte med barn och deras familjer som gjorde att det kändes enklare att samtala om hälsosamma matvanor än tidigare. Det framkom att vägledning och konkreta förslag i fortbildning och handledningen uppskattades, vilket kunde handla om hur hälsosamtalet kunde inledas utifrån barnet och föräldrarna i stället för att styra hälsosamtalet i sin egen riktning. Flera sjuksköterskor angav att de börjat inleda hälsosamtalet med frågan ” vad är viktigt för er att vi pratar om i dag”, vilket kändes bra. Andra delar i hälsosamtalet som utvecklades var hur frågor kunde ställas på ett nyfikat, reflekterade och intresserat vis till barnet och föräldern.

”Jag kan ex fråga familjen vid ett besök -Hur ser en vanlig dag ut för er?”

Planterar ett frö som får växa fram

Analysen visade att sjuksköterskorna uppmuntrades i handledningen att inte forcera eller påskynda en eventuell förändring hos en familj. Tidigare hade det legat nära till hands att på olika vis försöka få familjer att förändra sina matvanor när behov ansågs föreligga. Genom samtal och reflektion vid både fortbildning och handledning så kändes det inte längre viktigast att försöka förändra familjens matvanor, i stället hade insikten blivit att varje barn och familj är unikt utifrån sina förutsättningar och prioriteringar.

Om familjen inte var eller blev intresserad vid hälsosamtalet om hälsosamma matvanor så var det ändå möjligt att en viss nyfikenhet och ett visst intresse hade väckts hos dem som sedan kunde leda till motivation.

”Försöker inte påskynda en eventuell förändring hos familjen utan sår ett frö som får växa fram”

De framkom även att sjuksköterskorna efter fortbildning och handledning börjat samtala på annat sätt än tidigare, utifrån ett mer hälsofrämjande förhållningsätt. Sjuksköterskorna hade börjat lyssna in barn och föräldrarna mer än tidigare, gav inte snabba råd och svar utan reflekterade tillsammans. Barnet hade fått en mer framträdande plats vid besöket och det kändes inte svårt att engagera barnet eller samtala om hälsosamma matvanor vilket det hade gjort tidigare.

Sjuksköterskorna hade börjat ställa mer öppna frågor och fått erfarenhet av hur detta kunde leda till hur föräldrar själva började reflektera och delge vad som var viktigt för dem. En sjuksköterska berättade hur hon ställt en öppen och reflekterande fråga till ett föräldrar par som sedan började resonera sinsemellan och diskuterade förändring. Förhållningsättet var nytt men det kändes bekvämt och bra att arbeta och samtala på det viset.

”När föräldrarna berättade att barnet åt välling till frukost så frågade jag – hur ser ni på det? Plötsligt började föräldrarna prata med varandra om detta och om en eventuell förändring. Jag lyssnade och reflekterade deras samtal. Så arbetade jag inte tidigare.”

Sjuksköterskorna hade alltid pratat om hälsosamma matvanor vid hälsobesöket men det framkom att ämnet tidigare behandlas mer styvmoderligt och hade ofta slutna frågeställningar. Efter fortbildning och handledning hade hälsosamma matvanor fått ett tydligare och mer framträdande fokus och ämnet hade börjat beröras mer ingående i hälsosamtalen, mer reflektion och nytt sätt att ställa frågor till familjen

Arbetsmodell och bildmaterial

Samtalsmodellen främjar hälsosamtalet

Det framkom i analysen att sjuksköterskorna inledningsvis hade haft stöd av guiden till bildmaterialet för inledning av hälsosamtalet med bilderna. Upplevelsen var att barn och föräldrar hade blivit mer delaktiga i hälsosamtalet när det skedde i dialog mellan barn, förälder och sjuksköterska. De barn som tidigare varit blyga och tysta vågade nästan alltid prata och berätta om olika saker. Sjuksköterskan ställde öppna frågor till barnet på ett lekfullt sätt och följde med barnet i samtalet som ofta ledde till roliga och lättsamma samtal. Kategorin Samtalsmodellen främjar hälsosamtalet bygger på underkategorierna ” *Guiden ger stöd*”, ”*Delaktighet i samtalet*” och ” *Barn pratar och berättar*”.

Guiden ger stöd

Det framkom i analysen att guiden till bildmaterialet inledningsvis varit till stöd när sjuksköterskorna började använda bildmaterialet vid fyra-års hälsobesök. Efter fortbildningen hade några sjuksköterskor läst igenom guiden ett par gånger samt hade de gått tillbaka till den för att få stöd i hur inledningen och presentation av vissa bilder kunde vara. Sjuksköterskorna angav att när de använt bildmaterialet ett tag så använde de sig inte av guiden utan att de hade hittat ett bra flyt i hälsosamtalet. Med utgångspunkt av bilderna i hälsosamtalet så improviserade de och följde efter barnet i vad som framkom i samtalet. Guiden sågs inte som huggen i sten eller att den var tvungen att följas till punkt och pricka utan mer som ett stöd till hur bilderna kunde användas utifrån ett hälsofrämjande förhållningsätt. Det viktigaste var inte att få med allt bildmaterial vid hälsobesöket utan det viktigaste var att det blev ett bra möte som präglades av god relation, dialog och delaktighet.

”I början hade jag den (guiden) lite vid sidan om för inte missa någonting, fast nu vet jag ju att det inte är hela världen om man inte får med allt utan det viktigaste är ju att få till ett bra möte och samtal i sin helhet”

Delaktighet i hälsosamtalet

Analysen visade att sjuksköterskornas erfarenhet var att barnet och föräldern hade blivit mer involverade och delaktiga i hälsosamtalet om hälsosamma matvanor. Sjuksköterskorna tyckte det kändes värdefullt att fokus var främst på barnet i hälsosamtalet och angav att kontakten med barnet hade blivit bättre.

Tidigare hölls hälsosamtalet nästan uteslutande med föräldern och barnet kom lite i skymundan när sjuksköterskan pratade om hälsosamma matvanor. Det hade nu blivit en dialog mellan sjuksköterskan och barnet och det gavs ett utrymme för barnet som tidigare inte funnits. Föräldern var med i hälsosamtalet men fick först vänta in sitt barn och lyssna på vad barnets hade berätta eller ville prata om. Efterhand släpptes föräldern in i hälsosamtalet och kunde inflika och resonera kring det som framkommit och det blev en dialog mellan samtliga medverkande.

”Möjligheterna är stora för föräldrarna lyssnar på barnet och lägger till saker när barnet pratat färdigt. Barnet pratar först sedan föräldrar”

Föräldrar angavs vara stolta när deras barn samtalade i dialog med sjuksköterskan. Det framkom att föräldrarna visade mer engagemang vid hälsosamtalet när den nya hälsosamtalsmodellen användes och ställde intresserade frågor om hälsosamma matvanor. Tillsammans kunde resonera kring bildmaterialets utformning samt hur sjuksköterskan arbetade med bildmaterialet.

”En förälder frågade varför det inte var riktiga bilder på mat och då berättade jag att bilderna är riktat till barnet och samtalet handlar om att samtala på ett lekfullt vis kring levnadsvanor ”

Barn pratar och berättar

Det framkom i analysen att sjuksköterskornas erfarenhet var att många barn ofta är väldigt tystlåtna och blyga vid fyra-års hälsobesök vilket gjorde att det ibland blev svårt att genomföra besöket. Stort sett alla barn som varit på fyra-års hälsobesök pratade med sjuksköterskan när hon använde sig av den nya hälsosamtalsmodellen.

”Man får nästan alltid barnet att börja prata. Många gånger så är barnen väldigt tysta och säger ingenting men med hjälp av bilderna så pratar barnet är min erfarenhet. Oftast”

Det sågs som en stor vinst att få barnets förtroende att våga och vilja prata och följa dem i sin berättelse. Barnets berättelse fortlöpte ofta på ett intressant och roligt vis som kunde leda till att barnet berättade vilken frukt, grönsak, mat och dryck som var de tyckte var godast eller om något som de inte alls tyckte om. När barnen kom i gång att prata så berättade de även om olika drycker, frukt, grönsaker och mat som de kände till samt vad som var bra att äta och dricka. Det blev tydligt att barn ofta

kände till mycket om mat och dryck vilket sjuksköterskan inte hade förväntat sig. Barnet tillfrågades om vad de kände igen på bilderna och hen brukade då berätta. De öppna frågeställningarna ledde ofta till att barnet berättade om sina erfarenheter och ibland ledde det in till någonting som barnet önskade sig som att ex äta glass, dricka saft eller läsk varje dag. När sjuksköterskan frågade barnet ” Hur gör ni hemma hos er” så kunde det bli många och långa resonemang ifrån barnet och det hände att det framkom information om barnets och familjens matvanor som gjorde att föräldrarna ibland blev något besvärade och kände behov av att vilja korrigera.

”Barn är jätteduktiga på berätta, säger att de ofta dricker saft och läsk... så ser jag förälderns min... de ser lite förfärande ut och är snabba att inflika att de bara får detta på helgen ha ha ha ”

Bildmaterialet bjuder in

Bildmaterialet sågs som en ”dörröppnare” i hälsosamtalen då de allra flesta barn blev nyfikna och intresserade av bilderna. Hälsosamtalen med barn och föräldrar hade blivit bättre då det nu var fokus på barnet och samtalen utifrån bilderna gav en tydlighet. Bildmaterialet upplevdes i de allra flesta möten som lätt att använda tillsammans med barn och föräldrar då de kunde anpassas efter kontext.

Kategorin Bildmaterial bjuder in bygger på underkategorierna ” *Bilder bjuder in till samtal*” och ” *Illustrativa bilder för olika kontext*”

Bilder bjuder in till hälsosamtal

Vid fyra-års hälsobesök var det ofta länge sedan barnet varit på BVC, vilket kunde leda till viss anspänning hos barnet. Sjuksköterskorna såg barn och familjer som unika och att det var av stor betydelse att läsa av barnet, ta det varsamt och anpassa besöket. Vanligen inleddes nu hälsobesöket med att bjuda in barnet i hälsosamtalen med hjälp av bilderna. Genom denna inledning väcktes oftast barnets nyfikenhet när sjuksköterskan sa ex ” titta vad som är här”, ” kolla här! Det ser ut som frukt och grönsaksfigurer som leker” eller ” hur tycker du bananen ser ut”. Sjuksköterskan och barnet tittade tillsammans på bilderna och när barnet blev alltmer intresserat så infann sig även en trygghet hos barnet.

”Jag börjar med att bjuda in med bilderna, sitter ner kikar på bilderna, barnet blir nyfiken och en trygghet infinner sig för barnet- vi har ju inte träffats på länge ett år sedan sist och något barn har jag aldrig träffat innan. På så sätt kan jag känna att bildmaterialet är bra till att bjuda in i samtal, läsa av barnet och familjen är viktigt.

Nu börjar jag därför med bilderna som mjuka upp atmosfären”

Analysen visade att introduktion av bilder och vilken bild som visades först, anpassades efter barn och familj och det sågs som en styrka att materialet gav den friheten. I mötet med barnet och familjen brukade sjuksköterskan tänka på vilka bilder som var lämpliga för just det barnet och dennes familj som var på fyra-års besök. Ibland kunde det vara svårt att få vissa barn som var rastlösa och livliga att stanna upp och koncentrera sig på bildmaterialet. Liksom tidigare innan bildmaterialet användes så kändes det svårt att få till ett bra besök när barnet var mycket aktivt och hade svårt att sitta still. Vid dessa hälsosamtal kunde det bli så att de fokuserade på några få bilder tillsammans och i enstaka fall där det inte hade fungerat att använda bilderna så ändrade sjuksköterskan taktik, lade undan bilderna och försökte på andra sätt fånga barnets intresse. Upplevelsen var att bilderna kändes mycket användbara till barn som var väldigt pratsamma då sjuksköterskan med stöd av bilderna kunde rama in hälsosamtalet och tillsammans kunde de samtala kring en bild i taget. När barnets nyfikenhet hade väckts så ledde vanligen till att de kunde fortsätta med bild efter bild och sjuksköterskan såg till att följa barnets flöde och kreativitet. Vid något tillfälle hade barnet inte velat prata så vände sig sjuksköterskan till föräldern och samtalade på samma sätt kring bilderna med dem i stället för vara ihärdig och försöka få barnet att prata mer

Illustrativa bilder för olika kontext

När bilderna användes vid hälsobesöket så kändes hälsosamtalet bra och sjuksköterskorna kunde prata på ett värderingsfritt och skojfriskt sätt om hälsosamma matvanor tillsammans med barnet. Bilderna angavs tala för sig själva och det fanns en enighet i att bilderna tillsammans med samtal blev mer förståeligt och tydligt för barn och föräldrar än enbart hälsosamtal och skriftlig information om hälsosamma matvanor. Bilderna som angavs vara enklast använda tillsammans med barnet var bilderna med frukt och grönt, drycker, tallriksmodellen och handmodellen.

Det visade sig att bilderna var uppskattade av barnen som oftast kände de igen mycket av det som illustrerades på bilderna.

”Jag har framförallt använt bilderna med frukt/grönt, handmodell och tallriksmodellen – de (barn) förstår vad de handlarna om och de berättar lite själva om den. Frukt/grönt bilden har varit väldigt uppskattad”

Sjuksköterskornas erfarenhet var att många föräldrar upplevde att deras barn åt för lite mat och ofta kände sig oroliga över detta, trots att barnets tillväxt var fin. Det blev mer förståeligt när sjuksköterskan med hjälp av handmodellens bilden illustrerade för barnet och föräldern om vad som kunde vara lagom mycket mat vid lunch och middag för barnet. Föräldrarna blev ofta förvånade över att deras barn inte behövde så mycket mat som de hade haft föreställning om.

”Jag har goda erfarenheter av besök där föräldrar ansåg att barnet åt för lite men växte exemplariskt efter sin egen tillväxtkurva. Här blev det ett bra samtal och när bilden med handmodellen visades – blev jättebra”

En del av figurerna på bilderna kände barnen inte alltid igen vilket ofta ledde till spekulation och barnen angav vad de trodde eller tyckte att bilden/figuren föreställde. Det som även framkom var att fikonet som var en av frukterna på en bild inte kändes igen av barnen då det inte var någonting som fanns som utbud på orten. Ett par av figurerna på bilderna upplevde några sjuksköterskor som abstrakta då det inte alltid var tydligt för barnen. Figurerna som delvis var abstrakta gav barnet möjlighet till egen tolkning och här kunde barn med svenskfödda föräldrar tolka en figur på ett sätt och barn med icke svensk födda föräldrar på ett annat sätt. Ibland satt barnet och funderade kring bilden och när hen var säker på sin sak så angavs detta ex ”Det är en melon”. Sjuksköterskorna såg det som positivt att barn såg figurerna på olika vis och att de var fantasifulla och kreativa som ledde till nya infallsvinklar.

”Familjer med icke svensk bakgrund de tycker sig se att det är en falafel på bilden medan barn med svensk bakgrund tycker det är en köttbulle”

Bilderna hade redan från början känts okonstlade att använda. Allteftersom tiden gått och sjuksköterskorna fått mer erfarenhet av att använda bilderna så har det känts alltmer naturligt att använda dem tillsammans med barnet.

Sjuksköterskorna upplevde att det var för mycket med allt bildmaterial som omfattade sex bilder kring mat och ytterligare några bilder som berörde andra levnadsvanor vid det universella besöket. Den bild som de inte arbetade med var samma för sjuksköterskorna och angavs vara svår att få till ett bra flöde kring. Bilden som benämndes som ”matsnurra” upplevdes förutom att den var svår att den inte var så fin och att den kändes onödig. Några sjuksköterskor såg däremot att matsnurran kunde ha en möjlig funktion vid uppföljande hälsobesök för hälsosamtal om hälsosamma levnadsvanor på BVC hos de barn och familjer där detta blev aktuellt.

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet visade att fortbildningsdagarna hade varit bra och givande och att det återkommande innehållet var uppskattat då det gav möjlighet till repetition och reflektion. Sjuksköterskorna upplevde att de fått ny kunskap, nytänkande, ökat lärande och kände att blivit stärkta i sin profession.Handledningen angavs varit mycket betydelsefull då den gett möjlighet till reflektion och diskussion kring olika områden som det fanns behov av, vilket ledde till att sjuksköterskorna kände mer trygghet och säkerhet i hälsosamtalen om hälsosamma matvanor med barn och föräldrar. Bildmaterialet som var en del av den nya hälsosamtalsmodellen var uppskattad då det gjorde att barn och föräldrar blev mer engagerade och delaktiga i hälsosamtalet.

Analysen visade att sjuksköterskorna hade positiva erfarenheter av fortbildning och handledning och det framkom att konstellationen av dem var bra. Att innehållet i fortbildningen var upprepande sågs som mycket betydelsefullt då det gav möjlighet till att reflektera och bearbeta information och ta till sig ny kunskap öka sitt lärande på ett bra sätt.

Att inte överösas av för mycket information och föreläsningar var viktigt då det kändes svårt att ta till sig för mycket vid ett och samma tillfälle. Michell, Houwer och Lovibond (2009) menar att lärande genom repetition bygger på att associera olika intryck med varandra och att göra kopplingar mellan olika intryck och

företeelser som kan leda till att sättet att tänka förändras. Att kunna ta till sig ny kunskap bygger på att bearbeta och koppla ihop sammanhanget vilket förstärks genom repetition.

Det framkom att sjuksköterskorna genom fortbildning och handledning hade fått ett nytänkande och omvärderat olika tankar. Det sågs stimulerande att lära sig någonting nytt och att utveckla och förändra fyra-års besöket. Synen på lärandet har även beskrivits av Marton, Beaty och Dall´Alba (1993) som menar att den högsta formen av lärande är att se saker på ett annat sätt och att utvecklas och förändras. Resultatet i studien visade sjuksköterskornas hälsosamtal hade utvecklats och förändrats och de kände att hälsosamtalen blivit både enklare och bättre. Nya hälsosamtalsmodellen med bildmaterialet som riktade sig till barnet hade givit barnet ett nytt större utrymme i hälsosamtalen och stort sett alla barn pratade utifrån bildmaterialet.

Studier av Fu et al. (2015) och Rollnick, Miller Och Butler (2009) visar att för att bli säker och få god kompetens i att använda en ny arbets/samtalsmodell behövs det utbildning och repetition för att implementera och använda modellen på ett optimalt sätt. I Fu et al. studie framkom det att sjuksköterskors upplevelser och erfarenhet av att använda MI – modellen var att det krävs mer utbildning än några enstaka tillfällen för att få en djupare kompetens och använda sig av modellen i det vardagliga arbetet. Fortbildning och repetition leder till ökad kunskap och ökat självförtroende som i sin tur leder till användning av modellen tillsammans med patienten i större utsträckning. Detta stämmer väl överens med vad som framkom i denna studie att återkommande fortbildning, handledning, repetition och uppföljning var av betydelse för utveckling i professionen och utveckling av hälsosamtalen. Inför vidareutvecklingen av fortbildning av hälsosamtalsmodellen behöver en modell/metod beskrivning av hälsosamtalen utarbetas samt behövs mer praktiska inslag som fallbeskrivningar och gruppaktivitet för att göra fortbildningen ännu mer vardagsnära för de medverkande. Att efter fortbildningsdagar tillhandahålla de medverkande ”e-learning” av föreläsningar skulle kunna stimulera och främja möjligheten till ytterligare repetition.

Handledningen som sjuksköterskorna haft vid två tillfällen när intervjuerna genomfördes var mycket uppskattade och trots få tillfällen upplevdes det redan ha givit ett stort stöd i arbetet på BVC. I början kändes det som att de var mycket som

skulle sjasättas och det fanns funderingar över hur allt skulle rymmas vid ett hälsobesök. Vid handledningen så kunde dessa frågor och funderingar diskuteras och reflekteras och genom samtal i liten grupp så infann sig ett lugn som gjorde att sjuksköterskorna kände sig tryggare, säkrare i arbetet och gick från klarhet till klarhet. Tveiten (2010, ss.69-70) beskriver att handledning handlar om stärka bemästringskompetensen och utveckla empowerment hos yrkesutövarna. Bemästring avser att ha tillgång till resurser som kunskap och färdighet samt ha förmågan att använda dessa resurser. Handledningen medverkar till att bli medvetenheten, upptäcka och stärka sin kompetens. Att bli varse om sina egna resurser och olika möjligheter, att förstå och se sammanhang samt finna mening är centralt i handledning. Hur sjuksköterskan upplever sin professionella förmåga beror på hennes självförtroende och egna känslan av att vara kompetent visar Pennbrant, Skyvell, Öhlén och Rudman (2013) studie. Sjuksköterskan känner sig tryggare i sin professionella roll när hon känner att hon har den kompetens som hon behöver för sitt arbete.

I det fortsatta utvecklingsarbetet för handledning behöver en beskrivning kring handledningsprocessen arbetas fram för det medverkande. Vidare behöver handledningstillfällena vara mer koncentrerade vid en uppstart av implementering och det kan vara en fördel att första handledningen sker innan uppstart av en implementering som stöd för de medverkande.

Resultatet visade att den nya hälsosamtalsmodellen präglades av ett hälsofrämjande förhållningsätt där fokus var på främst barnet och de funderingar och eventuella frågor som det hade. Sjuksköterskorna upplevde att barnen fått en större plats och var mer delaktiga i hälsosamtalen. När barnet pratat och berättat vad det ville utifrån en bild så bjöds föräldern in i hälsosamtalet och det blev en dialog mellan dem alla där familjen gavs uppmuntran och stöd. Sjuksköterskornas nya hälsosamtalsmodell överensstämmer med World Health Organization (1998) beskrivning av grundläggande aspekter i ett hälsofrämjande arbete, att stödja, stärka och bemyndiga föräldrar till mer kontroll över saker i sin familjs liv, empowerment, som påverkar deras hälsa. Harder (2011) menar att barnet ska ha möjlighet att ge uttryck för sitt perspektiv i alla situationer som innebär att få vara delaktig vilket hör till ett barns rättigheter. Genom att utforska och fånga barnets perspektiv vid ett hälsobesök handlar det om att ge barnet möjlighet att göra sin röst hörd och förmedla sin

kompetens. Genom ansiktsuttryck, gester, rörelser och sin röst uttrycker barnets sitt perspektiv.

Sjuksköterskorna ansåg att det nya hälsofrämjande förhållningssättet med fokus på barnet kändes enkel och det angav att hälsosamtalen hade blivit betydligt bättre. Trollvik (2014, s. 168) skriver att för att få ta del av ett barns perspektiv behöver barnen delta aktivt och vara aktörer och ges möjlighet att förmedla tankar, känslor och upplevelser. Att stärka barnets delaktighet är en utmaning då oftast hälsoinformation inte är anpassad till barnets mognad och huruvida barns förmåga att förstå hälsoinformation förhåller sig finns det i dag inte så mycket forskning kring. Flatman (2002) framhåller att barn redan från fyraårsålder kan formulera och ge uttryck för hur de tolkar och förstår den situation de är involverade i och att de värdesätter det möte och insats de får.

Bildmaterialet beskrevs vara illustrativt och inbjudande för barnet och sågs som ett bra stöd i hälsosamtalet då det ledde till delaktighet och ökad förståelse för hälsosamma matvanor hos familjen. Sjuksköterskorna angav att bilderna talade för sig själva och att samtala kring dem gav betydligt mer än enbart muntlig och skriftlig information om hälsosamma matvanor. Enligt Barton (2007, s.5) kan användning av bilder i ett socialt sammanhang som vid hälsobesök få barns intresse och engagemang att växa. Bilder och text finns i många olika sammanhang och barn hämtar upp och använder det som för dem verkar meningsfullt.

En studie av Bohman et al. (2013) studie visar att hälsobesöken inom barnhälsovården många gånger har störst fokus på somatisk undersökning av barnet och generell rådgivning i stället för ett barn föräldrar centrerat samtal om hälsosamma matvanor. Denna studie visade däremot att sjuksköterskorna hade ett barn och föräldracentrat hälsosamtal kring matvanor genom att samtalet och bilderna anpassades efter barnet, föräldern och situationen som var. Hälsosamtalet med barn och föräldrar utifrån bildmaterialet blev lättsamt, lekfullt och trevligt. Detta överensstämmer med vad Hydén och Baggens (2004) menar när de beskriver att sjuksköterskan organiserar en ”joint working relationship”, en gemenskap mellan sig själv, barnet och föräldern. I sådan samhörighet behöver sjuksköterskan överväga och ta hänsyn till varje barns kompetens och erfarenhet vilket framgick av analysen att sjuksköterskorna hade börjat göra.

Metoddiskussion

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Studiens resultat kommer att användas i det fortsatta utvecklingsarbetet med ”Grunda Sunda Vanor”.

Att intervjua sjuksköterskorna som medverkade i pilotprojektet sågs som det bästa sättet att kunna ta del av deras olika erfarenheter. Intervjuerna genomfördes kort inpå att sjuksköterskorna börjat använda sig av den nya hälsosamtalsmodellen vilket kan vara en svaghet genom att två av sjuksköterskorna inte hade hunnit ha så många hälsosamtal. Hade intervjuerna genomförts längre fram i tiden hade troligen fler nyanser och fenomen kommit fram i resultatet.

Den kvalitativa forskningsintervjun gav intervjuaren möjlighet att ta del av sjuksköterskans berättelse om sina upplevelser och uppfattning i de olika frågeområdena som studerades i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009, ss. 15, 17). Att använda en induktiv ansats kändes relevant då induktion bygger människors erfarenheter (Birkler, 2008, s.72). Med en kvalitativ metod är inte det främsta målet att förklara någonting utan att förstå, vilket kan göras genom att belysa frågeställningar som inleds med öppna frågeställningar. Genom öppna frågeställningar kan kunskap sökas och visa vad något består av, förhåller sig till något annat, vad det kallas och hur det kan avgränsas (Malterud, 2009, s.29-32).

En kvalitativ innehållsanalys gjordes utifrån Graneheim och Lundmans (2004) modell, vilket var till god hjälp att utgå ifrån då de olika stegen i analysmetoden gav en bra struktur, förståelse och noggrannhet. Analysen genomfördes utifrån de två frågeområden som intervjuguiden var indelad i. Genom att inledningsvis dela upp datamaterialet i två domäner blev det översiktligt men resulterade i en stor mängd underkategorier och kategorier som överlappade varandra. Materialet fick bearbetas flera gånger och underkategorierna blev i stället under-underkategorier som kunde förenas i nya underkategorier. Efterhand som materialet analyserades kunde fler likheter och olikheter identifieras som slutligen ledde till de aktuella kategorierna. Det som från början bedömts vara det bästa tillvägagångssättet kan i efterhand ifrågasättas, troligen hade det bästa varit att kategorierna fått växa fram oavsett frågeområden.

Lundman & Hällgren-Graneheim (2008, s. 161) skriver att tillförlitlighet och överförbarhet är begrepp som används när kvalitativa studiers kvalitet och resultat diskuteras. För att stärka studiens tillförlitlighet ges exempel på meningsbärande enheter, hur dessa kodats och kategoriserats samt ges exempel av citat i som illustrerar vad sjuksköterskorna berättade, vilket kan ge läsaren en god inblick i analysprocessen. Tillförlitlighet stärks förutom av en noggrann beskrivning av analysarbetet genom att enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s.161) låta någon annan som är väl insatt och har kunskap om metodansatsen läsa och bedöma resultatet. Detta har gjorts av handledaren som granskat och ifrågasatt texten samt givit nya infallsvinklar. Det bedöms vara av stort värde för studien att alla sex sjuksköterskor som medverkande i pilotprojektets intervention deltog. Det ses även som en styrka för resultatet är alla sjuksköterskor hade samma bas och erfarenhet att utgå ifrån när de hade fyra-års besök och använde den nya hälsosamtalsmodellen eftersom erhållit samma fortbildning och antal handledningstillfälle. I en kvalitativ innehålls analys bör det enligt Lundman och Hällgren-Granheim (2008, s. 170) finnas en medvetenhet om att texten ska ses i sitt sammanhang och tolkas i det kontext den befinner sig i och utifrån det är det läsaren som kan avgöra om resultatet är överförbart till andra kontext. Med överförbarhet menas i vilken omfattning och i vilka grupper eller situationer resultatet kan tillämpas i.

Noggrann beskrivning av ett analysarbete stärker tillförlitligheten och utformningen av ett arbete/intervention och bör kunna överföras på liknande kontext. Författaren anser att studien är överförbar på andra motsvarande barnhälsovårdsenheter då resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att nya hälsosamtalsmodellen gjorde att samtalen blivit både enklare och bättre efter fortbildning och handledning samt att barn och föräldrar blivit mer delaktiga.

Författarens förförståelse kan påverka arbetet eftersom det som beskrivs av Lundman och Hällgren-Granheim (2008,s. 170) finns en delaktighet hos författaren och således är inte resultatet av en intervjustudie oberoende av författaren. I denna studie kände sjuksköterskorna till intervjuaren som var en av de medverkande i pilotprojektet och det kan reflekteras över om andra aspekter hade framkommit om en utomstående hade genomfört intervjuerna.

En fördel med författarens förförståelse var att det fanns god kännedom pilotprojektet, processen vid fortbildningsdagarna samt kunskap om bildmaterialet vilket gav en förmåga att sätta studien i ett kontext . Detta menar även Shulha och Cousins (1997) som skriver att intervjuaren/utvärderarens roll är att garantera att fokus är det som kommer fram i utvärderingen. För att ha framgång med detta arbete måste denna person veta vilken kontext utvärderingen befinner sig i och hur utvärderingen bäst designas. Vidare är det betydelsefullt att vara observant på att det som skrivs i resultat och resultatdiskussion verkligen kommer från studiens data och inte från egna erfarenheter eller tolkningar.

Författaren har under analysprocessen varit medveten om och beaktat sin förförståelse. Trots detta kan tolkningen av material och resultat ha påverkats. Att författaren har arbetslivserfarenhet inom barnhälsovården kan anses öka tillförlitligheten då det kan uppmärksamma fenomen som framträder i texten. Medan medverkan i pilotprojektet kan påverka känsligheten för det som framträder i texten.

Slutsats och implikation

Slutsatser som kan dras utifrån studiens resultat är att fortbildning, handledning och nya hälsosamtalmodellen gett en utveckling i professionen, utvecklat hälsosamtalet och främjat hälsosamtalet. Bildmaterialet har varit en dörröppnare i hälsosamtalen med barnen som pratar mer än tidigare och samtalen har blivit enklare och bättre. Studien har givit mycket viktig information och kunskap om sjuksköterskornas erfarenheter av att implementera den nya hälsosamtalsmodellen, vilket kan bidra till fortsatt utveckling. Utifrån studiens resultat kommer ” Grunda Sunda Vanor” fortsätta att vidareutvecklas under 2015/2016. Fler studier behövs för att bygga upp kunskapsunderlag och denna studie kan bidra med underlag för att utforma hälsosamtalsmodeller och pedagogiskt material utifrån en hälsofrämjande ansats för att främja barn och föräldrars delaktighet och ökad förståelse av hälsosamma matvanor.

I fortsatta studier i pilotprojektet är det betydelsefullt att ta del av föräldrar och barns erfarenheter och upplevelser av nya hälsosamtalsmodellen. Frågeguiden i studien är fortsatt användbar för intervjuer med sjuksköterskor i en större studie samt delar av frågeguiden vid intervju med föräldrar.

Referenser

- Barton, D. (2007). *Literacy: an introduction to the ecology of written language*. Oxford: Blackwell publishing.
- Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori-en grundbok* (2.uppl). Stockholm: Liber.
- Bohman, B., Forsberg, L., Ghaderi, A. & Rasmussen, F. (2012). An evaluation of training in motivational interviewing for nurses in child health services. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 329–343.
Doi: 10.1017/S1352465812000331
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Flatman, D. (2002). Consulting children: Are we listening?. *Paediatric Nursing*, 14(7), 28- 31.
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Folkhälsans utveckling – elva målområden*. Hämtad 2015-10-27, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
- Fu, S., Roth, C., Battaglia, C., Nelson, D., Farmer, M., Do, T., Goldstein, M, Widome, R., Hagedorn, H. & Zillich, A. (2015). Training primary care clinicians in motivational interviewing: a comparison of two models. *Patient Education and Counselling*, 98(1)61-68. doi:10.1016/j.pec.2014.10.007
- Garnweidner, L.S, Terragni, L, Pettersen, K.S, Mosdøl, A. Perceptions of the host country's food culture among female immigrants from Africa and Asia: aspects relevant for cultural sensitivity in nutrition communication. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 44(4), 335-342. doi:10.1016/j.jneb.2011.08.005
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Harder, M. (2011). *Barn inom Barnhälsovård - Studier om hur barn gör sig delaktiga vid hälsobesök* (Doktorsavhandling). Karolinska Institutet, Stockholm, institutionen för kvinnors och barns hälsa.
- Hydén, L. C., & Baggens, C. (2004). Joint working relationships: children, parents and child healthcare nurses at work. *Communication and Medicine*, 1(1), 71-83.

- Isma, G., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M.& Dykes, A-K.(2012). Swedish child health care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(1), 57-67. doi: 10.1186/1471-2296-13-57.
- Josefsson, K , Sonde, L & Robins Wahlin, T-B. (2007). Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 245-258. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.029
- Kunskapscentrum för barnhälsovård Region Skåne. (2013). *Årsrapport*. Hämtad 2015-08-20, från <https://www.skane.se/Public/Vardgivarwebben/Kunskapscentrum%20f%C3%B6r%20BHV/Dokument/BHV%20%20C3%85rsrapport%202013.pdf>
- Kunskapscentrum för barnhälsovård-Region Skåne. (2015). *Främja hälsosamma levnadsvanor*. Hämtad 2015-10-25, från <http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/framja-halsosamma-levnadsvanor/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Köhler, M.& Reuter, A.(2011). *Hälsofrämjande möten på barnavårdcentralen*. I Herttin, A.& Kristensen, M. *Hälsofrämjande möten: från barnhälsovård till palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Graneheim Lundman, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär,M., Höglund-Nielsen, B., (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Ljungkrona-Falk, Brekke, & Nyholm. (2013). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, 29(4), 730-738. doi: 10.1093/heapro/dat023
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F., Beaty, E., & Dall'Alba, G. (1993). Conceptions of learning. *International Journal of Educational Research*, 19, 277-300.

- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård-att främja barns hälsa* (5 uppl.). Stockholm: Liber
- Michell, C., Houwer, J., & Lovibond, P. (2009). The propositional nature of human associative learning. *Behavioral and Brain Sciences*, 32(2), 183-246. doi.org/10.1017/S0140525X09000855
- Mittuniversitetet. (2014). *Forskningsetisk kommitté*. Hämtad 2015-03-05, från <http://www.miun.se/forskning/forskningsetisk-komite>
- Nätverket för hälsofrämjande hälso-och sjukvård. (2014). *Vad är hälsofrämjande möte?*. Hämtad 2015-10-24, från: <http://www.hfsnatverket.se/sv/introduktion/>
- Olander, E. (2003). *Hälsovägledning i barnhälsovården: syntetisering av två uppdrag* (Doktorsavhandling). Malmö Högskola, Lärarutbildningen.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap* (4 uppl.). Stockholm: Liber.
- Pennbrant, S., Skyvell Nilsson, M., Öhlén, J., Rudman, S. (2013). Mastering the professional role as a newly graduated registered nurse. *Nurse Education Today*, 33(7), 739-745. doi:10.1016/j.nedt.2012.11.021
- Polit D F, Beck C T. (2008). *Nursing Research – generating and assessing evidence for nursing practice* (8 uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rikshandboken för barnhälsovård. (2013). 4 år-barnhälsovårdsprogrammet. Hämtad, 2015-10-27, från www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/4ar/
- Rikshandboken för barnhälsovård. (2013). *Pedagogiskt bildmaterial med manual*. Hämtad 2015-09-03, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Grundasunda-vanor/Pedagogiskt-bildmaterial-med-manual/>
- Rikshandboken. (2015). *Programförklaring*. Hämtad 2015-09-20, från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Oversikt/Programforklaring/>
- Rollnick, S., Miller, W., & Butler, C. (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Regeringskansliet. (2006). *Mänskliga rättigheter – konventionen om barns rättigheter*. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri AB.
- Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnet: Hälsoarbete* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities and obligation. A

new model for enhancing childrens participation in decision making in line with article 12.1 of the united nations convention on the rights of the child. *Children and Society*, 5, 107-117. doi: 10.1002/CHI.617.

- Skarman, G. (2011). *Handledning för professionell utveckling*. Stockholm: Liber
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-09-01, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen.(2013). *Insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar*. Hämtad 2015-06-26, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19230/2013-10-24.pdf>
- Socialstyrelsen.(2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Falun: Edita Bobergs
- Stenhammar, C. (2011). *Parental perspectives on preschool children's lifestyle: quantitative and qualitative aspects* (Doktorsavhandling). Uppsala universitet Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för kvinnors och barns hälsa.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: BrommaBrolins
- Söderbäck, M.(2014). *Kommunikation med barn och unga i vården*. Stockholm: Liber
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Trollvik, A. (2014). *Barns lärande och health literacy*. I Ringsberg, K C., Olander, E. & Tillgren, P. *Health literacy: teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Tveiten, S. (2010). *Yrkesmässig handledning-mer än ord* (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer – inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2015-03-20, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Hämtad 2015-03-30, från <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

Informationsbrev- Verksamhetschef

Hej!

Under hösten 2014 startade ett pilotprojekt ” *Grunda Sunda Vanor*” i er kommun, ett samverkansprojekt mellan mödrahälsovården, barnhälsovården, kommunala förskola, kostenheten, och skolan. Syftet med projektet ”*Grunda Sunda Vanor*” är att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga övervikt och fetma hos förskolebarn.

Som en del i det förekommande projektet önskas en uppföljning/ utvärdering göras i form av intervju med sjuksköterskorna som medverkar. Resultatet kommer presenteras i en magisteruppsats.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av fortbildning och handledning av ny modell för samtal om hälsosamma matvanor samt erfarenhet av att samtala och arbeta med den nya hälsosamtalsmodellen vid fyra-års hälsobesök på Barnavårdcentralen.

Resultatet kan bidra till fortsatt utveckling av hälsosamtalsmodellen samt en ingång till vidare forskning. Intervjuerna som kommer att starta under mars 2015 och deltagarna kommer erbjudas att intervjuerna görs på deras arbetsplats. Intervjun kommer spelas in på Iphone och intervjumaterialet kommer hanteras och förvaras så att ingen obehörig får tillgång till detta och när resultatet redovisas sker det på ett sådant sätt att ingen identitet kan röjas. Att delta i denna studie är frivilligt och deltagaren kan när som helst avbryta sin medverkan utan att ange skäl för detta.

Ansvarig för studien: Linda Håkansson Distriktssköterska/Vårdutvecklare Region Skåne

Handledare: Ewy Olander Lektor Blekinge Tekniska Högskola ewy.olander@bth.se

Med vänlig hälsning

Linda Håkansson

Distriktssköterska/vårdutvecklare

Tel:040- 33 34 64

linda.m.hakansson@skane.se

Informationsbrev- Deltagare

Hej!

Jag läser magisterutbildning i hälsovetenskap och i min utbildning ingår ett examensarbete i form av en magisteruppsats.

Under hösten startade projektet ” *Grunda sunda vanor*” i er kommun, ett samverkansprojekt mellan mödrahälsovården, barnhälsovården, kommunala förskola, kostenheten, och skolan. Syftet med projektet ” *Grunda Sunda Vanor* - är att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga övervikt och fetma hos förskolebarn”.

Som en del i det förekommande projektet önskas en uppföljning/utvärdering genomföras i form av intervju med medverkande sjuksköterskor. Resultatet kommer presenteras i magisteruppsatsen.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av fortbildning och handledning av ny modell för samtal om hälsosamma matvanor samt erfarenhet av att samtala och arbeta med den nya modellen vid fyra-års hälsobesök på Barnavårdcentralen.

Som sjuksköterska tillfrågas du om medverkan i denna intervjustudie som kommer att starta under mars 2015. Intervjuerna som beräknas ta ca 30-40 minuter kan göras på er arbetsplats. Intervjun spelas in på Iphone och intervjumaterialet kommer hanteras och förvaras så att ingen obehörig får tillgång till detta och när resultatet redovisas sker det på ett sådant sätt att ingen identitet kan röjas. Att delta i denna studie är frivilligt och du kan när du vill avbryta din medverkan utan att ange skäl för detta.

Ansvarig för studien: Linda Håkansson Distriktssköterska Region Skåne

Handledare: Ewy Olander Lektor Blekinge Tekniska Högskola ewy.olander@bth.se

Med vänlig hälsning

Linda Håkansson

Distriktssköterska/vårdutvecklare

Tel:040- 33 34 64

INTERVJUGUIDE

Du och dina kollegor medverkar i ett pilotprojekt ” *Grunda Sunda Vanor*” - i er kommun där barnhälsovården har en central roll genom att ni har 4 års hälsobesök och hälsosamtal med barn och deras familjer.

Som en del i detta projekt så görs en uppföljning/utvärdering av de fortbildningsinsatserna kring ”Hälsosamtal utifrån ett hälsofrämjande förhållningsätt”, ”Grunda Sunda Vanor material” och den handledning som ni erhållit inom ramen av projektet, samt hur det går att arbeta med hälsosamtal och ” Grunda Sunda Vanor material” vid 4 års besök.

Intervju guide

A: Fortbildning och handledning

- Beskriv dina erfarenheter av fortbildningen i hälsosamtalet som du deltagit i.
kan du utveckla, vill du beskriva?
 - På vilka sätt har den påverkat de hälsosamtal vid 4-års besök som du genomför
I jämförelse med tidigare
kan du utveckla, vill du beskriva?
 - Berätta om dina erfarenheter av handledningen i hälsosamtalet som du har haft.
kan du utveckla, vill du beskriva?
 - På vilka sätt har den påverkat de hälsosamtal vid 4 års besök som du genomför.
I jämförelse med tidigare
kan du utveckla, vill du beskriva?
 - Har du något exempel som du vill dela med dig av på vilket sätt dina hälsosamtal eller 4 års besök har påverkats av fortbildning och/eller handledning?
kan du utveckla, vill du beskriva?
 - Hur kan fortbildningen och handledning kring hälsosamtal om matvanor utvecklas/förbättras?
-
-

B: *Modell och material*

- Beskriv hur du använder Grunda Sunda Vanor-materialet och samtalar utifrån detta
kan du utveckla, vill du beskriva?
- Kan du berätta om vad som fungerar bra när du använder Grunda Sunda Vanor materialet vid 4 års hälsobesök?
- Kan du berätta om vad som fungerar mindre bra när du använder Grunda Sunda Vanor materialet vid 4 års hälsobesök?
kan du utveckla, vill du beskriva?
- Hur upplever du att guiden ger stöd för samtal vid användningen av Grunda Sunda Vanor materialet?
kan du utveckla, vill du beskriva?
- Har du något exempel av ett hälsosamtal/besök där du använt Grunda Sunda Vanor materialet som fungerat bra som du vill dela med dig av?
- Har du något exempel av ett hälsosamtal/besök där du använt Grunda Sunda Vanor materialet som fungerat mindre bra som du vill dela med dig av?
- Vilka möjligheter tycker du att den nya modellen av hälsosamtal och Grunda Sunda vanor-materialet ger till att involvera föräldrar och barn i samtalet?
I jämförelse med tidigare
- På vilket sätt kan Grunda Sunda Vanor materialet utvecklas/förbättras?

Följdfrågor kommer ställas till huvudfrågorna såsom; kan du utveckla, vill du beskriva?

Avslutning

Är det något mer du tänker på?

Är det något du vill tillägga

Bilaga 4.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Under-under kategori	Underkategori	Kategori
Vid föregående besök vid 3 år då barnet inte alls ville prata, mkt tyst blyg- Jag bjöd in henne i samtalet genom att lägga fram bilderna. Utifrån en av bilderna börjande hon att prata och vi kom vidare till nästa och nästa bild. Hela besöket blev sedan bra, jag fick fram mkt bra saker där barnet var mkt delaktigt.	Ett barn som tidigare varit mycket tyst och blygt bjöds in i samtalet med bilderna. Barnet började prata och vi kom vidare till nästa bild och nästa, barnet var mycket delaktigt och besöket blev bra och innehållsrikt.	Våga vara med	Vågar prata	Barn pratar och berättar	Nya hälsosamtals modellen främjar hälsosamtalet
Bilden med dricka här berättar ibland barnen att de dricker ex saft varje dag och föräldern ser lätt förskräckt ut och säger kanske ”nej så är det ju inte alls och då skrattar barnet.	Ibland berättar barn kring bilden med dricka att de dricker saft varje dag, föräldern ser förskräckt ut och korrigerar och barnet skrattar.	Berättelser	Barn berättar		
Ja jag pratar på ett lekfullt vis och följer barnet efter vad som kommer fram. Vi pratar tillsammans om de olika färgerna också som finns på bilderna och så räknar vi olika saker	Pratar på ett lekfullt vis och samtalet fortsätter sedan efter vad som framkommer. Tillsammans räknar vi olika saker och tittar på olika färger.	Lekfullt samtal	Barnet i samtalet	Delaktighet i samtalet	
Mkt bättre kontakt med barnet. Föräldrarna verkar mkt stolta när deras barn har en dialog med mig.	Bättre kontakt med barnet och föräldrarna verkar stolta över barnens dialog	Bättre kontakt	Dialog i hälsosamtalet		

Tabell 1. Exempel på innehållsanalysens olika steg

