



HÖGSKOLAN VÄST

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Hälsoprofessioners uppfattningar om arbetet med överviktiga barn i skolan - En fenomenografisk studie

Working with overweight children in school: healthprofessional's viewpoints
- A phenomenographical study

Författare:

Johan Andreasson
Christine Wiklander

Handledare:

Margaretha Herrman

Examinator:

Monica Eriksson

Hälsopromotion - Examensarbete, 15 hp
Kandidatnivå
VT 2013

Svensk titel: Hälsoprofessioners uppfattningar om arbetet med överviktiga barn i skolan
- En fenomenografisk studie.

Engelsk titel: Working with overweight children in school: healthprofessional's viewpoints
- A phenomenographical study.

Författare: Johan Andreasson och Christine Wiklander.

Handledare: Margaretha Herrman.

Examinator: Monica Eriksson.

Institution: Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.

Arbetets art: Självständigt arbete i Hälsopromotion, 15 hp.

Program: Hälsovetarprogrammet med inriktning mot Hälsopromotion, 180 hp.

Termin/ år: VT 2013.

Antal sidor: 57

Abstrakt

Övervikt och fetma hos barn har ökat kraftigt sedan 1980-talet i Sverige. Det finns flera hälsorisker för barn med övervikt eller fetma och problemen kan bli större om övervikten permanentas kvar till vuxen ålder. Diabetes typ-2, lågt självförtroende och hjärt- och kärlsjukdomar är ett fåtal exempel på besvär som kan uppstå i samband med övervikt och fetma. Fetma och fetmarelaterade sjukdomar kostar samhället tre miljarder kronor per år i Sverige för vård och behandling. Därefter tillkommer kostnader för bland annat läkemedel, sjukskrivning och förtidspensionering. Ur ett kulturellt perspektiv finns ett samhällsideal där hälsa har fått innebörden att vara smal.

Då övervikt och fetma har ökat hos barn ville vi undersöka hur överviktsproblematiken såg ut i en svensk kommun. Demografin i kommunen antyder ett socioekonomiskt samband med elevernas överviktsproblematik då de skolor som finns i villaområden endast har ett fåtal elever med övervikt eller fetma jämfört med de skolor som finns i lägenhetsområden, där problem med övervikt och fetma är betydligt större. Skolsköterskor valdes som målgrupp för att undersöka problemet då de har kontakt och arbetar med barns hälsa i både grundskolan och gymnasiet.

Syfte var att undersöka skolsköterskors och samverkande professioners uppfattningar och erfarenheter av övervikt hos barn och ungdomar, samt hur de arbetar med denna problematik. Vi inspirerades av den fenomenografiska ansatsen och genomförde femton semistrukturerade intervjuer där femton skolsköterskor, en skolläkare och en sjukgymnast deltog, 17 personer totalt. Resultatet visade på en demografisk skillnad i överviktsproblematiken där kultur och socioekonomi låg som främsta orsaker. Det framkom även att föräldrarna måste ta ansvar för sina barns hälsa genom att själva skapa goda levnadsvanor i hela familjen, med stöd och hjälp från kommunen. Dock uppfattades det finnas en brist på insatser mot övervikt. Skolsköterskorna hade en varierad syn på vilka kunskaper som behövs samt hur man kan arbeta med överviktiga barn och deras familjer. Ansvarsfördelningen mellan kommunen och skolsköterskor behöver ses över och omarbetas.

Nyckelord

Barn, Övervikt, Uppfattningar, Folkhälsa, Hälsopromotion, Grundskola, Gymnasiet.

Abstract

Overweight and obesity have been increasing problems among children in Sweden since the 1980s. These children's health is at risk and the problems can become extensive if the youths remain overweight until adulthood. Diabetes type 2, low self confidence and cardiovascular diseases are but a few examples of health troubles caused by overweight and obesity. Obesity and its related diseases cost society three billion crowns per year in Sweden for health care and treatment, plus the cost for medicine, sick leaves and early retirement. Seen from a cultural point of view, the society ideal linked with health is to be slim. Since overweight and obesity have increased among children, we have investigated the obesity problem in a Swedish municipality. The demographics of the municipality suggests a socio-economic context of students' weight problems when the schools are in residential areas only have a few students who are overweight or obese compared to those schools that are in flat areas, where the problem of overweight and obesity is considerably larger. We have chosen school nurses as target group to examine the problem since they have contact with children and their health from the beginning of elementary school until the end of high school.

Our purpose was to examine the school nurses' and other school and children related personnel's conception and experience of obesity among children and young people, as well as their working methods with this problem. We were inspired by the phenomenographical approach and carried out fifteen semi-structured interviews with fifteen school nurses, one school physician and a physiotherapist, a total of seventeen people. The result reveals a demographic difference in overweight problems where culture and social economy emerged as primary factors. It appeared also that the parents must take responsibility for their children's health by creating themselves healthy lifestyles at home, with support and help from the municipality. However, we could distinguish a lack of efforts to prevent obesity. The school nurses had a varied approach on which knowledge was needed and how one can work with overweight children and their families. We found also a need to review and revise the school nurses' and municipality's responsibilities.

Keywords

Children, Overweight, Conceptions, Public Health, Health promotion, Elementary school, High school.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	7
1.1 Definition av övervikt och fetma.....	8
2. Risker med övervikt och fetma ur ett hälsoperspektiv	9
2.1 Risker med övervikt och fetma ur ett ekonomiskt perspektiv	9
2.2 Kulturellt perspektiv på övervikt	10
3. Vilka insatser finns idag för barn och ungdomar med överviktsproblem?	10
3.1 Skolsköterskans arbetsuppgifter	11
4. Syfte.....	11
4.1 Frågeställningar	11
5. Metod.....	12
5.1 Urval	12
5.2 Genomförande	13
5.3 Analysmetod.....	14
5.4 Etiska riktlinjer	14
5.5 Metoddiskussion.....	16
5.5.1 Trovärdighet & Överförbarhet	17
6. Teoretisk referensram.....	18
6.1 Tidigare forskning	19
6.2 Etiska principer kring resursfördelning	21
6.3 Hälsoteorier.....	23
6.4 Systemteori	24
6.5 Statussyndromet.....	25
7. Resultat.....	26
7.1 Skolsköterskans arbete med överviktiga barn	26
7.2. Hur skulle professionerna vilja arbeta med överviktiga barn?	28
7.2.1 Arbete inom skolan	28
7.2.2 Arbete utanför skolan.....	29
7.3 Professionernas uppfattningar av förändring i barns vikt över tid	31
7.4 Är övervikt hos barn ett växande problem i den undersökta kommunen?	33

7.5 De intervjuades uppfattningar om samhällets interventioner och insatser för överviktiga barn	33
7.5.1 Skolans aktiviteter för alla skolbarn.....	33
7.5.2 Samhällets interventioner.....	34
7.6 Orsaker till övervikt.....	36
7.7 Professionernas upplevelser av föräldrarnas syn på deras barns övervikt.....	38
7.8 Skolsköterskornas förmåga att hantera överviktsproblematiken.....	41
8. Analys.....	43
8.1 Ansvarsfördelning på grundskola & gymnasiet	43
8.2 Skolsköterskornas ansvar.....	44
8.3 Kommunens ansvar	45
8.4 Konkurrens i professionerna.....	45
8.5 Övervikt ett problem?	46
8.6 “Spindeln i nätet”	47
9. Diskussion	48
9.1 Slutdiskussion av Christine Wiklander.....	49
9.2 Slutdiskussion av Johan Andreasson.....	50
10. Referenslista	52
10.1 Elektroniska referenser	53
11. Bilaga1.....	56

1. Bakgrund

Under de senaste 20 åren har övervikt och fetma hos barn ökat kraftigt. Vi som hälsovetare har ett intresse i att arbeta med hälsofrågor som berör människor i alla åldrar. Vi vill arbeta för att skapa goda förutsättningar för ett hälsosamt liv, både på individ-, grupp-, organisations- och samhällsnivå. Vi anser att alla barn skall kunna få möjlighet till att starta sina liv med hälsosamma vanor för att kunna öka livskvaliteten hos både barnet och hela familjen, att minska lidande, förhindra att fetmarelaterade sjukdomar uppstår och att fokusera på hälsans betydelse och inte på de kroppsideal som finns i vårt samhälle idag. Vi finner det viktigt att arbeta både med att bromsa den ökande siffran för överviktiga och feta barn och att bistå med hjälp till de som har övervikt och fetma. Till detta finns både hälsomässiga och ekonomiska skäl. Då övervikt och fetma hos barn har ökat har vi valt att undersöka hur främst skolsköterskor arbetar med överviktiga barn och hur de ser på överviktsproblematiken. Skolsköterskan är den profession som dagligen valt att träffa alla barn i skolan då Sverige har skolplikt för alla barn från sju upp till 16 års ålder. Vi har även samtalat med en skolläkare och en sjukgymnast, två yrkesföreträdare som är samverkande professioner till skolsköterskan, för att få en bredare insyn i hur arbetet med överviktiga barn ser ut i en utvald kommun.

På 1980-talet var barnen ute och lekte på gatorna, de hoppade hopprep, spelade boll tillsammans och lät fantasin flöda kring nya lekar. Idag har utevistelsen bytts ut mot datorer, TV och TV-spel och mobiltelefoner, elektronik som gör att barnen blir mer stillasittande inomhus, vilket i sig bidrar till en ökad vikt (Jansson & Danielsson 2003, s. 15-17). Även kosten och våra matvanor har förändrats. Snabbmaten är kalorität och lättillgänglig. Godispåsarnas storlek blir större och större till skillnad från förr då godis var en lyx man kunde få några enstaka bitar utav vid speciella tillfällen. Maten idag skall gå fort att tillaga, men familjer kan ha svårt att hinna laga en god och näringsrik måltid i dagens stressade samhälle och halvfabrikat blir vanligtvis ett snabbt alternativ med höga halter av både socker och fett (Jansson & Danielsson 2003, s. 18-21).

Övervikt hos barn kan bero på, inte enbart dåliga och/ eller oregelbundna matvanor och bristande motionsvanor eller ärftliga faktorer. Finns det övervikt och problem med fetma i familjen löper barnet större risk att själv drabbas (Jansson & Danielsson 2003, s. 52-53). Det finns dock en liten risk att en ovanlig sjukdom är orsaken till övervikt eller fetma. Prader-Willis syndrom är en kromosomavvikelse som kan orsaka svår fetma eller Cushings syndrom där hormonet kortisol

överproduceras och orsakar bålfetma. Brist på sköldkörtelhormon eller tillväxthormon kan även påverka barnens ökade vikt (Nowicka & Flodman 2006, s. 26-27).

En studie av Karolinska Institutet tillsammans med Sahlgrenska akademien visade att bland barn som var mellan sju och nio år var 14 procent överviktiga och tre procent av barnen hade fetma. Studien genomfördes 2008 med 4600 skolbarn från hela Sverige. Forskarna upptäckte att de barn som var överviktiga eller hade fetma hade föräldrar med en lägre socioekonomi, bodde på landsbygden och hade en låg utbildningsnivå. De barn som inte hade problem med övervikt eller fetma hade föräldrar med god socioekonomi, bodde i regel nära storstäder och hade en högre utbildningsnivå (Göteborgs Universitet 2011).

Idag är nästan vart sjätte barn i Sverige överviktig eller har fetma. 50 000 har fetma och 250 000 barn är överviktiga (Lissner & Jonsson 2012, s. 9). Den lägsta förekomsten av övervikt och fetma finns i storstäderna. Ju högre utbildningsnivå desto lägre förekomst av övervikt. Föräldrar har ett stort ansvar för sina barns hälsa och levnadsvanor men även förskolan och skolan skall ses som en viktig kraft, speciellt för de familjer som inte har bra levnadsvanor. Förutom att servera en bra skollunch kan de även se till att skolmatsalen håller en god miljö där eleverna kan äta i lugn och ro¹.

1.1 Definition av övervikt och fetma

När vet man att ett barn är överviktigt? Vilken gräns gäller för fetma? BMI eller body mass index, är ett vanligt förekommande mått som används idag. Eftersom endast vikt och längd behövs för uträkningen av BMI räknas måttet som både billigt och okomplicerat för de som använder det. Uträkningen lyder: vikten i kg delat med längden i meter i kvadrat (Nowicka & Flodman 2006, s.14-15).

Dessvärre finns det nackdelar med måttet, det tar inte hänsyn till längd eller hur stor muskelmassa personen i fråga har. Här får det sunna förnuftet användas och blicken får avgöra om BMI överensstämmer med kroppsformen. En person med stor muskelmassa med ett högt BMI kan därmed inte räknas som överviktig eller ha problem med fetma. Ett BMI på 25 upp till

¹ Agneta Sjöberg. Universitetslektor på Göteborgs Universitet. Föreläsning i Folkets Hus i Vänersborg den 15 april 2013.

29,9 är gränsvärdena för övervikt och ett BMI över 30 är värdet för fetma (SBU 2002, s. 52). Iso-BMI fungerar på samma sätt som BMI men är relaterat till barn och anpassas efter åldern ”... där man räknat ut vad barnets BMI skulle motsvara hos en vuxen” (Jansson & Danielsson 2003, s. 32). Gränsvärdena för övervikt och fetma är detsamma för iso-BMI som BMI för vuxna, det vill säga 25 för övervikt och 30 för fetma (Nowicka & Flodman 2006, s. 15).

2. Risker med övervikt och fetma ur ett hälsoperspektiv

Det finns flera orsaker till att uppmärksamma övervikt och fetma i tidiga åldrar. Ur ett hälsoperspektiv ligger hälsan till grund för att förebygga lidande och besvär hos individerna med övervikt och fetma. Tidiga konsekvenser av fetma hos barn kan orsaka förändringar i utseendet, problem med att röra sig på grund av övervikt, vilket kan bidra till mindre fysisk aktivitet, psykosociala problem och rubbningar i metabolismen, det vill säga störningar i ämnesomsättningen. Senare konsekvenser av fetma är de ökade riskerna av att utveckla typ 2-diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och för tidig död (Vaezghasemi et al. 2012, s. 222). Förutom psykiska problem och lägre självförtroende finns det även starka kopplingar till att feta barn får typ1-diabetes och astma. Fertiliteten minskar om övervikten eller fetman följer med till vuxen ålder och är i sig en riskfaktor vid graviditet och förlossning (Andersson & Ågren 2005, s. 44-46).

2.1 Risker med övervikt och fetma ur ett ekonomiskt perspektiv

Fetma är en stor kostnad för samhället, vilket innefattar både direkta kostnader såsom sjukvårdskostnader i form av bland annat behandling och läkemedel. Indirekta kostnader står för till exempel sjukskrivningar, produktionsbortfall och förtidspensionering (Andersson & Ågren 2005, s. 63).

Uppskattningsvis kostar fetma och fetmarelaterade sjukdomar samhället uppemot tre miljarder kronor per år i Sverige. Denna beräkning är gjord på de direkta kostnader, vilket innebär kostnader för vård och behandling. Ytterligare 500 miljoner kan läggas till för läkemedelsbehandling. Sjukskrivningar, produktionsbortfall och förtidspensioneringar som är indirekta kostnader kan tilläggas och ytterligare höja kostnaden för samhället (SBU 2002, s. 83, 87.)

2.2 Kulturellt perspektiv på övervikt

I vår tids samhälle idealiseras ungdom, hälsa och skönhet. Smala och vackra skådespelare från Hollywood blir våra förebilder och genom tidningar och media påminns vi ständigt om hur man skall se ut och vad som är accepterat. Hälsa förknippas med att se bra ut och att vara vacker och vacker blir man om man är smal och slank. Överviktiga människor framställs som mindre attraktiva och obenägna till att göra olika aktiviteter då vikten ses som ett rörelsehinder, individen beskylls för sin övervikt. För att uppnå det accepterade smala idealet finns oändligt många bantningsknep att ta del av men istället för att träna för att må bra och stärka sin kropp skall man träna för att få en mer attraktiv kropp (Featherstone 1994, s. 112-114, 118-120).

3. Vilka insatser finns idag för barn och ungdomar med överviktsproblem?

Vi valde att titta på några kommuner i Sverige för att få en inblick i vilka insatser som finns för överviktiga barn och deras familjer. Det finns bland annat ett flertal sjukhus som har ett obesitasteam som arbetar mot fetma hos barn och ungdomar. I Stockholm kan barn och ungdomar upp till femton års ålder komma till Astrid Lindgrens barnsjukhus för att få hjälp med sin fetma av psykologer, sjukgymnaster, dietister, sjuksköterskor samt läkare (Karolinska Institutet 2011).

På Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg finns "Runda Barn" där professioner såsom läkare, kurator och sjukgymnast arbetar med livsstilförändringar för barn och ungdomar med fetma, tillsammans med deras familjer. De arbetar även med kognitiv beteendeterapi och behandling med pulverkost (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2013).

På Näl sjukhus i Trollhättan finns ett obesitasteam för barn och ungdomar med fetma sedan september 2011. Barnen och ungdomarna måste vara mellan 4 och 18 år som remitterats av antingen skolhälsovården eller primärvården. Liksom i Stockholm och i Göteborg arbetar här ett team bestående av bland annat sjukgymnaster, psykologer, dietister och läkare för att behandla fetma (Centrala Barnhälsovårdsteamet 2012, s. 6)

I Region Skåne finns Familjeviktsskolan. Det är ett program för överviktiga barn och ungdomar i åldrarna 12-19 år. Arbetet sker både med barnet och med hela familjen där korttidsterapi såväl som familjeterapi används. Dessa metoder syftar till att fokusera på möjligheter och lösningar för att hjälpa barnen att nå och bibehålla en hälsosam vikt. Familjeviktsskolan syftar till att bidra till en hälsosam livsstil genom bland annat information kring kost där barnen får tillaga och

provsmaka mat tillsammans. Även fysisk aktivitet och föräldrastöd ingår i behandlingen (Nowicka & Flodmark 2006, s. 147-150, 158).

Gemensamt för dessa fyra insatser är att barnen och ungdomarna skall ha ett iso-BMI som motsvarar fetma (På Familjeviktsskolan gäller främst ett iso-BMI för övervikt) och behandling för dessa barn sker i samverkan med föräldrarna. I arbetsteamet ingår vanligtvis sjuksköterskor, läkare, dietister, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer.

3.1 Skolsköterskans arbetsuppgifter

Skolsköterskorna ingår i skolhälsovården tillsammans med skolläkaren och de arbetar tillsammans med att göra insatser för att förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos eleverna under skoltiden. Minst tre hälsokontroller skall genomföras under elevernas hela skolgång där bland annat längd, vikt, syn och hörsel undersöks. Utöver detta skall vaccinationsprogram följas och skolsköterskan skall hålla en öppen mottagning där lättare sjukvårdsinsatser skall finnas tillgängliga (Socialstyrelsen 2004, s. 10, 13). Socialstyrelsen påpekar att då förekomsten av övervikt hos barn ökar skall skolhälsovården identifiera dessa barn och arbeta för att uppmuntra hälsosamma levnadsvanor hos barnen, både individuellt och i grupp. Generella insatser kan även stödja eleverna i goda levnadsvanor då insatserna riktar sig till alla barn i skolan och inte bara barn med överviktsproblem (Socialstyrelsen 2004, s. 28-29).

4. Syfte

Inom ramen för vår utbildning på Hälsovetarprogrammet på Högskolan Väst i Trollhättan har vi träffat människor som har lyft problematiken kring överviktiga barn. Dessa personer har av eget intresse valt att arbeta med denna problematik i syfte att tillhandahålla verktyg för överviktiga barn och deras föräldrar för en hälsosam vikt.

Syftet är att undersöka skolsköterskors och samverkande professioners uppfattningar och erfarenheter av övervikt hos barn och ungdomar, samt hur de arbetar med denna problematik.

4.1 Frågeställningar

Utifrån vårt syfte har följande frågeställningar tagit form.

- * Vad beror övervikt på?
- * Hur arbetar skolsköterskorna med överviktiga barn och hur skulle de vilja arbeta?
- * Vilka uppfattningar har professionerna i vår undersökning kring barn med övervikt? Är det ett problem idag?
- * Vilka hinder respektive resurser finns kring arbetet med överviktiga barn?

5. Metod

Vårt intresse för vilka kunskaper och erfarenheter som finns kring barn och övervikt har lett oss till kvalitativa intervjuer med inspiration från fenomenografin (Paulsson 2008, s. 73-75).

Fenomenografin beskriver människors sätt att förstå olika fenomen i omvärlden, och riktar in sig på olikheterna i hur människor uppfattar dessa fenomen istället för på likheterna. Det centrala ligger i hur en människa uppfattar verkligheten eller fenomenen snarare än hur verkligheten är, det vill säga man riktar in sig på upplevelsedimensionen en person har av ett fenomen snarare än att försöka beskriva hur verkligheten faktiskt förhåller sig. Att människor har dessa olika uppfattningar grundar sig på vad vi lärt oss tidigare i livet och kommer då och då ändrar sig när vi tillhandahåller ny inlärning i framtiden (Dahlgren & Johansson 2009, s. 122).

För att tydligare definiera vad som menas med uppfattning kan följande citat av Marton och Booth (1998 se Dahlgren & Johansson 2009, s. 122) presentera senare tiders framställningssätt inom fenomenografin; "uppfattning är således ett sätt att förstå något eller ett sätt att erfara något".

Uppfattningar är ett sätt att förstå något, frågar vi flera personer om ett fenomen kommer vi få flera uppfattningar och alltså flera förståelser av samma fenomen. Dessa förståelser kallas för utfallsrum, men vi kommer aldrig lyckas få tillgång till alla olika sätt att uppfatta fenomenet ifråga. Tillfrågas en grupp människor någon annanstans i världen kommer man antagligen hitta fler uppfattningar (Dahlgren & Johansson 2009, s. 122-123).

5.1 Urval

Utifrån vårt syfte valde vi att samla empiri genom intervjuer, då det lämpar sig väl när man vill undersöka upplevelser och erfarenheter (Denscombe 2009, s. 232-233). Vi började vår

kartläggning av tänkbara personer som arbetar med barn genom att titta på en kommun som var tillräckligt stor för vår studie då vi ville intervjua minst 16 skolsköterskor. I grundskolan arbetar skolsköterskor med barns hälsa i åldrarna 6-16 år och vi ansåg att det vore en bra källa att få svar på våra frågeställningar och därmed vårt syfte. Vi letade upp namn och telefonnummer till alla skolsköterskor i den valda kommunen för att tillfråga om ett deltagande i vår studie. Att kontakta alla deltagare till studien via telefonsamtal valdes med anledning för att spara både tid och pengar istället för att resa till samtliga arbetsplatser.

Urvalet av intervjudeltagare sjönk på grund av bland annat att några skolsköterskor arbetade på fler än en skola, att några inte ville delta i en intervju av olika anledningar och en kom vi inte i kontakt med. För att få en djupare empiri tillfrågade vi även skolsköterskor som arbetade på gymnasienivå. Då antalet intervjupersoner inte ökade i den mån vi trodde den skulle göra valde vi att göra ytterligare en komplettering genom att ta kontakt med en skolläkare och en sjukgymnast. Då dessa samverkade med skolsköterskorna på olika sätt kunde vi få en bredare uppfattning av arbetet kring barn och övervikt.

5.2 Genomförande

Vi genomförde 15 intervjuer med 15 skolsköterskor, en skolläkare och en sjukgymnast, 17 personer totalt. Två män och femton kvinnor intervjuades. Tio grundskolor och fem gymnasieskolor representerades av skolsköterskorna. Skolsköterskornas erfarenhet och antal arbetade år inom yrket varierade från 6 år till 30 år. De flesta hade arbetat som skolsköterskor i cirka 10-15 år.

Demografin i kommunen antyder ett socioekonomiskt samband med elevernas överviktsproblematik då de skolor som finns i villaområden endast har ett fåtal elever med övervikt eller fetma jämfört med de skolor som finns i lägenhetsområden, där det finns betydligt större problem med övervikt och fetma hos eleverna.

Två intervjuer genomfördes med två deltagare tillsammans efter deras önskemål. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas respektive arbetsplatser och varade mellan 40 och 80 minuter. Skillnaderna i intervjutid berodde på tidsbrist hos intervjudeltagarna och en timma avsattes för varje intervju men den överskreds av några intervjupersoner då de hade tid över och hade mer att samtala om. En diktafon användes, med intervjupersonernas tillåtelse, för att göra en

ljudinspelning av varje intervju. Vi valde att arbeta utifrån en semistrukturerad intervju med öppna frågor (se Bilaga 1). Detta valde vi för att få möjlighet att vara flexibla och för att kunna ställa både följdfrågor och andra frågor av relevans under intervjuens gång. Intervjuguiden anpassades först och främst för skolsköterskornas arbetsområde då de ursprungligen var den profession vi skulle intervjua. Då vi intervjuade endast en skolläkare använde vi oss av samma intervjuguide fast bytte ut ordet skolsköterska mot skolläkare och korrigerade fråga 9, 10 och 11 då vi antog att skolsköterskan är den som främst upptäcker barn med övervikt och inte skolläkaren som träffar skolbarnen mer sällan. Samma intervjuguide användes även till sjukgymnasten men fick anpassas efter dennes arbete med överviktiga barn då även dennes arbete skiljer sig från skolsköterskans.

5.3 Analysmetod

Vi inspirerades av en fenomenografisk analysmodell, hämtad från Dahlgren och Johansson (2009, s. 127-131). Alla transkriberade intervjuer skrevs ut på papper och vi började med att läsa igenom materialet flera gånger för att få en uppfattning av innehållet. Det vi fann i texten var åtta kategorier: Skolsköterskans *arbete* med överviktiga barn, uppfattningar kring hur man *vill arbeta* med överviktiga barn enligt professionerna, professionernas uppfattningar av *förändring i barns vikt över tid*, om övervikt är ett *växande problem* i den undersökta kommunen, de intervjuades *uppfattningar om samhällets interventioner* och insatser för överviktiga barn, *orsaker* till övervikt, professionernas upplevelser av *föräldrarnas syn* på deras barns övervikt och skolsköterskornas *förmåga att hantera* överviktsproblematiken.

Utifrån dessa kategorier markerades intressanta och viktiga stycken i texten för varje kategori med hjälp av olika färger. En färg innebar en kategori. De grupper vi tittade efter grundade sig utifrån vår intervjuguide och därigenom våra frågeställningar och syfte. I nästa steg kondenserade vi materialet genom att titta på varje färggrupp och undersöka ifall vi kunde urskilja likheter och skillnader i intervjudeltagarnas uppfattningar.

5.4 Etiska riktlinjer

I vår undersökning har vi utgått från Vetenskapsrådets fyra etiska forskningsprinciper som råder inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet u.å., s. 2-14). Den första principen är *informationskravet* som syftar till att alla människor som deltar i en studie skall få all

nödvändig information om studien för att kunna ta ställning till om de vill delta i studien eller inte. De skall även informeras om att de har rätt till att avbryta sitt deltagande närsomhelst under studiens gång. Detta kan ske muntligt eller skriftligt. Den andra principen kallas för *samtyckeskravet* och innebär att människorna själva skall bestämma om de vill vara delaktiga i studien eller inte. För barn och ungdomar under 15 år skall samtycke godkännas av förälder eller vårdnadshavare. I denna princip betonas återigen vikten av att frivillighet hos deltagarna skall råda och att de kan välja att avbryta sitt deltagande i studien när de så önskar och att, efter samråd med deltagarna, det empiriska materialet antingen raderas eller anonymiseras.

Konfidentialitetskravet är den tredje etiska forskningsprincipen vars funktion är att dölja deltagarnas identitet och hindra att obehöriga skall kunna ta del av det empiriska materialet. Den fjärde och sista etiska principen är *nyttjandekravet*. Denna princip syftar till att den information som deltagarna i studien har lämnat till forskaren endast skall användas för den studie som de har givit ett samtycke till och får inte användas för kommersiellt eller icke-vetenskapliga syften.

Vid vår första telefonkontakt med de utvalda deltagarna presenterade vi först vilka vi var, syftet med studien och gav information kring vår studie som kunde tänkas vara relevant för deras ställningstagande till studien. Vi betonade frivillighet för personerna att delta i en intervju men underströk ändå vikten av deras medverkan för kvalitet. Vi förklarade även att all empiri som insamlades skulle endast gälla för denna studie och att de kunde avsluta intervjun när de så ville. Till en början var vi osäkra på vilka som behövde ge samtycke till undersökningen och kontaktade rektorerna på de två första skolorna, för att få godkännande till vår undersökning. De förklarade att det var upp till skolsköterskorna själva att välja ifall de ville delta i undersökningen och att de som rektorer inte beslutade om detta. Därmed kunde vi ta vår första kontakt direkt med skolsköterskorna. Kontakten med en skolläkare och sjukgymnast, som agerar som samverkande professioner till skolsköterskan, skedde även via telefon och samma information gavs. Konfidentialitet utlovades och att vi skulle dölja deras identitet i den mån vi kan. Ingen utomstående skall kunna ta del av det empiriska materialet. Namn, kön, stad eller vilken arbetsplats intervjupersonerna arbetar på kommer därmed inte att nämnas för att skydda deltagarna från att kunna utpekats av läsaren.

5.5 Metoddiskussion

Intervjudeltagarna var positiva och glada när vi tog vår första kontakt och samma positiva inställning upplevdes även under intervjun. Dock fanns det två personer som menade att de inte kunde delge någonting till vårt arbete och avböjde därför. Ytterligare en avböjde på grund av tidsbrist.

Vi valde att genomföra intervjuerna främst med en intervjuare och en intervjuad då fördelarna i den enskilda intervjun är att intervjupersonen får all uppmärksamhet och endast en intervjuares uppfattningar beskrivs vid det tillfället. Transkriberingen underlättas även då det bara är en person i taget som pratar och det blir enklare att urskilja sin egen röst mot intervjupersonens (Denscombe 2009, s. 235).

Två intervjuer genomfördes där två intervjupersoner själva valde att bli intervjuade tillsammans med en kollega. Detta har sina fördelar då interaktionen mellan kollegorna skulle kunna ge djupare svar än vid en enskild intervju då de arbetar inom samma område och har en stor förståelse för varandras arbete. Här blir det därmed kollegorna som reflekterar tillsammans. Variationer i upplevelser kan uttryckas mellan kollegorna såväl som likheter som kan förstärkas om de upplever samma sak (Denscombe 2009, s. 236-237).

Vår personliga identitet både som människor och som studenter på hälsovetarprogrammet påverkar hur mycket och vad intervjupersonen delger under intervjun. Uppfattningar kring intervjufrågorna kan ändras i och med att den information vi har gett kring oss själva och vårt uppsatsområde kan göra att intervjupersonen svarar på ett sådant sätt som hen tror vi önskar höra (Denscombe 2009, s. 244-245).

För att undersöka om det fanns variationer i hur de svarade valde vi därmed att intervju både enskilt och tillsammans. Fyra intervjuer genomfördes av Johan och fem intervjuer genomfördes av Christine. De resterande sex intervjuerna genomfördes tillsammans. Huruvida vår påverkan i intervjuerna visade sig var svårt att uppfatta då intervjudeltagarnas personligheter hade såpass stor variation. Vi kunde urskilja någon enstaka person som hade svårigheter med att förstå våra frågor, men det kunde mycket väl bero på vår formulering av frågorna. De tog även god tid på sig att svara på våra frågor jämfört med de andra intervjudeltagarna. När vi ställde frågor om hur överviktsproblematiken bland barn och ungdomar skulle komma att se ut i framtiden hade de

flesta av intervjupersonerna svårt att uttrycka sina uppfattningar. Vanligast var svaret att de inte visste och att det var en svår fråga att svara på.

Vi försökte ställa så öppna frågor som möjligt och att inte ställa riktade frågor som till exempel; “uppfattar du att barn har problem med övervikt idag”? Detta är en riktad fråga där vi redan har uttryckt att det finns ett problem med övervikt hos barn idag. Frågan omformulerades istället till “hur skulle du säga att barns vikt ser ut idag”? I denna fråga uppfattade vi inga underliggande toner om att det fanns problem med övervikt hos barn utan det gav intervjupersonen själv en chans att reflektera till hur hen uppfattade barns vikt. Att ställa sådana öppna och frågor som inte var riktade var svårt och vi upptäckte vid transkriberingarna att riktade frågor hade ställts utav oss båda vid flera tillfällen. Under intervjun höll vi oss så neutrala som vi kunde kring det som sades och vi var försiktiga om intervjupersonen sökte bekräftelse på uppfattningar som hen hade sagt (Denscombe 2009, s. 244-246).

5.5.1 Trovärdighet & Överförbarhet

När en studie skall genomföras är det lämpligt att reflektera över validiteten eller trovärdigheten i arbetet. Validitet syftar till att undersöka om rätt datainsamlingsteknik har använts för att besvara syfte och frågeställningar. Forskaren bör därmed kritiskt reflektera om syfte och frågeställningar passar för kvalitativ forskning, om datainsamlingsteknik och analysmetod matchar syfte och frågeställningar samt om resultatet besvarar forskningsfrågorna och syftet (Thornberg & Fejes 2009, s. 217-219). I vår undersökning låg uppfattningar som fokus för vårt arbete. Utifrån detta fann vi att fenomenografi som ansats och analysmetod lämpade sig väl för vårt syfte. Enligt den fenomenografiska ansatsen bör intervjuer användas som datainsamlingsteknik och det empiriska materialet transkriberas så att det kan analyseras. Datainsamlingsmetoden vi valt anser vi därför ha god validitet för det syfte vi formulerat.

Flera frågor att reflektera kring är bland annat om deltagarna i studien är representativa för urvalsgruppen (Thornberg & Fejes 2009, s. 222). För vår studie tillfrågades alla skolsköterskor i kommunen och endast ett fåtal deltog inte. Detta kan tyda på att vår urvalsgrupp kan ses som representativ för vår studie. Att förhålla sig neutral och se till alla nyanser i det empiriska materialet är också två viktiga punkter i den kvalitativa forskningen som kan påverka kvaliteten i studien (Thornberg & Fejes 2009, s. 222). Dessa kriterier ansåg vi att vi kunde uppfylla till stor del då vi förhöll oss neutralt och utan någon teori fram till vi närmade oss analyseringen av det

empiriska materialet. Då vi inspirerades av en fenomenografisk ansats valde vi att främst lyfta skillnader i uppfattningar i vårt resultat, oavsett om det endast var en person som hade uttryckt en skillnad i uppfattning.

När vi talar om överförbarhet syftar det till att resultat som framkommit i en studie även skall upptäckas om studien görs om på nytt i en annan arena. Inom den kvantitativa forskningen handlar överförbarhet om att en studie har gjorts på en bred population som är representativ för undersökningsgruppen, kan vissa delar av resultaten återfinnas i liknande studier? Viktig information att ta med i studien är bland annat relevant information om urvalsgruppen såsom ålder, kön och antalet medverkande i studien. Vilken kontext studien utgår från är också viktig för överförbarheten, det vill säga om undersökningen gjordes inom samma arena som till exempel skolor. Att ge beskrivande och detaljrik information är också en styrka i den kvalitativa forskningen vilket kan underlätta för andra forskare att genomföra samma studie och undersöka om liknande resultat framkommer (Denscombe 2009, s. 382-383).

Vad vi fann intressant för vår överförbarhet i denna studie var upptäckten av en magisteruppsats med syfte och resultat som till stor del liknade vårt. Syftet löd ”... hur skolsköterskor upplever arbetet med överviktiga barn...” (Persson 2009, s. 7). Resultatet visade liknande fynd som vi fann i vår studie vilket bland annat var att skolsköterskorna upplevde tidsbrist, svårigheter i att motivera överviktiga barn och föräldrar samt att skolsköterskorna önskade fler åtgärdsprogram och insatser för att hantera överviktsproblematiken (Persson 2009, s. 21-23). Detta kan indikera på att vår studie har trovärdiga och överförbara resultat då datainsamlingsteknik, urvalsgrupp och arena matchades i studierna, vilket behövs för att kunna avgöra överförbarheten i ett forskningsresultat.

6. Teoretisk referensram.

Vår teoretiska referensram har indelats i två områden. Den första berör tidigare forskning där vi har valt att lyfta vetenskapliga artiklar utifrån ämnet barn och ungdomar med övervikt eller fetma och förebyggande eller behandlade insatser. För att få den senaste forskningen valde vi studier publicerade från 2010 eller senare och vi begränsade vårt sökområde till Skandinavien då vi anser att kontexten har betydelse för de insatser som görs på grund av skillnader i kulturen,

samhället och även i familjers socioekonomi. Vi valde kvantitativa såväl som kvalitativa studier för att få en vidare bredd i kunskapsfältet kring insatserna.

Det andra området berör teorier på främst samhällsnivå. Här finner vi etiska principer kring resursfördelning, systemteori, hälsoteorier samt statussyndromet. Dessa teorier berör hur samhällets knappa resurser skall fördelas och till vilka människor eller grupper, hur det skall ske och varför. Hälsoteorierna som vi har valt att lyfta är för att visa vår ståndpunkt i hur vi ser på hälsa och hälsoarbete. Statussyndromet skall försöka bidra med en förståelse om ojämlikhet i hälsa, hur stor kontroll och delaktighet människor har i samhället och där faktorer som bristande levnadsvanor, dåliga gener eller om platsen du bor på avgör din hälsa.

6.1 Tidigare forskning

I Västerbotten, Sverige gjordes en kvalitativ studie om övervikt och livsstil hos 13-15 åringar 2007. Genom en skolbaserad enkät deltog 6768 ungdomar där de själva fick fylla i vikt, längd, hur de uppfattade sin livsstil med mera. Viktiga resultat i denna studie visade att prevalensen av övervikt och fetma var högre hos pojkar (20 %) än hos flickor (11 %). Flickorna (19 %) hade dock en lägre eller dålig hälsa jämfört med pojkarna (9 %) (Vaezghasemi et al. 2012, s. 222-223). Övervikt och fetma hos pojkarna relaterades till snus användning, bristande tandborstning och att de inte åt frukost. Hos flickorna fann de anknytningar till deras övervikt eller fetma på grund av mer tv-tittande och att de levde med endast en förälder. När det gällde intag av frukt och grönsaker samt sötsaker och snacks var det flickorna som visade bättre vanor än pojkarna (Vaezghasemi et al. 2012, s. 223).

I en kvalitativ svensk studie från 2011 genomfördes fokusgrupper med 30 föräldrar till 4-åringar. Att föräldern ses som en förebild framkom av följande citat från en förälder: "Children don't do what their parents tell them to; they do what parents do" (Stenhammar et al. 2011, s. 211). En viktig lärdom från denna studie är att föräldrarna är medvetna om att det är de själva som har det största ansvaret för deras barns hälsa och livsstil men att de stöter på hinder i och från samhället. Hinder såsom hur de påverkas av media, skillnader i hälsopolicys i förskolan på grund av lärarnas intressen och ambitioner, och trots tydliga riktlinjer på barnavårdcentralerna finns det skillnader i deras arbete och behandling kring överviktsproblem (Stenhammar et al. 2011, s. 213).

Danska forskare har visat på att prevalensen av fetma ökar främst i tidiga åldrar och därmed måste förebyggande insatser starta tidigt (Olsen et al. 2012, s. 2). Det finns tre grupper av normalviktiga barn som ligger i hög risk att utveckla övervikt eller fetma. Om barnens förälder/ föräldrar eller närmaste släkting har fetma, att barnet vid födseln har en vikt högre än 4000 gram eller lever i en familj med låg socioekonomisk status baserad på utbildningsnivån är riskerna högre för dessa barn att utveckla övervikt eller fetma.

Utifrån dessa tre riskgrupper och tidigare mer ineffektiva insatser mot övervikt och fetma startades The Healthy Start project i Danmark 2009 (Olsen et al. 2012, s. 2). Till skillnad från tidigare studier valde Olsen och de andra forskarna till projektet att satsa på normalviktiga barn i åldrarna två till sex år som låg i dessa tre riskgrupper, och inte på överviktiga, för att förebygga övervikt och fetma. De skapade en interventionsgrupp och två kontrollgrupper. Under ett och ett halvt år pågick arbetet med interventionsgruppen som fick tio besök hos en hälsokonsult som arbetade tillsammans med familjerna utifrån deras behov och resurser. "Stages of change", en modell där förändring ses som en process i flera steg, användes för att involvera familjerna i förändringsprocessen och funktionen av MI, motiverande samtal, var att hjälpa familjerna genom förändringarnas olika faser. De två kontrollgruppernas ändamål var att fungera som jämförelsegrupper (Olsen et al. 2012, s. 2-3, 8). Under projektets 1,5 år fick familjerna fylla i enkäter om bland annat kostvanor och matintag, fysisk aktivitet i familjen, sömnvanor och stress. Fysiska prover kompletterade dessa enkäter där hårprover togs för att mäta den kroniska stressnivån och saliv för att undersöka genetiska faktorer (Olsen et al. 2012, s. 4-7). Då denna studie fortfarande pågår har inga resultat publicerats ännu utan endast bakgrund, metod och genomförandet av "The Healthy Start project".

Early STOPP (STockholm Obesity Prevention Program) är ett program i Stockholm som riktar sig till nyblivna föräldrar där minst en av föräldrarna har fetma. Föräldrarna rekryteras till programmet när barnet är tolv månader gammalt. Rekryteringen till programmet började under vintern 2010 och planerades vara klar hösten 2011, målet är 250 stycken deltagare och studien avslutas när barnen är sex år gamla. Tidigare genomförda interventioner har ofta misslyckats med att förhindra övervikt hos barn. Early STOPP skiljer sig här från dessa genom att ha försökt identifiera svagheter hos de tidigare utförda interventionerna för att undvika dem i Early

STOPP studien. Anledningen till att de riktar in sig på föräldrar med fetma beror på att ett barn vars ena förälder lider av fetma löper tre gånger så hög risk att själv utveckla fetma. Lider båda barnets föräldrar av fetma blir risken tio gånger så hög. Trots detta är det inte mycket man vet om föräldrarnas roll angående att motverka och förebygga övervikt hos småbarn (Sobko et al. 2011, s. 1-2).

Studien är en randomiserad kontrollerad studie och består av en interventionsgrupp samt en kontrollgrupp. Kontrollgruppen får vård som vanligt från barnavårdcentralen, medan interventionsgruppen får dels individuell coachning baserat på MI (Motiverande samtal) samt en lärande del. Den lärande delen av interventionen består av utbildningsmaterial som delas ut varje år vid en uppföljning. Materialet innefattar fakta om exempelvis sömnvanor och fysisk aktivitet. Early STOPP interventionens effektivitet kommer utvärderas när projektet avslutas när barnen är sex år gamla, vilket blir omkring år 2017 (Sobko et al. 2011).

Den forskning som vi har lyft fram har påvisat flera orsaker till varför övervikt och fetma utvecklas hos barn och ungdomar. Dels handlar det om ohälsosamma kost- och motionsvanor, familjer med låg socioekonomisk status och genetiska faktorer. Det har visat sig att barnet har en ökad risk att själv utveckla fetma om en eller båda föräldrarna har fetma. Insatser för att förebygga övervikt hos de barn som ligger i högriskgrupper att utveckla övervikt och fetma har därmed prioriterats där fokus har legat på hela familjen där bland annat MI, motiverande samtal, har använts mest frekvent som arbetssätt, för att coacha och inspirera familjerna till nya hälsosamma levnadsvanor.

6.2 Etiska principer kring resursfördelning

När man talar om hur begränsade resurser ska fördelas finns mycket skrivet när det gäller på vilka premisser samhällets begränsade resurser inom hälso- och sjukvården ska fördelas. Under 1990-talet genomfördes en utredning med namnet prioriteringsutredningen. Denna utredning kom fram till hur fördelningen av resurserna ska ske utifrån en etisk plattform bestående av tre principer: människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (Brülde & Persson 2011, s. 138). Inom folkhälsan finns det inga liknande utredningar kring hur man borde prioritera fördelningen av resurserna. Enligt människovärdesprincipen får inte tillgången till vård påverkas av en persons ålder, kön, sexuella

läggning eller etnicitet och så vidare, om inte speciella skäl föreligger som kan påverka utfallet av vårdinsatsen. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att allvarliga fall ska ges företräde före mindre allvarliga och akuta fall. Solidaritetsprincipen har inte med fördelningen av resurser att göra utan innebär att personer med speciella behov, exempelvis utvecklingsstörda, ska ges mer uppmärksamhet. Kostnadseffektivitetsprincipen säger att resurserna ska läggas där de ger störst hälsovinst per lagd resursenhet (Brülde & Persson 2011, s. 138-143).

Dessa tre principer är lexikalt ordnade, människorättsprincipen går före behovsprincipen som går före kostnadseffektivitetsprincipen. Brülde och Persson (2011, s. 146-148) resonerar kring detta som att det ibland är bra att behovsprincipen kommer före kostnadseffektivitetsprincipen eftersom detta förhindrar att ett fåtal svårt sjuka individer nekas vård, för att ett större antal individer som trots allt har det ganska bra ska få det lite bättre. Samtidigt påpekar de att kostnadseffektivitetsprincipen ibland bör få företräde framför behovsprincipen, vilket också sker ibland i praktiken, annars skulle mycket av resurserna gå till ett fåtal svårt sjuka patienter som kräver ny och effektiv medicin som är dyr. Brülde och Persson säger sig ta avstånd från den lexikala ordningen på grund av detta, men tar då upp nya problem som kan uppstå, nämligen att det kan uppstå konflikt mellan behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Ett exempel är förebyggande insatser mot fetma bland barn och vuxna. Kostnadseffektivt sett är det bättre att satsa på att barn och unga vuxna inte ska utveckla fetma. Men sett utifrån behovsprincipen löper vuxna som redan lider av fetma risk att utveckla fetmarelaterade sjukdomar och är alltså i störst behov av insatser. Lösningen är prioritismen som innebär en kompromiss, att man bör se till att de som har det sämst har det så bra som möjligt. Med andra ord är det mer värt om en hälsoförbättring sker hos den som har sämst hälsa än hos någon som har en bättre hälsa. Prioritismen är dock teoretisk och svår att använda sig av i praktiskt arbete. Utifrån dessa tre principer framtagna för hälso- och sjukvården framkommer fyra olika fördelningsprinciper som är användbara i folkhälsoarbetet. De formuleras som:

“Människovärdesprincipen: En grupp svenska medborgare (etc.) får inte ges högre prioritet än en annan grupp svenska medborgare enbart i kraft av sin etnicitet, livsstil, könstillhörighet eller liknande.”

“Riskgruppsprincipen: De grupper som löper störst risk att drabbas av sjukdom eller ohälsa (traditionella riskgrupper som rökare eller missbrukare) bör prioriteras framför de grupper som löper mindre risk att drabbas av ohälsa, givet att våra insatser har viss effekt.”

“Riskorsaksprincipen: De grupper som löper störst risk att hamna i ett riskbeteende (som missbruk) bör prioriteras framför de grupper som löper mindre risk att hamna i någon av de vanliga riskgrupperna.”

“Kostnadseffektiviseringsprincipen: Resurserna bör satsas på de grupper och de områden där de ger den största totala hälsovinsten (över tid) per krona, och där kostnaden beräknas på det moderata sättet.”(Brülde & Persson 2011, s. 149).

6.3 Hälsoteorier

Hälsa är ett stort och brett begrepp och då det finns flera definitioner är det lämpligt att förklara hur vi ser på hälsa. Hälsa är holistiskt och flerdimensionellt. Hälsa innebär inte endast avsaknaden av sjukdom. Du kan må bra men vara sjuk. Du kan även må dåligt men inte vara sjuk. Detta innebär att hälsa har en upplevelsedimension på flera nivåer. Dessa dimensioner syftar till kroppslig såväl som mental, emotionell, social, spirituellt och sexuell hälsa. Hälsa kan därmed se olika ut dag för dag beroende på om du är sjuk, känner dig nedstämd, känner dig älskad eller har familj och vänner att umgås med. Yttre faktorer såsom den fysiska miljön och vilka samhällsvillkor som råder har en stor inverkan på den individuella hälsan. De syftar bland annat till att människans grundläggande behov tillfredsställs genom att tillgodose med mat, kläder, rent vatten och sanitära anordningar. Andra viktiga faktorer för hälsan är att ha en inkomst, en bostad och att landet du lever i har goda samhällsvillkor (Naidoo & Wills 2009, s. 4-5).

Att arbeta med hälsa handlar för vår del om att främst arbeta för att bibehålla eller till och med stärka hälsan hos människor och detta kan göras genom att arbeta på antingen individ-, grupp-, organisations- eller samhällsnivå. Detta synsätt utgår från en salutogen grund där det friska hos individer ligger i fokus och inte i att bota eller lindra sjukdom. Ansvar för hälsa ligger både hos individen själv och hos samhället och kan påverkas på olika sätt. På det individuella planet

påverkas hälsan utifrån levnadsvanor som till exempel kost- och motionsvanor. Samhällets ansvar ligger bland annat i att skapa utbud i hälsosamma val genom att skapa stödande miljöer för att underlätta för individen att välja goda levnadsvanor. Ett hälsoarbete bör även riktas mot att stötta de människor eller grupper som har högre risk att drabbas av ohälsa, vilket görs genom att arbeta med att förebygga ohälsa (Winroth & Rydqvist 2008, s. 28-28, 231-232).

Att arbeta hälsofrämjande, även kallat hälsopromotion, kan Ottawa Charters styrdokument från 1986 utgöra en god grundpelare i hur man kan arbeta. Tre nyckelbegrepp har definierats som vägleder i hur man kan skapa förutsättningar i att främja hälsa. Det första begreppet syftar till att förespråka om hälsa då bland annat biologiska och politiska faktorer både kan främja och skada hälsa. Att möjliggöra för jämlikhet i hälsa är det andra nyckelbegreppet. Genom att arbeta för att skapa stödande miljöer där alla människor skall få tillgång till likvärdiga resurser och därigenom kunna ta kontroll över sin egen hälsa. Det tredje begreppet syftar till att förmedla och överbrygga hälsa mellan samordnade insatser. Det är inte endast hälso- och sjukvården som skall ansvara för hälsa utan hela samhället, från varje enskild individ till organisationer till staten (WHO 2013).

6.4 Systemteori

Utifrån socialstyrelsens riktlinjer för hur skolhälsovården skall arbeta, där skolsköterskans arbete ingår, kan man anta att insatser skall ske på flera olika nivåer både i skolan och utanför. Detta arbete kan därmed ske på individnivå, gruppnivå, organisationsnivå och samhällsnivå (Socialstyrelsen 2004, s. 28-29). Att arbeta utifrån ett nivåtänk är en grundläggande pusselbit för systemteorin (Öquist 2008, s. 13). Skolsköterskan, utifrån Socialstyrelsens riktlinjer, skall arbeta på individnivå med varje elev genom att ha hälsosamtal. Hälsoupplýsning kan ske i grupp för elever med speciella behov, där bland annat barn med övervikt har beskrivits som en sådan grupp. Insatser på samhällsnivå kan kopplas samman med skolsköterskornas samarbete med olika hälsoinstanser såsom barnhälsovården och hälso- och sjukvården där remisser kan skrivas för barn med sådana behov som inte ingår i skolsköterskans kompetensområde (Socialstyrelsen 2004, s. 25-26, 28).

Då systemteorin handlar om hierarkiska nivåer kan man förmoda att Socialstyrelsen befinner sig på en hög hierarkisk nivå, som en överordnad instans för kommunen alla skolsköterskor. De riktlinjer som Socialstyrelsen skapat uppfattas som mer generellt och övergripande. Ju längre ner i hierarkin man kommer desto mer anpassas riktlinjerna för kommunen eller skolan utifrån de

problem eller behov som råder på varje enskild skola och kommun. Socialstyrelsen kan ses som en systemnivå, kommunen som en annan, därefter skolan som ytterligare en underordnad systemnivå och till sist familjen (Öquist 2008, s. 14-15). Systemteorins nivåer syftar även till att "... gränserna mellan systemets olika plan måste upprätthållas för att helheten skall fungera" (Öquist 2008, s. 14). Detta innebär att arbetet inom varje system måste fungera för att kunna samverka mellan de andra nivåerna i systemet. På till exempel socialstyrelsen bör ett generellt arbete ske för att bidra med övergripande handlingsplaner och åtgärdsprogram för barn med övervikt. De skall alltså bidra med den kunskap som behövs utifrån Socialstyrelsens kompetens för att bidra med riktlinjer och insatser för den underordnade systemnivån (Öquist 2008, s. 14-15).

Helhetsperspektiv är också en central del i systemteorin. Om vi tar övervikt som ett exempel menar systemteorin att om övervikt ses som ett problem kan övervikten i sig ses som en helhet. Uppfattningar kring varför övervikt har uppstått kan därmed se ut på många olika sätt vilket blir delar utav helheten. Då delarna kan innebära olika ting såsom familjens värderingar och kunskaper, hur samhället är uppbyggt eller vilken socioekonomi familjen har finns det ingen perfekt lösning för alla med överviktsproblem. Då orsakerna kan se olika ut beroende på vilken familj som har överviktsproblem borde även åtgärderna se olika ut. Att ta ett steg bakåt för att kunna se helheten är därmed relevant för att kunna arbeta på bästa möjliga sätt utifrån familjens resurser, utan att fastna i enskilda delar av helheten (Öquist 2008, s. 10-11).

6.5 Statussyndromet

Statussyndromet innebär att hälsan påverkas av vilken hierarkisk position en individ har i samhället. Ju högre hierarkisk position, desto bättre hälsa. Skulle man ställa hela populationen i ett samhälle på rad efter deras hierarkiska position skulle man se att hälsan blev bättre desto högre upp i en hierarki man kom (Marmot 2006, s. 27-28). Statussyndromet kan ses som en social gradient som till viss del är överordnade riskfaktorer som påverkar hälsan. Ett exempel på detta är att rökare med en lägre social status i samhället löper högre risk att dö på grund av rökrelaterade sjukdomar än rökare med en högre social status i samhället (Marmot 2006, s. 65). Marmot konstaterar även att i sina studier kring statussyndromet har kommit fram till att personer med en lägre social position har en mindre hälsosam livsstil eftersom de aktivt gör sämre val ur ett hälsoperspektiv (2006, s. 63-64).

7. Resultat

Vi kommer i vårt resultat att skilja på skolsköterskorna, skolläkaren och sjukgymnastens uppfattningar. Vi kommer även att gruppera in grundskolorna för sig och gymnasieskolorna för sig då arbetet skiljer sig åt på de olika skolnivåerna. I de citat som presenteras i resultatavsnittet har vi valt att skriva vem av de tre professioner, skolsköterska, skolläkare eller sjukgymnast, som uttalat sig. Därefter står vilken typ av skola som skolsköterskorna arbetar på och syftar till i citatet då detta har betydelse för förståelsen av skolsköterskornas uppfattningar.

7.1 Skolsköterskans arbete med överviktiga barn

Skolsköterskorna väger och mäter barnen i skolan, de beräknar BMI och använder längd och viktcurvor för att upptäcka övervikt eller fetma. Om övervikt eller fetma upptäcktes såg arbetet olika ut beroende på vilken skola eleven gick i, hur gamla eleverna var samt skolsköterskans åsikter kring hur de kunde arbeta utifrån sina resurser och kunskaper. Skolsköterskans roll var att identifiera övervikt men hen hade inget ansvar för behandling. Det som skolsköterskorna kunde erbjuda var lättare insatser i form av stöd, rådgivning, samtal, broschyrer med kostråd utifrån tallriksmodellen, aktivitetsråd och att remittera till andra instanser när det behövdes. Det var alltså upp till föräldrarna själva att söka till de program som erbjöds i kommunen.

... det jag kan erbjuda är ju samtal. Det är ju det enda man har att ta till...
ehh och lite åtgärder och alltså tips och idéer på hur man skall tänka kring
mat är det man kan ge dom. Och rörelse och så...

(Skolsköterska, grundskolan)

Viktigt att poängtera var att skolsköterskan vanligtvis tog på sig en coachande roll och lät eleverna själva skatta sin vikt eftersom skolsköterskorna uppfattade övervikt som ett känsligt ämne att diskutera. De försökte även att inte skuldbelägga barnet för övervikten. På gymnasiet arbetade skolsköterskan mot eleven och tog ingen kontakt med föräldrarna, om inte eleven själv önskade detta. Anledningen låg i att skolsköterskorna ansåg att eleverna var såpass vuxna att de kunde ta ansvar för sina liv själva. På grundskolan däremot togs alltid en kontakt med

föräldrarna. På gymnasiet skedde därmed arbetet mot eleverna och på grundskolan lades ansvaret och åtgärderna på föräldrarna. Det fanns alltså två olika sätt att förlägga ansvaret.

På grundskolan användes tallriksmodellen mest frekvent. Den fanns i form av kostbroschyrer med visuella bilder som gavs till föräldrarna. Några skolsköterskor tyckte det var ett bra verktyg och förutsättningarna för förändring var stor om den följdes medan andra trodde att en broschyr inte kunde förändra någons matbeteende. En anamnes, kartläggning om vad som åts, hur mycket och när var ett arbetssätt som förekommer hos alla skolsköterskor. På gymnasiet valde en skolsköterska att låta elever föra kostdagbok under en vecka medan man på grundskolan gjorde kartläggningen i samtal med antingen barnet, föräldern eller båda parter. Bantning eller bantningstips var aldrig något som diskuterades. De populära dieterna som LCHF eller pulverkost var också något som skolsköterskor avrådde ifrån. En skolsköterska gav till exempel aldrig tips om lätt- eller lightprodukter utan ansåg att det var portionsstorleken som skulle vara utgångspunkt. Om en portion inte skulle räcka kunde barnet äta sig mätt på grönsaker istället för att ta en andra portion.

Aktiviteter och rörelse var också en viktig del i överviktsarbetet och en kartläggning över fritidsaktiviteter och hur de tog sig till och från skolan undersöktes. Motivering till mer rörelse i vardagen var vanligt förekommande i skolsköterskornas arbete. Upplevelserna kring skolsköterskans tid och resurser för att arbeta med överviktiga barn skiljde sig åt. Problem med övervikt hos eleverna fanns på några av skolorna i kommunen och på andra skolor rädde mer problem med undervikt eller droger.

... vi har nog lite olika förutsättningar tänker jag så, och jag tänker inte förutsättningar å jobba utan förutsättningar hur många barn som har problematiken.

(Skolsköterska, grundskolan)

Några av de tillfrågade skolsköterskorna ansåg att de hade goda förutsättningar för att på ett bra sätt arbeta med barn som hade övervikt. Andra menade på att resurser och tid stod i vägen för att de skulle kunna arbeta med problematiken. Att motivera föräldrarna sågs också som en svårighet då en insats på grundskolan inte kunde göras utan föräldrarnas godkännande och engagemang. En skolsköterska menade på att hen kunde vara lite tuff och hård och göra klart för föräldrarna att

det handlade om föräldraansvar medan en annan skolsköterska inte drev så hårt i frågan utan erbjöd och föreslog aktiviteter. En tredje skolsköterska sade att hen heller inte ville tjata på föräldrarna och menade på att deras integritet skulle respekteras och erbjöd hjälp och stöd endast vid ett tillfälle. En fjärde var av den åsikten att avvakta till eleven eller föräldrarna själva var redo att ta tag i problemet. Arbetet och kontakten med föräldrarna såg olika ut beroende på barnets ålder och om föräldrarna uppfattade övervikt hos deras barn som ett problem eller inte.

7.2. Hur skulle professionerna vilja arbeta med överviktiga barn?

Hur man skulle vilja arbeta kring barn och övervikt har uttryckts på två sätt. Det ena var arbetet som skolsköterskorna själva kunde göra på skolan. Den andra var arbetet utanför skolan som kommunen och samhället skulle ansvara för. Några menade även på att arbetet inte skulle ligga hos skolsköterskorna då de ansåg att primärvården skulle ha ansvaret för behandling av barns övervikt och fetma. De ansåg att skolhälsovården skulle identifiera övervikten, utföra lättare insatser och skolan skulle bidra med bästa möjliga miljö med bra kost och rörelsemöjligheter.

7.2.1 Arbete inom skolan

En gemensam faktor bland skolsköterskorna var önskemålet om att en dietist skulle vara knuten till skolhälsovården. I dagsläget fanns endast en dietist på sjukhuset i kommunen, denne var svår att nå och det var långa köer. Den hjälp som barnen kunde få av dietisten var begränsad till ett eller två möten. Det framkom flera förslag från skolsköterskorna på vart dietisten lämpligast skulle kunna tänkas arbeta. Majoriteten ansåg att varje vårdcentral skulle ha en dietist för att den kompetens som dietisterna besitter skulle finnas närmare och mer lättillgängligt för de familjer som hade barn med överviktproblematik. Det fanns dock en skolsköterska som var tveksam till att ta hjälp av dietister då det rädde oklarheter kring vilka kostråd skolsköterskan egentligen borde ge.

... så det är inte så enkelt om man säger så och veta vilka råd man ska ge, om man nu ska ge råd. För det har ändrat sig. Eller hur? För femton år sedan kanske då, dietisterna föreslog att man skulle använda sig utav lättmargarin. Man skulle använda lättcrème fraiche och mellangrädde och lightprodukter

sötade med aspartam och sånt. Och det är ju ingen som... joo, dietisterna säger fortfarande det. Men dom är väl dom enda som gör det nästan det... Jag vet inte om dietisterna är dom bästa på att ge råd!

(Skolsköterska, grundskolan)

Skolsköterskorna förklarade att grundskolan kunde skapat mer utrymme till rörelse och aktivitet. På gymnasiet skulle gymnastiklektionerna kunna utökas till tre gånger i veckan istället för de två gånger som gäller idag, anordna fler än en friluftsdag per termin och bygga skolgårdar som möjliggjorde aktiviteter. Även undervisning kunde ske mer utomhus. När det gällde kost borde skolorna erbjuda frukt istället för fika och hålla god kvalitet på skolmaten i alla skolor, både på grundskolan såväl som på gymnasiet.

Utbildning, genom att informera och lära ut om kost, idrott och hälsa nämndes även som en viktig faktor. Detta föreslogs kunna ske av skolsköterskan eller av någon utanför skolan genom föreläsningar för klasserna. Att kunna genomföra långtidsuppföljningar var också prioriterat av flera skolsköterskor och vid fetma ansåg de att läkare skulle kontaktas.

7.2.2 Arbete utanför skolan

Skolsköterskornas uppfattningar sammantaget var att ansvar och åtgärder ska läggas utanför skolans värld. Skolsköterskorna önskade att barnavårdscentralerna och vårdcentralerna skulle få mer resurser till att kunna behandla och hjälpa de barn som hade problem med övervikt för de barn och familjer som behövde stöd och hjälp skulle kunna få den hjälp de behövde. Några skolsköterskor menade att de inte alltid kunde erbjuda den hjälpen, samt att dietister skulle finnas tillgängliga på vårdcentralerna. Även sjukgymnaster och psykologer sågs som viktiga professioner. Ett önskemål om att det skulle finnas ett bättre samarbete mellan alla dessa professioner som arbetar med barn med överviktsproblematik då det idag upplevs besvärligt, tidskrävande och inte alltid effektivt med det arbete som görs.

... föräldrarna behöver få enklare att söka vår, alltså söka hjälp... Men nånstans där det är lätt att söka. Där vet man att 'det är dit jag ska söka' Dit kan man hänvisa dom dit, där får du hjälp... Det hade varit det optimala. Sen om det ligger under primärvården eller landstinget eller privat eller vad det må vara,

det spelar ingen roll. Huvudsaken är att det är finansierat så att det inte kostar pengar utan är det är öppet för alla.

(Skolsköterska, grundskolan)

Gemensamt bland skolsköterskorna var åsikten att insatserna skulle starta så tidigt som möjligt och då pratade de om att barnen skulle vara fyra, fem eller sex år gamla. De ville att arbetet skulle ske med hela familjen och att insatserna borde anpassas efter familjernas vardag, arbetstider och behov för att kunna uppnå bästa möjliga effekt. Skolsköterskorna tyckte även att samhället borde ta sitt ansvar och bygga fler lekplatser, isbanor och subventionera gymkort för de äldre barnen på gymnasiet. Idrottsföreningarna kunna ha ett samarbete och ha träning för rörelseglädjens skull, inte för att prestera eller tävla. För att underlätta för de familjer som saknade ekonomiska resurser för medlemskap skulle de kunna ha dagar där barnen kunde prova på de aktiviteter som fanns på föreningen. Föräldraskola och stödgrupper lades fram som önskvärda förslag där bland annat gemensam matlagning och träning skulle vara en del av aktiviteterna. En skolsköterska hade ett önskemål om sommarläger där hela familjen kunde delta och göra aktiviteter tillsammans. Det poängteras att det skulle vara enkelt att söka hjälp, vara gratis och öppen för alla.

Sjukgymnasten ansåg att aktiviteterna hos barnen borde skiljas beroende av ålder men även här framkom synpunkten att ju tidigare man startade insatserna desto bättre för barnet.

Det är större chans å lyckas med beteendeförändringar ju tidigare man börjar och det är inte så konstigt egentligen. Det är det ju inte för då har, det har ju inte hunnit bli så befast, alla vanor.

(Sjukgymnast)

Hos de yngre barnen menade sjukgymnasten att aktiviteterna skall vara lekar som får barnen att röra sig. De äldre barnen bör däremot ha mer fokus på träning. Huvudsaken är att aktiviteterna skapar glädje hos barnen och att de finner det roligt. Stöd för föräldrarna bör finnas tillgängligt och motiverande samtal ses som ett lämpligt verktyg. Sjukgymnasten anser även att de olika instanserna i kommunen borde öka sitt samarbete så inte alla arbetar på varsitt håll.

Skolläkaren ansåg även att arbetet med överviktiga barn skulle starta tidigt och att hela familjen behövde vara delaktiga. Skolläkarens var av den åsikten att det inte bara handlade om vanor i familjen utan att det var även av medicinska skäl till att starta arbetet tidigt för överviktiga barn.

Med barn är ju den här risken att, ju äldre man blir desto större är ju risken att det här blir varaktigt. Och det är ju faktiskt så att du skapar ju antalet fettceller du har, under uppväxttiden så kan du visserligen mjölka ur dom eller slimma dom men problemet är att dom finns kvar... har man blivit överviktig och, liksom som barn så är det ju redan lite kört kan man säga.

(Skolläkare)

7.3 Professionernas uppfattningar av förändring i barns vikt över tid

Uppfattningarna kring övervikten hos barn såg olika ut beroende på vilken syn man hade på övervikt och vart i kommunen man arbetade. Hos skolsköterskorna varierade problemet beroende på vilken skola de arbetade på. De flesta menade att övervikt hos barn generellt var ett problem idag men att problemen fanns mer markant på vissa av skolorna i kommunen, beroende på vilket område skolan fanns.

... det ser väldigt, man säger väl demografiskt. Det beror på var du jobbar i den här kommunen, så ser det ganska olika ut. På den här skolan som vi är på just nu, där är det inte så stort problem, men sen jobbar jag på två andra skolor, där är det mer betydande problem.

(Skolsköterska, grundskolan)

Några skolsköterskor ansåg att övervikt inte var ett stort problem och menade på att alla såg olika ut, att tjejer skulle ha kurvor och att det var ok om man var lite grövre i kroppen. Runda barn hade alltid funnits och skulle alltid finnas. Vissa barn var födda smala och andra var lite kraftigare vid födseln, alla var vi olika. På gymnasierna var övervikt inget större problem, där var det snarare mer problem med droger och undervikt, speciellt hos tjejerna. På en gymnasieskola gjorde en skolsköterska en uppskattning att av de 400 elever som gick på skolan var 3 feta och mindre än 10 hade övervikt. Skolsköterskorna på gymnasiet kunde heller inte se någon markant

skillnad i elevernas vikt under de åren de hade arbetat som skolsköterska på deras respektive skola. På grundskolan skiljde det sig mer åt. Där fanns problem med både övervikt och undervikt. I de skolorna där det fanns många invandrabarn tycktes problemen med övervikt och fetma vara större än de skolorna med majoriteten svenska barn.

... de allra flesta ligger väl inom normalspannet men det sticker ut några stycken i varje klass alltså som har, dom flesta är ju då i övervikt, inom överviktsgränsen. Och nån enstaka kanske i varje klass då ligger över fetmagränsen. Och så ser det ut på denna skolan... det är vanligare att dom väger för mycket och det är eftersom det är så många invandrabarn på denna skolan... det har mycket med kulturen å göra.

(Skolsköterska, grundskolan)

Uppfattningarna skiljer sig beroende av hur länge de hade arbetat som skolsköterska, på vilken skola de arbetade och hur de själva såg på övervikt som ett problem. Vissa såg det som ett problem, andra inte. Några antydde att det skett en ökning, andra hade inte sett någon skillnad alls. Däremot om man såg på alla barn i kommunen generellt, menade skolsköterskorna att det fanns en ökad tendens till att barnen vägde mer och mer och att övervikt hos barn var ett problem i samhället.

Skolläkaren uppfattade att antalet överviktiga och feta barn hade fördubblats sedan 70-80 talet men att de kurvorna hade jämnats ut på senare tid. Störst skillnad såg skolläkaren på barn i fem och ett halvt års åldern då vikten ökat enormt sedan fyra års ålder.

Sjukgymnasten menade att det fanns mycket övervikt hos barnen i den undersökta kommunen men att förekomsten av övervikt skiljde sig åt beroende på vilken stadsdel man bodde i.

... övervikten ser ut ungefär som i övriga landet i *staden* och så är det lite olika beroende på vilken stadsdel.

(Sjukgymnast)

7.4 Är övervikt hos barn ett växande problem i den undersökta kommunen?

De skolsköterskor som uttalade sig om framtidens överviktsproblem hos barn menade vissa på att överviktsproblematiken hade stagnerat och de trodde inte att problemet skulle öka.

Här kommer det vara bra jämt... Nej, jag tror att det kommer å fortsätta ungefär likadant tror jag. Och här är ju riktigt bra faktiskt.

(Skolsköterska, grundskolan)

Andra skolsköterskor trodde att problemen kommer att öka. Som förklaring menade en skolsköterska på att datorn skapar stillasittande i och med att du kan beställa allt från mat till droger på internet och att kontakten med vännerna sker genom bland annat Facebook.

... datan är en bov i det hela... du har ju allt i datan... så visst kom, kommer det hända saker tidigare än 50 år på grund av att du inte behöver göra nånting. Det kommer hända nånting, det är jag helt övertygad om.

(Skolsköterska, gymnasiet)

En annan skolsköterska menade på att vi hade blivit allt mer medvetna om vårt utseende och att vi tränade mycket men att stressen påverkade oss. Istället för att laga en bra middag åts det istället proteinpulver och liknande. Skolsköterskan trodde då att övervikt hos ungdomar skulle kunna tänkas öka och bland de som var fysiskt inaktiva.

7.5 De intervjuades uppfattningar om samhällets interventioner och insatser för överviktiga barn

De uppfattningar som framkom om samhällets interventioner kunde delas in i två områden. Det första området var aktiviteter som gjorts och som idag fanns på skolan. Det andra området innefattade kommunens insatser och åtgärdsprogram, utanför skolans projektaktiviteter, för överviktiga barn.

7.5.1 Skolans aktiviteter för alla skolbarn

Skolsköterskorna uppfattade att det förekom positiva projektaktiviteter i grundskolor som exempelvis dagliga promenader med de yngre barnen, fotboll endast för tjejer och heldagar där bra mat, sömn, aktiviteter och avslappning diskuterats i klasserna. Dessa aktiviteter uppfattades som att de varit uppskattade hos eleverna men när skolan ansvarade för de utan hjälp från kommunen avtog aktiviteterna. Att erbjuda en frukost för tio kronor på gymnasiet visade sig vara uppskattat bland eleverna. Frukt såldes i cafeterian för en krona per frukt. På en grundskola erbjöds frukost för åtta kronor men det visade sig inte få lika stort gensvar hos eleverna som för eleverna på gymnasiet. Vad skolsköterskorna uppfattade som negativt på alla skolor var att antalet friluftsdagar hade dragits ner och gymnastiktimmarna i skolan var för få. Några skolsköterskor menade på att de upplevde begränsningar i deras arbete och önskade mer tid och resurser eftersom de blivit ålagda mer arbetsuppgifter än vad de tidigare haft.

7.5.2 Samhällets interventioner

I den undersökta kommunen fanns en verksamhet som arbetade med fokus på överviktiga barn i åldrarna 6-12 år. Där arbetade sjukgymnaster tillsammans med bland annat en dietist och psykolog. Deras åtgärder för barn med övervikt var fysisk aktivitet, kost och beteendeförändring. För de barn och ungdomar som hade fetma fanns barnkliniken eller obesitasteam som låg på två sjukhus utanför kommunen. Dietist gick att få remiss till, men skolsköterskorna upplevde att en dietist i kommunen var underdimensionerat med tanke på det behov som fanns. Att inte fler dietister fanns innebar långa köer och en lång väntan på ett besök. Att förändra ett beteende, menade skolsköterskorna, krävde mer tid och resurser. När det gällde kost kunde inte skolsköterskorna alltid veta vad de skulle rekommendera då de var av den uppfattningen att Livsmedelsverkets rekommendationer hade förändrats över tid.

För det kommer ju nya rön, jag tror inte jag kan allt det här om mat ännu...

Ibland var det att man skulle äta så och så många frukter och ibland skulle man äta det, skulle man inte äta fett och lightprodukter och sen skulle det inte va, inte så, sen kom man fram till att den, men det var inte så bra med lightprodukter och så...

(Skolsköterska, gymnasiet)

Den verksamheten som bedrivs med överviktiga barn i åldrarna sex till tolv var mycket uppskattat av många av kommunens skolsköterskor trots att de ansåg att verksamheten skulle behöva mer resurser för föräldrastöd, långsiktiga utvärderingar och utökade åldersgrupper. De menade på att det kändes bra att den verksamheten fanns som ett komplement till obesitasteamen då de endast tog emot barn och ungdomar med fetma. Enligt skolsköterskorna behövdes denna mellaninstans för överviktiga barn för utan den skulle det inte finnas något åtgärdsprogram i kommunen för barn med övervikt. En av skolsköterskorna sa sig inte kunna se några resultat av den verksamhet som arbetade med överviktiga barn då ett barn som gick där, enligt skolsköterskan, bara blev fetare och fetare.

Trots de insatserna som fanns upplevde ändå de flesta skolsköterskor att utbudet var litet och att åtgärderna var begränsade. Skolsköterskorna ansåg då att det var svårt att få hjälp utifrån av vårdcentralen eller sjukhuset. En skolsköterska berättade att vid ett tillfälle för några år sedan hade hen skickat en remiss till barnkliniken men fick tillbaka den då de saknade resurser att hjälpa. Sjukvården saknade resurser och platserna var få på specialistteamet. De instanser som arbetade med barn som hade fetma, då hade vikten egentligen gått för långt, menade vissa skolsköterskor och förklarade att det borde finnas mer insatser för överviktiga barn, för att inte utveckla fetma. Skolsköterskorna uppfattade detta som dåligt då primärvården hade ansvar för behandling och borde ha startat arbetet innan fetma utvecklats.

... vårdcentralerna jobbar ju inte med det och dietist finns ju inte å få tag på nästan.

(Skolsköterska, grundskola)

På gymnasiet läggs ett stort ansvar på eleverna då det är upp till dem själva att ta ansvar för sina liv. Dessutom saknades det insatser för barn över tolv år. Ett alternativ för de ungdomarna var att söka hjälp hos privata företag såsom Viktväktarna eller Xtravaganza men där medlemskap kostar pengar.

... det är lite åsidosatt när dom börjar komma upp i åldrar kan man säga. På sitt sätt, utan att det ligger mer på den egna personen att ta tag i saker och ting.

(Skolsköterska, gymnasiet)

En skolsköterska menade på att insatserna i kommunen hade blivit bättre och bättre men majoriteten uppfattade ändå att det var en bristvara på program i samhället och tyckte att varken skolhälsovården, primärvården eller specialistvården kunde visa på några goda effekter av sitt arbete. De önskade att kommunen kunde sätta in mer resurser för flera instanser som vore kostnadsfria och ligga nära till hands för dem som behövde den hjälpen. Skolsköterskorna såg även att ett bättre samarbete mellan alla instanser skulle underlätta för barnen och familjerna att få den hjälp som de behövde utan långa köer och väntan.

7.6 Orsaker till övervikt

Sjukgymnastens uppfattningar om vad som låg till grund för barns övervikt var en blandning av kost och rörelse. Det var väldigt mycket stillasittande idag, barn och ungdomar satt mycket framför TV:n och datorn. När det gällde kosten låg problematiken i begränsningen av antalet portioner och att en stor del av maten innehöll så kallat dolt socker som till exempel i yoghurt, vilket föräldrarna trodde var nyttigt men innehöll då en stor mängd socker.

Skolläkaren gav flera exempel på orsaker till övervikt. Förutom genetik nämns socioekonomiska faktorer. De som har sämst ställt kan få i sig mer mat än vad de behöver. Skolläkaren menade på att vi har välstånd med ett överflödssamhälle där våra mataffärer är överfyllda med matvaror och inte minst flera olika märken av ett livsmedel. Den energirika snabbmaten äts för fort att kroppen inte hinner skicka några mättnadssignaler förrän maten redan är uppäten. Det tar upp till 20 minuter innan känslan av mättnad uppstår. Skolläkaren uppfattade att religiösa högtider numera blivit mathögtider där maten står i centrum. Att mat äts för sent på dagen sågs också som en bidragande faktor till övervikt då maten inte får tid att förbrännas till skillnad från exempelvis frukosten då hela dagen finns till förfogande till förbränning. En av skolsköterskornas främsta uppfattning om orsaker till övervikt var att föräldrarnas roll, vanor och livsstil påverkade i högsta grad deras barn eftersom barnen inte själva kunde göra aktiva val, vad som exempelvis skulle köpas hem från mataffären.

Framför allt kan man ju säga att barn är hänvisade till sina föräldrars vanor och bestämmelser och regler och så.

(Skolsköterska, grundskola)

Föräldrars förmåga att ta tag i ett överviktsproblem ansågs av skolsköterskorna påverkas av flera faktorer. En viktig faktor som togs upp var socioekonomi. Familjer med högutbildade föräldrar som hade en god ekonomi ansågs ha mindre problem med övervikt och fetma, och om ett barn drabbades av övervikt i dessa familjer hade föräldrarna bättre förutsättningar att ta tag i problemet själva, enligt skolsköterskorna.

Ju mer välutbildad man är ju mindre problematik har man ju med övervikt

(Skolsköterska, grundskola)

Familjer från andra kulturer ansågs av skolsköterskorna ha en större överviktsproblematik och en allmänt sämre socioekonomi. På frågan "Vad tror du det beror på att det inte finns så många överviktiga barn på den här skolan?", svarade skolsköterskan:

Här finns ytterst få utomeuropeiska eller utomnordiska barn. Här är nog... Om du tittar på bostadsområdena runtomkring här så är det många som bor i villa eller som bor i radhus och dom är inte jättebilliga och det... ja, det är ju... ganska hög, skulle jag tro, utbildningsnivå och ja.

(Skolsköterska, grundskola)

Anledningen till detta ansågs vara en annan syn på övervikt och fetma hos föräldrarna. Övervikt var inget problem utan kunde tvärtom ses som ett tecken på välstånd. Den västerländska idealbilden var att man skulle vara smal. Detta sågs, i vår del av världen, som ett tecken på framgång och god hälsa, medan andra delar av världen inte delade denna uppfattning utan hade andra idealbilder.

En annan uppfattning var att det också kunde bero på att många invandrarfamiljer levde under en stor press och kanske även ibland under trångbodda förhållanden. Denna press kunde bestå utav oro att bli utvisad från landet och att få tillräckligt med pengar för att köpa mat till hela familjen. Under dessa levnadsförhållanden anses inte övervikt som det mest akuta problemet.

Skolsköterskorna ansåg också att en orsak till övervikt och fetma idag berodde på att samhället hade förändrats. Förr var det mer spontan lek och rörelse, man gick till skolan, sparkade boll på

raster och liknande. Idag blir många skjutsade till skolan med bil, spontan lek och rörelse har bytts ut mot aktiviteter i föreningar såsom tennis, ridning och fotboll. Dagens samhälle med datorspel, Facebook och mobiltelefoner har lett till attraktiva stillasittande sysselsättningar inomhus. Flera skolsköterskor nämnde just stillasittande som vad de trodde var en bidragande orsak till övervikt samt felaktiga eller dåliga kostvanor. Att man röde sig för lite och åt för mycket. Dåliga kostvanor som ledde till övervikt nämns till exempel att inte äta frukost eller andra måltider för att sedan äta fler portioner vid ett senare tillfälle på dagen. Skolsköterskorna ansåg även att idag var det mer snabbmat i samhället än förut. Det var lätt att köpa mat som man värmdde i mikrovågsugnen om inte tiden räckte till för stressade föräldrar samt att portionerna idag hade blivit större på snabbmatskedjor. Godispåsar var idag mycket större än förr. Sammantaget gav detta ett samhälle där det var lätt att få i sig för många kalorier och röra sig för lite. En faktor som inte gick att påverka men ansågs ha betydelse var det genetiska arvet. Vissa personer har gener som gör att det är svårare för dem att lyckas gå ner i vikt, ansåg många skolsköterskor.

Och sen var det ju det, det där med arvet som sagt var. Att det hjälper fan inte hur de gör alltså för ungen blir inte smal.

(Skolsköterska, grundskola)

7.7 Professionernas upplevelser av föräldrarnas syn på deras barns övervikt

Det fanns stora skillnader i hur föräldrarna reagerade när någon av skolhälsopersonalen samtalade om att deras barn hade övervikt eller fetma. Hos skolläkaren uppfattades reaktionerna som olika beroende bland annat på vilken etnicitet föräldrarna hade.

Sen tas det emot väldigt olika hos olika individer. En del blir ju genast och är väldigt medvetna att det har dom sett själva och det här försöker vi och han får minsann inget godis annat än på fredag eller och så vidare va. Men å andra kanske inte vill se det som ett bekymmer. Det är väldigt olika kulturella saker. Särskilt många med, som andra kulturer. Dom tycker det är okej att barn är runda. Det är ett tecken på välstånd och att man har det bra och att dom är friska...

(Skolläkare)

Sjukgymnastens uppfattning var att det var olika intressen hos de föräldrar som tog hjälp av kommunens verksamhet som arbetar med överviktiga barn. Sjukgymnasten uppfattade att vissa föräldrar trodde att det bara var att lämna sina barn vid verksamheten och så ordnades övervikten hos barnet utan att de själva var tvungna att ta tag i problemet. Föräldrar insåg inte att det behövdes en förändring i hela familjen, inte bara hos barnet. Sedan fanns det några föräldrar som sjukgymnasten uppfattade att de kände skam för att behöva ta hjälp av verksamheten för att få bukt på överviktsproblemet hos sitt eller sina barn.

... dom tänker att det här blir liksom lösningen på problemet och kanske ser väldigt lätt på problemet... Lite den känslan hos många. Dom hade inte riktigt förstått vidden av att det är en ganska stor förändring som måste till i familjen... Det är lite olika beroende på familj men, men lite naivt hos en del. En del känner man att dom tycker det är jättejobbigt. Det är lite skamfyllt hos många föräldrar. Dom lägger nog mycket ansvar själv på det här och har lite taggarna utåt.

(Sjukgymnast)

Skolsköterskorna upplevde också stora skillnader i föräldrars syn på barnens övervikt. De menade att det skiljde allt från att föräldrarna inte såg något problem, vilket vanligtvis upplevdes hos de föräldrar med utländsk bakgrund, till att föräldrarna var medvetna om problemet men valde ta hand om det på egen hand utan hjälp av skolsköterskan eller någon annan, vilket var vanligast hos de familjerna med hög socioekonomisk status. På de skolorna med många barn från andra kulturer fanns stora problem med övervikt men skolsköterskorna uppfattade att de flesta föräldrarna till dessa barn inte ansåg att det var ett problem på grund av att det i deras kultur är fint att vara lite rundare. Föräldrarna var alltså inte alls oroliga och tyckte inte att barnet var överviktigt, de ansåg att det var normalviktigt enligt dem själva.

Skolsköterskorna upplevde att det kunde vara svårt och mycket känslofyllt vid kontakten med föräldrarna då några inte var medvetna om att deras barn var överviktigt. Det blev lite som en väckarklocka när skolsköterskan tog den kontakten med föräldrarna. Vissa föräldrar kände sig nästan kränkta av telefonsamtalet. Det blev obekvämt och obehagligt för det var inte många

föräldrar som tog den första kontakten själva utan det var skolsköterskan. Föräldrarna skämdes över att det var de själva som var orsaken till barnens övervikt.

Det här är väldigt laddat för väldigt många. Att man börjar prata om att deras barn inte är perfekta eller att dom på nåt vis skulle ha, för det är klart det är kopplat till en viss skuld, kanske att dom har ställt till det så för sina barn, att dom har blivit feta.

(Skolsköterska, grundskolan)

Vissa skolsköterskor ansåg att föräldrarna var mycket medvetna om överviktsproblemet och tog tacksamt emot hjälp, råd och stöd från skolsköterskan. Det fanns även en grupp föräldrar som hade svårt att acceptera övervikten hos barnet eller tyckte att barnen skulle "växa i" sin vikt när de blev äldre. Skolsköterskorna uppfattade att det fanns de föräldrar som menade på att de själva såg ut sådär när de var små och att de "växte till sig" med tiden och de var inte alls oroliga över barnets vikt. Hur föräldrarna själva såg på övervikt som ett problem eller inte hade stor betydelse för ett samarbete med skolsköterskan om deras barns övervikt. Några föräldrar menade på att de alla såg ut sådär i sin familj och var nöjda med sin vikt. Föräldrarna av olika anledningar ville inte ta tag i problemet för de hade inte ork, tid eller resurser utan ibland fick skolsköterskorna vänta in föräldrarna tills de själva hade accepterat situationen och först då kunde de prata om hur de kunde arbeta med problemet. De kunde inte arbeta med de yngre barnen utan föräldrarnas stöd då det var föräldrarna som stod för bland annat mathållningen i hemmet.

... "det kommer att rätta till sig när du växer upp sen då att du blir lång och smal då".
Jaa. Men då har man ändå kvar vanorna att äta tre portioner så att den här övervikten återkommer ju sen. För när du har växt färdigt så fortsätter, du äter i alla fall i samma omfattning.

(Skolsköterska, grundskolan)

På gymnasiet hade skolsköterskorna i regel ingen kontakt med föräldrarna hos de elever som hade övervikt eller fetma. Detta gjorde att de skolsköterskorna på gymnasiet inte kunde delge några uppfattningar kring föräldrarnas syn på deras barns övervikt.

7.8 Skolsköterskornas förmåga att hantera överviktsproblematiken

För att få arbeta som skolsköterska beskrev skolsköterskorna att man behövde gå en grundutbildning till sjuksköterska. Därefter krävdes en vidareutbildning mot antingen distriktssjuksköterska, barnsjukvård eller skolsköterskeutbildning.

Att samtala med både föräldrar och barn om övervikt uppfattades av skolsköterskorna som ett känsligt, svårt och komplext område som skapade osäkerhet hos skolsköterskorna. Många bedömde deras arbete med barns övervikt som det svåraste av alla deras arbetsuppgifter. En orsak var att de ansåg att de saknade resurser att tillhandahålla och att de inte kunde bidra med så mycket hjälp som hade behövts. De önskade att de direktiv och riktlinjer som skolsköterskorna hade tillgång till kunde bli tydligare i hur man skulle arbeta med överviktiga barn. Deras kompetensnivå brast bland annat när det gällde kosten men den kompetensen ansåg de skulle finnas hos dietisten, som var utbildad i det ämnet. Att arbeta som skolsköterska uppfattades som en komplicerad och självständig roll med ett brett spektra på arbetsuppgifter. Att åta sig dietistens specialistkunskap kring kost ansåg därmed varken som lämpligt eller accepterat.

Jag kan inte precis tala om hur många kalorier det här barnet ska, det, det ger inte jag mig in på för det är inte jag utbildad.

(Skolsköterska, grundskolan)

Skolsköterskorna kompetens kring övervikt hos barn uppfattades ibland som gammalmodig och inte uppdaterad. Trots att det åligger skolsköterskorna att själva ta del av ny forskning låg tiden som ett hinder. Att få tid att söka artiklar och hinna läsa dem fanns sällan då de istället var överbelastade med andra uppgifter som fick prioriteras som till exempel vaccinationer eller att hjälpa de elever som behövde akutvård. De uppfattade att de hade blivit mer underdimensionerade och att skolhälsovårdens resurser drogs in men att deras arbetsuppgifter utökades. Det fanns några skolsköterskor, både på grundskolan och på gymnasiet, som hade ett intresse av att ta del av ny forskning och försökte hinna med det i sitt arbete. Dock ansåg en av dessa skolsköterskor att ny forskning inte var accepterad och använde sig därmed inte av den. En annan skolsköterska använde sig utav delar av forskningen som ansågs mest relevant för sitt arbete. Skolsköterskorna ansåg att ny kunskap kring ämnet övervikt hos barn kunde hjälpa dem i

deras arbete och förklarade att det som kunde hjälpa en person inte alltid hjälpte en annan och därför behövdes kompetensutveckling för att undvika att göra fel.

... jag får nog erkänna att det är min brist... jag tycker det är svårt. Hur man ska... för att inte komma med pekpinnar och säga "det här sköter du inte" utan att man ska göra på ett sätt som inte sårar eller att det slår slint så att dom börjar banta istället.

(Skolsköterska, grundskolan)

Det fanns några skolsköterskor som ansåg att det inte fanns problem med övervikt på deras skolor, utan det är snarare undervikt och förklarade då att de inte saknade riktlinjer kring barn med övervikt då det inte behövdes på deras skola.

Något som en skolsköterska på gymnasiet berättade var bristen på feedback till det arbete för överviktiga barn som hade gjorts. Personen i fråga fick ingen återkoppling på det arbete som hade gjorts och om det hade gett effekt eller inte. Andra svårigheter som uppfattades hos skolsköterskorna var att motivera föräldrar och elever och på de skolor med många invandrabarn behövdes ibland en tolk vid kontakten med föräldrarna vilket kunde försvåra arbetet för skolsköterskan.

Kompetensutveckling för skolsköterskorna fanns tillgängligt från kommunen men utbudet uppfattades som begränsat. Det fanns ett kontaktnät mellan alla skolsköterskor där de kunde ta hjälp av varandra. Om en skolsköterska var osäker på hur de skulle agera i en situation kunde hen ringa en kollega och få råd och stöd. Om vissa av skolsköterskorna deltog i kurser eller föreläsningar försökte de att delge den nya kunskapen till sina kollegor, som av olika orsaker inte hade kunnat delta. Skolsköterskorna hade även regelbundna möten där ämnet övervikt hos barn kunde diskuteras.

På en gymnasieskola med 400 elever där det fanns färre än tio elever med övervikt upplevde skolsköterskan att hen hade både kanaler och resurser till att hjälpa de överviktiga eleverna och detta på ett bra sätt. Trots att en skolsköterska uppfattade att de försökte kvalitetssäkra deras arbete i både upptäckt och arbete av barn med övervikt framkom det från många av skolsköterskorna att de ansåg att alla i kommunen arbetade på väldigt olika sätt.

Där är vi ju olika allihopa. Jag kan ju tänka mig att vi bemöter på olika sätt så.

(Skolsköterska, grundskolan)

8. Analys

Vi har främst kartlagt skolsköterskors uppfattningar i en kommun, kring deras arbete med barn som har övervikt, då skolsköterskan är den profession som arbetar närmast barnen på skolan. Utifrån vårt resultat, baserad på insamlad empiri, har vi funnit både likheter och olikheter i uppfattningar om skolsköterskornas arbete och alla intervjupersoners uppfattningar av överviktsproblematiken i kommunen. Vi kommer härmed att gå djupare in i de uppfattningar som har framkommit från våra intervjupersoner och kommer att koppla dessa till de teorier som vi har funnit relevanta för ämnet. Vi har uppfattat att det råder tvister om vem som skall ta ansvar för överviktsproblematiken, samt vilken kunskap och kompetens kring hur man skall arbeta kring övervikt som är den mest relevanta.

8.1 Ansvarsfördelning på grundskola & gymnasiet

Hur skolsköterskorna arbetar med övervikt hos barn ser olika ut beroende på vilken skola de arbetar på. Det framkom två sätt att förlägga ansvaret för överviktsarbetet. På grundskolan lägger skolsköterskorna ansvaret att arbeta med överviktsproblematiken hos föräldrarna då barnen, enligt skolsköterskorna, är för unga att ta det ansvaret själva. Skolsköterskorna arbetar därmed för att motivera föräldrarna att skapa förändringar i hela familjens levnadsvanor och livsstil. På gymnasiet menade skolsköterskorna att eleverna var såpass vuxna att de kunde ta eget ansvar för sin hälsa och kropp och lade därför ansvaret för arbetet med övervikt på individen själv och inte hos föräldrarna. Skolsköterskorna på gymnasiet arbetar därmed med att motivera eleverna till förändring i både kost- och motionsvanor. Dock ligger problematiken, enligt skolsköterskorna på gymnasiet, i att de barn som har övervikt på gymnasiet oftast har haft övervikt sedan grundskolan. Detta innebär att den hjälp de överviktiga barnen eventuellt fick inte gav effekt eller att barnet och dennes familj valde att inte ta emot den hjälp som erbjöds. Dessa barn med övervikt går därmed från grundskolan där de hade tillgång till både skolsköterskans stöd och kommunala insatser att arbeta med övervikten, till att börja gymnasiet och endast erhålla ett stöd från skolsköterskan.

Ett annat problem låg även i uppfattningar kring *hur* och *vem* som skall arbeta med överviktproblematik hos eleverna, vilket leder oss en andra fördelning av ansvar som syftar till vem som skall arbeta med överviktiga barn. Skolsköterskorna menade att övervikt är en komplex fråga som kräver hjälp och stöd under lång tid då arbetet handlar om förändring i beteende och vanor. Det räcker inte med insatser från enbart skolsköterskan. Som Socialstyrelsen visade på behövs instanser för de barn som har speciella behov, exempelvis barn med övervikt, som inte ingår i skolsköterskans fulla kompetens (Socialstyrelsen 2004, s. 25).

8.2 Skolsköterskornas ansvar

Skolsköterskorna tycks delvis skjuta arbetet med de överviktiga barnen ifrån sig med hänvisning till att de saknar kunskaper, tid och resurser att ge den hjälp som behövs. De menar att deras arbete är att ansvara för identifieringen av överviktsproblemet och att kunna agera som stöd, ge tips och råd till de som önskar det. Man ser dock att förekomsten av övervikt har en tydlig demografisk uppdelning i kommunen mellan områden med lägre socioekonomi och högre socioekonomi. Skolsköterskor som arbetar på skolor i områden med en lägre socioekonomi uppfattar att resurser saknas för att hjälpa alla eftersom de har ett högre antal elever med överviktsproblematik. Skolsköterskor som arbetar på skolor i områden med en högre socioekonomi anser sig ha bättre resurser att hjälpa barn med övervikt som följd av att övervikt är mycket mindre vanligt förekommande i dessa områden. Skolsköterskorna här menar också att överviktiga barns föräldrar anser sig ha mindre behov av hjälp och istället åtgärdar problemen på egen hand.

Att övervikt är ett större problem i populationer med lägre socioekonomisk status kan enligt Marmot (2006, s. 64-68) tillskrivas vad han kallar för statussyndromet. Ju lägre ner man befinner sig på den sociala stegen i samhället desto sämre livsstil har man. En anledning som tas upp men samtidigt ifrågasätts är den att människor med låg status i samhället inte tänker på effekterna deras beteende kan få långsiktiga konsekvenser i lika hög utsträckning som personer med högre status.

Skolsköterskor som arbetar på de skolor belägna i områden med lägre socioekonomi och stor andel invandrare ansåg även att överviktsproblem i vissa familjer, som befinner sig i en stressad situation till följd av exempelvis utvisningshot eller trånga bostadsförhållanden, inte prioriteras i

första hand.

Sammantaget ger skolsköterskorna en bild av att överviktsproblematiken är överrepresenterad i bostadsområden med låg socioekonomi och underrepresenterad i bostadsområden med hög socioekonomi. Med tanke på detta skulle samhällets resurser kunna fördelas med Brülde och Perssons riskgruppsprincip i åtanke (Brülde & Persson 2011, s. 149), så att resurserna hamnar hos de i samhället som har störst risk för ohälsa, i detta fall personer med övervikt och fetma. Detta är även mer etiskt försvarbart sett från kostnadseffektivitetsprincipen att resurser läggs där de ger mest utdelning (per enhet räknat), än att de fördelas till områden i samhället där ej behov föreligger.

8.3 Kommunens ansvar

För de barn som hade fetma finns hjälp att få i alla åldrar, däremot finns begränsningar i antalet platser som finns tillgängliga hos obesitasteamen som arbetar med patienter med fetma. När det handlade om övervikt hos barn finns endast en verksamhet i kommunen som arbetar med barn i åldrarna sex till tolv år. Detta innebär att det saknas instanser i kommunen för överviktiga barn som är äldre än tolv, vilket de intervjuade även uppfattade som en brist. Detta kan uppfattas som att kommunen är otillräckliga med att tillhandahålla stödjande miljöer för barn med övervikt som kan försvåra för dem från att kunna hantera problemet på ett effektivt sätt innan övervikten utvecklas till fetma (Winroth & Rydqvist 2008, s. 232).

Skolsköterskorna, skolläkaren och sjukgymnasten ansåg att kommunen behövde ta ett större ansvar och bidra med antingen fler instanser, utöka de befintliga resurserna som finns och stärka samarbetet mellan instanserna för att öka tillgängligheten för överviktiga barn i alla åldrar. Utifrån ett systemteoretiskt perspektiv behövs insatser på alla systemnivåer för att arbeta med överviktiga barn, vilket idag inte uppfylls enligt denna princip. Det brister i helhetssynen då insatser saknas i systemnivån. Barn med övervikt skall ses som en del av samhället där flera orsaker till övervikten finns och måste behandlas. Dessutom behöver varje systemnivå fungera vilket den inte anses göra enligt de vi har intervjuat och därför kritiserats då det finns oklarheter kring kostråd och behandling (Öquist 2008, s. 9-13).

8.4 Konkurrens i professionerna

Skolsköterskornas uppfattningar skiljer sig åt i hur man skall arbeta med överviktiga barn och vilka råd som skall ges till barnen och familjen. En skolsköterska ifrågasatte dietistens kunskaper då skolsköterskan uppfattade att lightprodukter, som dietister förespråkar, inte var relevanta kostråd. De andra skolsköterskorna var alla eniga i uppfattningen om att dietister behövs för att arbeta med överviktiga barn och deras kosthållning då de själva uppfattar att de saknar den kunskapen. Det fanns även en skillnad hos skolsköterskorna i hur de ansåg att bemötande med barnet och föräldrarna skulle se ut. Några menade att man som skolsköterska skulle vara lite hård och förklara betydelsen av föräldrarnas ansvar, visa på att de råd som skolsköterskan ger skall följas och att man ska påvisa vilka risker som finns med övervikt. Andra skolsköterskor ansåg att "skrämseltaktik" inte var ett bra arbetssätt utan menade på att man skulle vara försiktig och låta barnen och föräldrarna själva bedöma barnens vikt och om de såg vikten som ett problem eller inte. Andra skolsköterskor berättade även att de var rädda för att uppfattas som att de anklagade barnen eller familjen och att deras försök till hjälp skulle ha motsatt effekt, det vill säga att ätstörningar skulle uppstå och att barnen började banta utan kontroll.

Skolsköterskorna berättade att de hade ett nätverk där de kunde dela erfarenheter och kunskaper. De förklarade att de kunde ta hjälp av varandra om det uppstod problem i deras arbete, problem som de inte kunde lösa på egen hand. Ett problem blir då att skolsköterskorna inte har en enad bild av hur man skall bemöta barn och föräldrar, deras uppfattningar om vilken kost som är mest lämplig skiljde sig åt och detta kan orsaka ojämlikhet och villrådighet hos eleverna och familjen som har problem med övervikt. Barnen och föräldrarna kan därför få olika råd och hjälp kring hur de själva skulle arbeta med barnens övervikt beroende på vilken skolsköterska som arbetar på barnens skola. Den hjälp som erbjuds av skolsköterskorna kan därmed skilja sig åt vilket även har framkommit i tidigare forskning där ambitioner och insatser hos lärare i skolan skiljde sig och trots tydliga riktlinjer på barnavårdscentralen fanns skillnader i deras arbete och behandling kring överviktsproblem (Stenhammar et al. 2011). I vår studie skiljde därmed ambitionerna och insatserna hos skolsköterskorna. Detta leder oss till frågan, vad har skolsköterskornas ambitioner och insatser för inverkan på överviktsproblematiken hos barnen?

8.5 Övervikt ett problem?

Utifrån Ottawa Charters nyckelbegrepp *möjliggöra* behövs insatser i kommunen för att skapa jämlikhet i hälsa. Detta innebär att barn i alla åldrar, oavsett familjens socioekonomiska status,

skall kunna få likvärdig hjälp från kommunen och skolsköterskorna. Om det endast finns ett fåtal elever med övervikt på en skola och på en annan skola finns ett par stycken i varje klass, innebär detta att arbetsbördan blir tyngre för den skolsköterskan som arbetar på de skolorna med fler överviktiga barn. Det blir en ojämn resursfördelning för skolsköterskorna i kommunen (WHO 2013). Sammantaget har de intervjuade professionerna uppfattat att övervikt är ett problem i kommunen men hur kommer problematiken se ut om övervikt hos barnen inte kan åtgärdas i tid? Då kan man följaktligen anta att fler barn kommer att behålla sin övervikt eller till och med att utveckla fetma med stigande ålder och bekymren med viktproblemen kommer att öka i högstadiet och på gymnasiet. Då kommer nästa problem, vilket var att det inte fanns något åtgärdsprogram för de barn som är över tolv år gamla som har övervikt. Överbelastning på obesitasteamen kan därmed bli ett faktum och orsaka både lidande hos barnen och bli en ekonomisk börda för kommunen likväl som för hälso- och sjukvården.

8.6 “Spindeln i nätet”

Fler insatser skulle behövas i kommunen då skolsköterskorna upplevde att de insatser som fanns upplevdes inte alltid som effektiva i att överbrygga överviktsproblematiken. De uppfattade att problemet med övervikt ökade i vissa grupper. Detta kan därmed ses som ett samhällsproblem då problemen med övervikt var betydligt större i vissa delar av kommunen än andra och påverkade hur skolsköterskorna kunde hantera arbetet med eleverna och familjen. Skolsköterskorna beskrev att de upplevde tidsbrist om det fanns stora problem med övervikt och fetma i skolan.

Skolsköterskorna vill agera som “spindeln i nätet” och kunna hänvisa till effektiva instanser utifrån barnen och föräldrarnas behov. Idag finns inte sådana resurser. Att tillhandahålla fler instanser för de barn som har övervikt är viktigt då levnadsvanor är svåra att förändra och, som skolläkaren menade, fettceller skapas när du ökar i vikt och dessa fettceller kommer aldrig försvinna. Fettcellerna är dock hanterbara och kan förminskas genom att minska i vikt, men cellerna finns kvar och strävar efter att “återta sin storlek” som fettcellen hade från när övervikt fanns. Ju fler fettceller ett barn har desto svårare kan arbetet bli kring att sträva efter en hälsosam vikt utifrån barnets kön och längd. Att satsa på åtgärder innan barnen växt färdigt kan vara en god ingång i att dels arbeta för att hålla barnets vikt så de växer på längden men ökar inte i vikt och på så vis landar i en hälsosam vikt. Detta återkopplas till Ottawa Charter där de samordnande

instanserna som arbetar med övervikt eller fetma skall förmedla hälsa då det även är ett samhällsansvar att främja hälsa och inte endast ett individansvar (WHO 2013).

9. Diskussion

Vårt syfte var att undersöka skolsköterskors och samverkande professioners uppfattningar och erfarenheter av övervikt hos barn och ungdomar, samt hur de arbetar med denna problematik. Utifrån våra frågeställningar har följande uppfattningar påvisats från skolsköterskorna, skolläkaren och sjukgymnasten.

Orsaker till övervikt uttrycktes av samtliga tre professioner som bland annat för lite rörlighet och för mycket mat. Den minskade rörligheten anses sammanhånga med att barnen väljer mer attraktiva inomhusaktiviteter som att sitta framför datorn eller TV:n. Samhället har förändrats och onyttig mat är mer tillgänglig, portionerna har blivit större och det råder mer oregelbundna matvanor vilket främst kan kopplas till föräldrarnas kostvanor. Det genetiska arvet, socioekonomiska villkor och kulturella skillnader framkom som de viktigaste orsakerna till överviktsproblem.

Skolsköterskan arbetar med att identifiera barn med övervikt genom att väga och mäta barnen. Vid övervikt kan skolsköterskan erbjuda lättare insatser såsom vara ett stöd för familjen, tillhandagå broschyrer med kost och motionsråd samt upplysa om en verksamhet som arbetar med övervikt för barn i åldrarna sex till tolv år som föräldrarna själva kan välja att söka till och få hjälp ifrån. Vid fetma remitterar skolsköterskorna till obesitasteam.

Skolsköterskorna önskade att fler dietister skulle samarbeta med skolhälsovården och vara placerade på varje vårdcentral i kommunen för att underlätta för de familjer med barn som hade övervikt att få hjälp med kosten. Skolsköterskorna önskade även att mer tid för rörelse och aktivitet gavs under skoltid, i form av fler friluftsdagar och mer gymnastiktimmor.

Skolsköterskorna ansåg att mer resurser borde läggas på åtgärder utanför skolan, så att föräldrar kunde få stöd och hjälp på vårdcentraler och barnavårdscentraler samt att samarbetet mellan professionerna skulle förbättras så att det blir effektivare och lättare att veta var man som förälder ska vända sig för att få hjälp. De ansåg även att det var viktigt att insatser skedde så tidigt som möjligt.

Skolläkaren menade på att antalet överviktiga och feta barn i kommunen hade fördubblats sedan 70–80-talet. Övervikt bland barn idag visade sig ligga i en demografisk skillnad där vissa områden hade mer problem än andra. Generellt uppfattades dock övervikt som ett problem i kommunen.

Tid, resurser, icke samverkande instanser och föråldrad kunskap uttrycktes som hinder i arbetet med överviktiga barn i kommunen. Dessa hinder låg både i skolsköterskans arbete samt inom kommunens instanser. De resurser som uppfattades var den verksamhet som arbetade med överviktiga barn i åldrarna sex till tolv år gamla. Skolsköterskornas nätverk var ytterligare en resurs som nämndes.

9.1 Slutdiskussion av Christine Wiklander

Skolsköterskorna förklarade att deras förebyggande arbete låg i de regelbundna screeningar, där de genom att väga och mäta kan upptäcka övervikt eller fetma, som genomförs med alla barn under alla skolår. Att upptäcka övervikt och därefter arbeta med att motivera och stödja barnen och familjerna ligger främst i deras arbete men hur ser deras hälsofrämjande arbete ut? På gymnasiet sker hälsosamtal med eleverna om kost och motionsvanor. Skolsköterskorna uppfattade barnen som vuxna på gymnasiet och kunde ta ansvar för sina egna levnadsvanor. Detta uppfattar vi som individuella coachande samtal som i sig utgör en bra grund i att arbeta hälsofrämjande men vi uppfattade inte att detta skedde på grundskolan.

De professioner som deltog i vår undersökning menade på att föräldrar var viktiga för barnens hälsa och vikt då de delar både genetiska koder samt levnadsvanor. Finns fetma hos en eller båda föräldrarna ökar risken tre eller tiofaldigt att barnet skall utveckla fetma (Sobko et al. 2011). Att arbeta med goda levnadsvanor hos föräldrarna och stärka deras hälsa är en väsentlig insats för att även främja deras barns hälsa. Mer främjande och förebyggande insatser skulle därmed behövas då forskning tyder på att ju tidigare insatserna sker desto bättre effekt får resultaten (Olsen et al. 2012).

Hur detta arbete skall ske och vem som skall ansvara för detta i kommunen blir nästa fråga att undersöka. Är det primärvården som skall ha coachande hälsosamtal med föräldrarna eller skall

det ansvaret ligga hos skolsköterskorna? Hur kan kommunen skapa mer stödjande miljöer för alla föräldrar men främst för de familjer som har en lägre socioekonomi eller annan kultur där övervikt och fetma finns mest idag? Fler insatser för att hantera överviktsproblematiken behövs både inom och utanför skolan där vår yrkesroll som hälsovetare skulle kunde bidra med att främja hälsan och förebygga övervikt hos elever i alla klasser. Skolsköterskorna uttryckte att övervikt hos barn inte fanns på alla skolor utan främst på de skolor där familjers socioekonomi var lägre än genomsnittet samt att dessa skolor hade fler elever som inte var födda i Sverige. Då resursbrist råder i kommunen hos skolsköterskorna och i de instanser som arbetar med barn som har övervikt eller fetma skulle vi hälsovetare kunna bidra med kompletterande kunskaper och resurser för att hjälpa dessa barn och stärka deras hälsa. Detta skulle gälla för alla barn i skolan, inte bara de barn som har problem med övervikt.

9.2 Slutdiskussion av Johan Andreasson

I studien vi genomfört framkom det flera likheter hos de uppfattningar skolsköterskor hade som orsak till övervikt hos barn jämfört med vad tidigare studier angett som bidragande faktorer. Föräldrarnas livsstil är en starkt bidragande orsak till om deras barn kommer att utveckla övervikt och här poängteras vikten av att insatser sker tidigt så att barnen växer upp med bra vanor och slipper ändra vanor senare i livet. Att ändra livsstil och vanor är inget som sker snabbt eller lätt, därför är det mest effektivt att lära sig rätt från första början.

Vår mening från början med studien var att undersöka hur överviktsproblematiken ser ut bland barn. För att ta reda på detta valde vi att fråga en profession som i sitt yrke kommer i kontakt med denna grupp, hur deras syn och uppfattningar är om problemets omfattning, vad det beror på och så vidare.

De frågeställningar vi hade, lyckades vi få svar på, men vi fann även mer i vår kontakt med skolsköterskor, sjukgymnaster och skolläkare. Önskemål fanns att fler dietister skulle finnas på bland annat vårdcentraler för att skolsköterskor skulle kunna remittera föräldrar med sina barn för att få kostråd. Här fann vi att tilltron till dietisternas kostråd inte alltid var så hög. En del ansåg att dietisternas kunskaper var föråldrad och att det endast var de som fortfarande rekommenderade vissa matvaror som exempelvis lightprodukter med sötningsmedel. Man kunde med andra ord ana en splittring mellan skolvården och andra vårdprofessioner i samhället. Denna splittring i åsikter kunde även skönjas skolsköterskorna emellan då deras åsikter kring

överviktsproblematik samt åtgärder skiljde sig åt trots att de har ett nätverk där de träffas och utbyter information samt diskuterar frågeställningar med varandra. Mer resurser behövs men innan eller i samband med en eventuell resursökning skulle mer forskning behövas för att svara på dels om det finns en kommunikationsbarriär mellan i första hand personalen inom skolhälsovården men även mellan skolhälsovården, övriga vårdinstanser och interventionsprogram i samhället.

Här föreligger skäl att anställa personer med en folkhälsovetenskaplig utbildning för att utreda närmare exakt vilka resurser som bör satsas på och ifall kommunikationsproblem mellan professionerna föreligger. Om kommunikationen mellan instanserna inte är den bästa vore det inte särdeles försvarbart ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv att satsa på fler dietister eller liknande.

En annan fråga som uppkom är vem eller vilka som kontrollerar, kvalitetssäkrar samt följer upp skolsköterskornas arbete med överviktsproblematik bland barn och unga. Denna fråga lyftes under en intervju när en skolsköterska ansåg sig sakna återkoppling på sitt arbete och vilken effekt hens arbete gav.

Således finns det här två stycken frågeställningar som behöver undersökas och besvaras genom vidare forskning för att säkra att samhällets resurser används på ett effektivt sätt och att skolsköterskornas åtgärder mot övervikt ger effekt.

10. Referenslista

Brülde, Bengt & Persson, Karl (2011). Hur ska folkhälsoarbetets knappa resurser fördelas? I Bengt Brülde (red.) *Folkhälsoarbetes etik*. Lund: Studentlitteratur AB. S. 135-166.

Dahlgren, Lars Owe & Johansson, Kristina (2009). Fenomenografi. I Andreas Fejes & Robert Thornberg (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB. S. 122-135.

Denscombe, Martyn (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2. Uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

Featherstone, Mike (1994). *Kultur, kropp och konsumtion*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Jansson, Annika & Danielsson, Pernilla (2003). *Överviktiga barn – En handbok för föräldrar och proffs*. Stockholm: Forum.

Marmot, Michael (2006). *Statussyndromet: hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och kultur.

Marton, F & Booth, S (1998). *Learning and awareness*. New York: Lawrence Erlbaum.

Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2009). *Foundations for health promotion*. 3. ed. Edinburgh: Elsevier.

Nowicka, Paulina & Flodmark, Carl-Erik (2006). *Barnövervikt i praktiken - evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur AB.

Paulsson, Gun (2008). Fenomenografi. I Monica Granskär & Birgitta Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB. S. 73-84.

Thornberg, Robert & Andreas Fejes (2009). Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I Andreas Fejes & Robert Thornberg (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB. S. 216-235.

Winroth, Jan & Rydqvist, Lars-Göran (2008). *Hälsa & hälsopromotion: med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Öquist, Oscar (2008). *Systemteori i praktiken - konsten att lösa problem och nå resultat*. 3. uppl. Stockholm: Gothia Förlag AB.

10.1 Elektroniska referenser

Andersson, Inger & Ågren, Gunnar (2005). *Underlag handlingsplan slutrapport*. [Elektronisk]. Uppsala & Stockholm: Livsmedelsverket. (senast uppdaterad 2009-06-03). Tillgänglig: <http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/mat_naring/uppdrag_underlag_05/underlag_handlingsplan_slutappport.pdf> [2013-04-27].

Centrala Barnvårdsteamet FyrBoDal (2012). *Barnavård s vett*. [Elektronisk]. Västra Götalandsregionen: Centrala Barnvårdovården FyrBoDal. 2012 - Nr1. Tillgänglig: <<http://www.narhalsan.se/upload/Pv%20FyrBoDal/Centrala%20Barnh%C3%A4lsov%C3%A5rd/en/Microsoft%20Word%20-%20Svett%201,%202012.pdf>> [2013-04-26].

GU (Göteborgs Universitet) / Sahlgrenska akademien/ Aktuellt/ Nyheter/ NYHET: 2011-03-03 (senast uppdaterad 2011-03-02). [Elektronisk]. Göteborg: GU. Tillgänglig: <http://www.sahlgrenska.gu.se/aktuellt/nyheter/Nyheter+Detalj/vart-femte-barn-i-sverige-har-overvikt.cid981240> [2013-03-25].

KI (Karolinska Institutet) / Kliniker & enheter / Psykologkliniken / Barnsektionen / barnfetma (senast uppdaterad 2011-05-02). Stockholm. Tillgänglig: <<http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Psykologkliniken/Barnsektionen/Barnfetma/>> [2013-04-09].

Lissner, Lauren & Jonsson, Johan (2012). Kartläggning av övervikt och fetma bland barn i Sverige. I Christine Berg & Maria Magnusson (red.) *Forskning för en friskare generation – Levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt*. [Elektronisk] Göteborg: Göteborgs Universitet. Tillgänglig: <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/30602/6/gupea_2077_30602_6.pdf> S. 9-15. [2013-04-26].

Olsen, Nanna Julie, Buch-Andersen, Tine, Händel, Mina Nicole, Østergaard, Louise Mai, Pedersen, Jeanett, Seeger, Charlotte, Stougaard, Maria, Traerup, Maria, Mortensen, Erik Lykke, Holst, Claus & Lilienthal Heitmann, Berit (2012). The Healty Start project: a randomized, controlled intervention to prevent overweight among normal weight, preschool children at high risk of future overweight. [Elektronisk]. *BioMed Central*, 2012, 12:590. Tillgänglig: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/590>> [2013-05-02].

Persson, Madeleine (2009). *Barnfetma – en fråga om vikt. Skolsköterskors upplevelser och erfarenheter av arbetet med överviktiga barn*. [Elektronisk]. Gävle: Högskolan i Gävle. (Självständigt arbete på avancerad nivå 15 hp, 2009 Institutionen för vårdvetenskap och sociologi). Tillgänglig: <<http://hig.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:233218>> [2013-06-13].

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2002). *Fetma – problem och åtgärder. Rapport nr 160*. [Elektronisk]. Stockholm: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/> [2013-03-25].

Sobko, Tanja, Svensson, Viktoria, Ek, Anna, Ekstedt, Mirjam, Karlsson, Håkan, Johansson, Elin, Cao, Yingting, Hagströmer, Maria & Marcus, Claude (2011). A randomised controlled trial for overweight and obese parents to prevent childhood obesity-Early STOPP (STockholm Obesity Prevention Program) [Elektronisk]. *BMC Public Health*, 2011, 11:336. Tillgänglig: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/336>> [2013-05-20].

Socialstyrelsen (2004). Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. [Elektronisk]. Socialstyrelsen. Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10467/2004-130-2_20041302x.pdf> [2013-05-12].

Stenhammar, C, Wells, M, Åhman, A, Wettergren, B, Edlund, B & Sarkadi, A (2011). 'Children are exposed to temptation all the time' - parents' life-style-related discussion in focus groups. [Elektronisk]. *Acta Paediatrica*, 2012, 101, 2. 208-215. Tillgänglig: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2011.02446.x/abstract>> [2013-05-02].

SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) / Vårdutbud / Sjukvård för barn - Obesitascentrum för barn och ungdomar (senast uppdaterad 2013-03-01). Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Tillgänglig: <<http://www.sahlgrenska.se/su/obesitascentrum-barn>> [2013-04-26].

Vaezghasemi, Masoud, Lindkvist, Marie, Ivarsson, Anneli & Eurenus, Eva (2012). Overweight and lifestyle among 13-15 year olds: A cross-sectionel study in northern Sweden. [Elektronisk]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012, 40. 221-228. Tillgänglig: <<http://sjp.sagepub.com/content/40/3/221.full.pdf>> [2013-03-19].

Vetenskapsrådet (u.å). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> [2013-06-10].

WHO (World Health Organization) (2013). The Ottawa Charter for Health Promotion. [Elektronisk]. WHO. Tillgänglig: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. [2013-05-22].

11. Bilaga1

Intervjuguide – Skolsköterskor

1. Kan du beskriva dina arbetsuppgifter och ansvarsområden som skolsköterska?
2. Hur länge har du arbetat som skolsköterska?
3. Hur ser du på barns vikt idag? Ligger de inom vikt kurvorna?
4. Vad räknas som övervikt? Vem har bestämt dessa viktgränser?
5. Kan du se några skillnader i barns vikt från när du började arbeta som skolsköterska fram tills idag?
6. Uppfattar du att övervikt hos barn är ett problem idag?
7. Vad tror du övervikten beror på?
8. Vad kan man göra åt det? (Övervikten)?

9. Hur upptäcker du barn med övervikt? (I skolan)
10. Vad sker när du upptäckt barn med övervikt?
11. Om du har upptäckt att ett barn har en överviktsproblematik och du har bokat in ett samtal med föräldrarna, hur uppfattar du att deras attityder mot övervikten brukar vara?
 - Är de samarbetsvilliga?
12. Finns det någon skillnad i föräldrarnas syn på överviktsproblemet utifrån ett socioekonomiskt perspektiv?
 - Kulturellt perspektiv?

13. Hur kan man arbeta med övervikt hos barn?
14. Finns det några speciella program inriktade mot att hjälpa överviktiga barn?
 - Finns det fler än ett program?
 - På vilket sätt arbetar dessa program för att hjälpa barnen?
15. Upplever du att det finns åtgärder för att komma åt överviktsproblematiken?
 - I såna fall vilka?
 - Upplever du att det saknas insatser för barn med övervikt?
16. I vilken ålder anser du vara bäst för att göra en insats mot barn med övervikt?
17. Hur tror du att barns viktutveckling kommer att se ut i framtiden utifrån dina erfarenheter?
 - Upplever du att det är ett växande problem?

18. Vilka befogenheter har du som skolsköterska?
19. Vilken kompetens anser du att man behöver för att arbeta med övervikt hos barn?
20. Får du kompetensutveckling kring barn med övervikt?
21. Finns det ett nätverk kring övervikt hos barn för skolsköterskor?
22. Tar du del av ny forskning om barn med övervikt?
23. Utifrån allt vi har pratat om, om du fick fria händer med obegränsade resurser att arbeta med överviktiga barn. Hur skulle du arbeta kring övervikt hos barn?
24. Finns det något mer du vill tillägga?