

Utveckling av en vårdkedja för barn och unga med övervikt/fetma genom interprofessionellt samarbete

Pia Råstu-Werner

Examensarbete för Högre (YH)-examen

Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

Åbo 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Pia Råstu-Werner

Utbildning och ort: Social- och hälsovård (Högre YH), Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

Handledare: Heli Vaartio-Rajalin

Titel: Utveckling av en vårdkedja för barn och unga med övervikt/fetma genom interprofessionellt samarbete.

Datum 19.3.2018

Sidantal 66

Bilagor 5

Abstrakt

Syftet med utvecklingsarbetet är att utveckla en vårdkedja för barn och unga med övervikt/fetma tillsammans med primärvården i Hangö, Ingå och Raseborg samt specialistsjukvården HUCS Raseborgs sjukhus. Inriktningen på utvecklingsarbetet är att leda kunskapsutvecklingen av vården.

Personalens synvinkel samt föräldrars och barns synvinkel på vården av barn med övervikt/fetma är central. De uppnås genom två separata litteraturoversikter av aktuella studier som analyserats med innehållsanalys. Resultatet ger en nyanserad beskrivning av dels personalens barriärer och behov i vården och dels föräldrars/barns motiverande faktorer och barriärer i vården. Förslag på hur resultaten kan tas tillvara i utvecklingen av vårdkedjan beskrivs, organiseras och speglas mot aktuell litteratur, gängse vårdrekommendationer, teori om interprofessionellt samarbete och praxis.

Tre övergripande områden sammanfattar grunden för kunskapsutvecklingen i vården: organiserat interprofessionellt samarbete, målinriktad livsstilsvägledning samt koncentration av information och material till vårdkedjan. Information och material som koncentreras till vårdkedjan är ämnat att användas i det dagliga arbetet och riktar sig till både personal samt till föräldrar och barn.

Processen för kunskapsutvecklingen beskrivs. Resultatet av samarbetet med primärvården och specialistsjukvården är en vårdkedja som riktar sig till vårdpersonal och publiceras elektroniskt i Terveysportti, för att finnas lätt tillgänglig i det dagliga arbetet.

Språk: Svenska

Nyckelord: vårdkedja, övervikt, fetma, barn, interprofessionellt samarbete,

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Pia Råstu-Werner

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveydenhuolto (Korkeampi AMK), Turku
Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Terveydenhuollon kehittäminen ja johtaminen

Ohjaaja(t): Heli Vaartio-Rajalin

Nimike: Lasten ja nuorten ylipaino-/lihavuushoitoketjun kehittäminen moniammatillisen yhteistyön kautta.

Päivämäärä 19.3.2018 Sivumäärä 66

Liitteet 5

Tiivistelmä

Tutkinnon tarkoituksena on kehittää hoitoketju ylipainoisille/lihaville lapsille ja nuorille yhteistyössä Hankoon, Inkoon ja Raaseporin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon HUCS Raaseporin sairaalaan kanssa. Tutkinnon suuntaus on hoidon tiedonkehityksen johtaminen.

Henkilökunnan näkökulma ja vanhempien/lasten näkökulma lasten ylipaino-/lihavuushoidosta on keskeinen. Nämä tavoitetaan kahdella erillisellä kirjallisuuskatsauksella, analysoimalla nykyisten tutkimusten materiaalia sisällönanalyysillä. Tuloksena on vivahteikas kuvaus sekä henkilökunnan esteistä ja tarpeista hoidossa, että vanhempien/lasten esteistä ja motivoivista tekijöistä hoidossa. Ehdotuksia siitä miten tulokset hyödynnetään, hoitoketjun kehittäminen kuvataan, järjestetään ja heijastetaan nykyisiin kirjallisuusihin, käypä hoitoon, teoriaa yhteistyöhön ja käytäntöön.

Seuraavat kolme kattavaa aluetta luovat perustan tietopohjan kehittämisessä hoitotyössä: järjestäytynyt moniammatillinen yhteistyö, tavoitteellisen elintapamuutoksen tukeminen sekä tiedon ja materiaalin keskittäminen hoitoketjuun. Hoitoketjuun keskitettyä tietoa ja materiaalia on tarkoitus käyttää päivittäisessä työssä ja nämä ovat suunnatut sekä henkilökunnalle että vanhemmille ja lapsille.

Tiedonkehityksen prosessi kuvataan. Tulos perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä on hoitoalan ammattilaisille suunnattu hoitoketju, joka julkaistaan Terveysportissa jossa tämä on helposti saatavilla päivittäisessä työssä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: hoitoketju, ylipaino, lihavuus, lapset, moniammatillinen yhteistyö

MASTER'S THESIS

Author: Pia Råstu-Werner

Degree Programme: Master's Degree, Turku

Specialization: Development and Leadership in Social- and Health Care Services

Supervisor(s): Heli Vaartio- Rajalin

Title: Development of a Care Chain for Overweight/Obese Children and Adolescents in Interprofessional Collaboration

Date 19.3.2018

Number of pages 66

Appendices 5

Abstract

The purpose of the Master's thesis is to develop a care chain for children and adolescents with overweight/obesity, with Primary care in the municipalities of Hangö, Ingå and Raseborg as well as the Special health care HUCS Raseborgs sjukhus, with a focus on leading the knowledge area of care.

The perspective of the health care workers as well as the perspective of parents/children in the care of children with overweight/obesity is central. Two separate literature reviews of current studies are analyzed by content analysis. The result provides a nuanced description of the health care workers barriers and needs in healthcare, as well as the motivational factors and barriers that parents/children describe in health care. Proposals on how the results can be utilized in the development of the care chain are described, organized and reflected on current literature studies, current care guidelines, theory of interprofessional collaboration and practice.

Three areas form the basis for the development of knowledge in healthcare: organized interprofessional collaboration, targeted lifestyle guidance, and by concentrating information and materials to the care chain. The information and materials that are concentrated in the care chain are aimed for health care professionals, parents and children to be used in the daily work.

The process of knowledge development is described. The result of cooperation is a care chain aimed at healthcare professionals and published in Terveysportti, to be easily accessible in the daily work.

Language: Swedish

Key words: care chain, overweight, obesity, children, interprofessional collaboration

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Definitioner, bakgrund och tidigare forskning.....	2
2.1	Övervikt och fetma hos barn/unga – definition av begrepp	3
2.2	Förekomsten av övervikt/ fetma har ökat bland barn/ unga i Finland	3
2.3	Vårdkedja – definition.....	4
2.4	Interprofessionellt samarbete – ett paraplybegrepp i litteraturen.....	5
2.5	Smidigt interprofessionellt samarbete	6
2.6	Centrala utgångspunkter i vården	7
2.6.1	Familjecentrerad vård.....	7
2.6.2	Tidigt ingripande med motiverande närmelsesätt.....	8
2.6.3	Målinriktad vård	9
3	Behov av en vårdkedja i sjukvårdsområdet	10
4	Syfte, frågeställning och beskrivning av arbetsprocessen	11
5	Litteraturoversikt.....	12
5.1	Vårdpersonalens synvinkel	14
5.1.1	Barriärer som beror på värderingar i samhället.....	16
5.1.2	Barriärer i personalens samarbete och organisering av vården.....	17
5.1.3	Barriärer relaterade till personalens behov av mera kunskap	19
5.1.4	Barriärer relaterat till föräldrar och barn	21
5.2	Föräldrars och barns synvinkel	23
5.2.1	Identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt/ fetma.....	24
5.2.2	Positivt bemötande.....	27
5.2.3	Fördelar med förebyggande interventioner och vård.....	29
5.2.4	Stöd av andra.....	31
5.2.5	Praktiska hinder och lösningar i vardagen	32
6	Resultaten sammanfattas och organiseras	35
6.1	Organiserat interprofessionellt samarbete	37
6.1.1	Gemensamma mål och riktlinjer.....	37
6.1.2	Ansvars- och rollfördelning samt utnyttjande av interprofessionell expertis	37
6.1.3	Kontinuitet, smidiga överföringar, dokumentation och kommunikation	38
6.2	Målinriktad livsstilsvägledning.....	39
6.2.1	Identifiering av hälsohinder och hälsoresurser.....	39
6.2.2	Målformulering, uppföljning och feedback.....	41
6.2.3	Positivt bemötande och motiverande närmelsesätt	42

6.2.4	Involvering av familjeresurser, närsläkt och vänner	43
6.2.5	Evidensbaserad kunskap	44
6.3	Information och material för personal/ barn/ föräldrar	45
7	Utveckling av vårdkedja i praktiken	46
7.1	Vårdkedjemöten i förhållande till arbetets teoridel	47
7.2	Processen mot organiserat interprofessionellt samarbete	49
7.2.1	Gemensamma mål och riktlinjer.....	49
7.2.2	Processen mot ansvars- och rollfördelning samt utnyttjande av expertis..	50
7.2.3	Processen mot kontinuitet, smidiga överföringar, dokumentation och kommunikation.....	53
7.3	Processen mot målinriktad livsstilsvägledning, koncentrera information och material till personal, barn och föräldrar	55
7.4	Behov som inte kan uppnås i vårdkedjan.....	58
7.5	Interprofessionellt samarbete - spegling mot teorin.....	58
8	Etiska ställningstaganden och kritisk granskning	60
8.1	I förhållande till arbetets teoridel	60
8.2	I förhållande till vårdkedjemöten och kunskapsutveckling	62
9	Diskussion	63
	Källförteckning.....	67
	Finlands författningssamling	70
	Figurförteckning.....	70
	Tabellförteckning.....	70
	Bilaga 1. Litteratursökning, vårdpersonalens synvinkel.	71
	Bilaga 2. Artikelöversikt, vårdpersonalens synvinkel.....	72
	Bilaga 3. Litteratursökning, barns- och föräldrars synvinkel.	74
	Bilaga 4. Artikelöversikt, barns- och föräldrars synvinkel.....	75
	Bilaga 5. Vårdkedja för barn och ungdomar med övervikt och fetma.....	77

1 Inledning

Övervikt och fetma bland barn och unga har under de senaste årtiondena ökat till ett betydande hälsoproblem i Finland (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 241; Kaikkonen et al. 2012, 11, 67; Mäki et al. 2017, 209; Vuorela, Hakanen & Saha 2015, 64). Förebyggande och vård av fetma hos barn och ungdomar är viktigt eftersom fetma vanligen fortsätter i vuxenålder och inverkar negativt på fysisk-, psykisk- och social hälsa. Barn med fetma har sämre livskvalité. Anlagen för sjukdomar som beror på fetma byggs upp redan under barndomen. (Duodecim 2013, 2; Vuorela & Salo 2016, 1-3)

Övervikt och fetma kan förebyggas och vårdas med målinriktad vård, genom att göra förändringar mot hälsosammare levnadsvanor. Man siktar på att ingripa i tidigt skede och att förebygga fetma. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2420; Duodecim 2013, 2) Barnrådgivning och skolhälsovård är i nyckelposition genom att ta till tals i tidigt skede. Förändring mot hälsosammare vanor bör ske genom små steg, enligt familjens enskilda behov och resurser (Dalla Valle 2013, 2413). Lyckade livsstilsförändringar påverkar barnets psykosociala hälsa, självkänsla, minskar risken att bli retad, främjar livskvalitén och förbättrar framtidsutsikten (Väisänen, Kääriäinen, Kaakinen & Kyngäs 2013, 151).

Vårdpersonal av olika yrkeskategorier som arbetar med barn/unga med övervikt/fetma beskriver utmaningar i vården. Det ges kritik att vården är fragmenterad, det finns brister i interprofessionella samarbetet (d.v.s. samarbetet mellan olika yrkesgrupper och utnyttjande av kompetens), hur vården är organiserad (Schalkwijk, Nijpels, Bot & Elders 2016, 7-8) och brist på långtidsinterventioner (Isma, Bramhagen, Ahlström, Östman & Dykes 2013, 4; Schalkwijk et al. 2016, 8). I litteratur relaterat till samarbete mellan vårdpersonal, beskrivs att personalen inte nödvändigtvis har de kunskaper som behövs för att effektivt samarbeta och utnyttja de olika resurser som finns (WHO 2010, 7, 36; Isoherranen 2013, 11).

Det räcker inte med att publicera strategier för vård utan det krävs vidare åtgärder för att implementera strategier (Schalkwijk et al. 2016, 9). Detta klargörs i en holländsk studie riktad till olika personalgrupper (n=222) barnläkare, allmänläkare, hälsovårdare, dietister, psykologer, fysioterapeuter och vårdkoordinatorer. Resultaten visade att endast 45 % av personalen var medveten om att det existerade en standard för vården av barn med övervikt/fetma. Endast 35 % av personalen visste vad den innehöll, även om denna klientgrupp hörde till deras arbetsområde. Personalen i studien önskade en översikt av vad

vården skall innefatta, uppgiftsfördelning och 56 % av all personal beskrev att de hade otillräcklig kunskap för att effektivt kunna vårda barn med övervikt och fetma. (Schalkwijk et al. 2016, 7)

För att förbättra vården av barn/unga med övervikt/fetma rekommenderas att förändra vården. Ett steg i denna riktning är att bland personalen öka medvetandet om vilka barriärer barn och föräldrar upplever i vården. (Schalkwijk et al. 2016, 9) Tjänster som utvecklas i vården bör bygga på familjers behov. Vårdarens tillgänglighet, inställning och flexibilitet har betydelse hur vården framskrider. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 21-22)

Välorganiserat interprofessionellt samarbete förhindrar frustration som beror på upprepningar för familjen, konflikt i information eller att dubbla anvisningar uppstår. I en lokal vårdkedja beskrivs hur vården organiseras i varje vårdsteg och i det interprofessionella samarbetet, också mellan primärvården och specialistsjukvården. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419) En klart beskriven vårdkedja är ett effektivt hjälpmedel för vårdpersonalen.

Utvecklingsarbetet inom utbildningen social- och hälsovård (högre YH) med inriktning på utveckling och ledarskap, utgår från arbetslivets behov och innefattar utvecklande av en vårdkedja för barn/ungdomar med övervikt/fetma. Det är fråga om ett samarbete som görs tillsammans med primärvården och specialistsjukvården vid HUCS Raseborgs sjukhus, Hangö, Ingå och Raseborg. Inriktningen på utvecklingsarbetet är att leda kunskapsutvecklingen i vården.

2 Definitioner, bakgrund och tidigare forskning

I det här kapitlet beskrivs och definieras begrepp som används i utvecklingsarbetet. Skillnaden mellan övervikt och fetma hos barn/unga, definition av vårdkedja och diskussion utifrån litteratur relaterat till interprofessionellt samarbete, vad som är väsentligt för fungerade interprofessionellt samarbete definieras. Bakgrundsinformation och tidigare forskning som berör vården av barn/unga med övervikt/fetma bidrar till att fördjupa kunskapen i ämnet och beskriva läget i Finland.

2.1 Övervikt och fetma hos barn/unga – definition av begrepp

Båda begreppen övervikt och fetma används i arbetet. Definitionen på begreppen skiljer sig och har betydelse för barns hälsa, vården och vårdnivån. Hos barn följs tillväxten regelbundet upp på barnrådgivning, inom skolhälsovården och alltid i samband med läkarbesök inom specialsjukvården. Förhållandet mellan längd och vikt sätts i relation till varandra (relativa längd-vikt förhållandet som mäts i %) samt kroppssammansättningen (iso-BMI som anges i kg/m^2) hos barn som ännu växer på längden. Definition på övervikt och fetma varierar beroende på ålder. Övervikt definieras från 2 - 18 år enligt ISO-BMI mellan 25 -30 kg/m^2 och fetma över 30 kg/m^2 . Som regel används relativa längd-vikt förhållandet i Finländska tillväxtkurvor. Övervikt definieras för under 7-åringar mellan +10 till +20 % och övergår till fetma över +20 %. Från 7 år och uppåt är +20 % till +40 % övervikt och övergår till fetma över 40 %.

Fetma innebär att en för stor mängd fettvävnad ansamlats i kroppen, vilket leder till sämre hälsa och sjukdomar på sikt (Duodecim 2013, 2-3). Grovt sett kan beskrivas att övervikt och fetma i praktiken förebyggs och vårdas inom primärvården vid rådgivning och skolhälsovård, medan snabb viktökning och svår fetma samt fetmarelaterade sjukdomar, utredning samt uteslutande av andra sjukdomar vårdas inom specialsjukvården, i samarbete med primärvården.

2.2 Förekomsten av övervikt/ fetma har ökat bland barn/ unga i Finland

Fetma hos barn och ungdomar har blivit allmännare och försvårats de senaste årtiondena (Duodecim 2013, 2; Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2420). Mer än vart femte barn (Kaikkonen et al. 2012, 11) och t.o.m. vart fjärde skolbarn har övervikt eller fetma (Mäki et al. 2017, 20; Vuorela, Hakanen & Saha 2015, 64). Av barn i lekåldern är vart tionde överviktigt. I tonåren ökar övervikten tydligt (Mäki, Sippola, Kaikkonen, Pietiläinen & Laatikainen 2012, 773). Barndomsfetma och övervikt håller i sig och fortsätter vanligen i vuxenålder, det har samband med sjuklighet och fetmarelaterade sjukdomar. (Kaikkonen et al. 2012, 67; Vuorela et al. 2015, 64) Snabbt ökande vikt eller stadigt ökande vikt hos barn/unga har ofta samband med förändringar i livsstilen som föräldrars skilsmässa, flytt, avslutad hobby, ensamhet under eftermiddagen/efter skolan eller köp av godsaker tillsammans med kompisar (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2413).

Helhetskostnaderna för fetma och sjukdomar till följd av fetma bland hela Finlands befolkning är stora, de uppskattades år 2011 till 330 miljoner euro. Kostnaderna innefattar bl.a. dagar för sjukhusvistelse, läkemedel och arbetsoförmögenhet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2015)

THL:s nationella program för övervikt/fetma *Lihavuus laskuun* 2016 – 2018, är en handlingsplan för att minska fetma i Finlands hela befolkning. I handlingsplanen betonas behovet av att definiera lokala vårdprogram och vårdkedjor i vården av fetma. Det interprofessionella samarbetet behöver effektivieras genom att brett utveckla vårdmodeller och tjänster som täcker vårdbehovet, samt för att följa upp förändringar av levnadsvanor och vårdresultat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2016)

Ett lyckat projekt i Finland är Seinäjoki stads program *Lihavuus laskuun* 2013 - 2020. Programmet baserar sig på THL:s program och rekommendationer gällande mat och motion. Programmet har anammats i dagis, skolor, hälsovård, sjukvård, i politiska beslut, fritidsintressen, kultursidan som bibliotek samt tredjesektorn som Martha och andra föreningar. På några år 2009 – 2015 har 5-åriga barns övervikt och fetma minskat från 17 % till 10,1 %. Förstaklassisternas övervikt/fetma har minskat från 14 % till 8,7 % och femteklassisternas från 16,1 % till 8,2 % mellan år 2011 till 2015. D.v.s. fetma/övervikt hos första och femteklassisterna har i stort sett halverats på fyra år. (Seinäjoen kaupunki u.å., 8) Det lyckade resultatet beror på att projektet har tagits med i politiska beslut och alla instanser där barnen vistas. I förhållande till detta är utvecklandet av en vårdkedja en liten begränsad del, men en början i kampen att påverka för att nå resultat och stoppa den negativa trenden.

2.3 Vårdkedja – definition

Med vårdkedja menas kliniskt godkänt praktiskt förfarande som är utformat till praktiska riktlinjer att följa i vården. I en vårdkedja beskrivs primärvårdens, specialistsjukvårdens och v.b. andra delaktiga organisationers roller. (Ketola et al. 2006, 7) I en lokal vårdkedja styrs vården så att det blir en meningsfull helhet genom att interprofessionella samarbetet och vården på olika nivåer organiseras (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2413). Genom att personalens olika roller i barnets/ familjens vårdhelhet beskrivs, blir vården smidig, risken för dubbelarbete för personalen minskar och även frustrationen för familjen minskar (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419). En vårdkedja ska baseras på gängse vårdrekommendationer (Duodecim 2013) samt evidensbaserad vård (Ketola et al. 2006, 8).

2.4 Interprofessionellt samarbete – ett paraplybegrepp i litteraturen

Förutsättningen för att en vårdkedja ska fungera är smidigt samarbete mellan olika yrkeskategorier i vården. Samarbetet benämns interprofessionellt samarbete. Interprofessionellt samarbete beskrivs i litteratur med olika synonyma begrepp (Isoherranen 2013, 19-20; Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein 2010, 10; Zwarenstein et al. 2009, 3). I svenskan används begrepp som interprofessionell, multiprofessionell, mångprofessionell, samarbete, kommunikation, interaktion, teamarbete och multidisciplinärt samarbete. I finskan moniammatillinen, yhteistyö, interaktio, tiimityö, kommunikaatio, viestintä etc. I engelskan används interprofessional, collaboration, coordination, kommunikation, teamwork, multiprofessional, multidisciplinary, interaction etc. Kombinationerna är många. Begreppen kan vara klart definierade och alla har lite olika betydelse, ibland beskrivs skillnaden mellan begrepp, men ofta används odefinierade samlingsbegrepp som syftar till en viss typ av samarbete mellan personal i en specifik kontext.

Begreppsförvirringen, användningen av synonyma och olika begrepp försvårar litteraturstudier och forskning där målet är att ta fram modeller, hitta samband, kunna utvärdera och jämföra interprofessionellt samarbete för att förbättra och nå bättre resultat. Olika studier riktas till olika vårdområden och team som undersöker hur hälsovård och sjukvård är organiserad och levereras. Utifrån detta är det komplicerat att dra allmänna slutledningar. (Reeves et al. 2010, 10; Zwarenstein et al. 2009, 2,3,9) Vårdkontexterna har alla sina specifika egenskaper som påverkar det interprofessionella samarbetet.

Resultatet av det interprofessionella samarbetet måste alltså ses i förhållande till den kontext, arbetsgrupp och vårdförhållande där studien utförs. Man vet att det interprofessionella samarbetet kan förbättras genom utbildning, men att hitta gemensamma nyckelelement gällande vilka åtgärder som är effektiva är inte enkelt att bevisa, eftersom det inte finns tillräckligt studier, kan man inte urskilja vad som är beroende på kontext (Goldman, Freeth & Zwarenstein 2013, 1; Isoherranen 2013, 1,23).

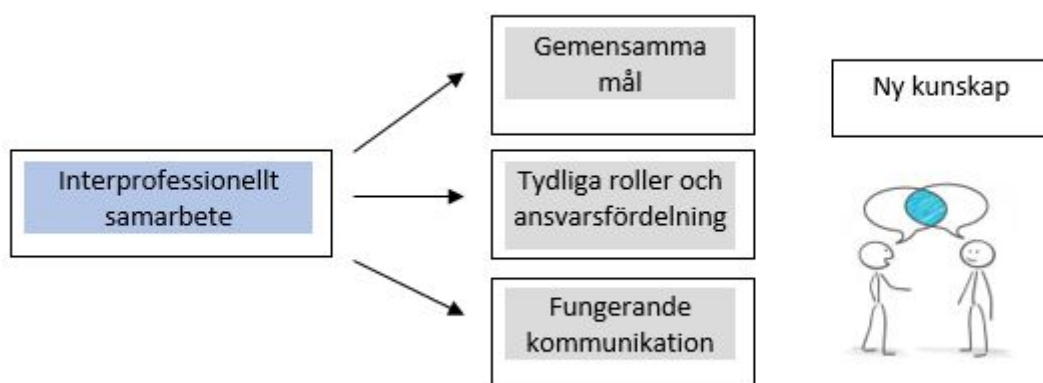
Vid litteratursökning i syfte att beskriva interprofessionellt samarbete i förhållande till barn med övervikt eller vårdkedjor är det just detta fenomen som märks. Det finns en rik variation av olika begrepp. De flesta studier gällande barn med övervikt/fetma är en utvärdering av olika program och åtgärder som syftar till att utvärdera hur just det programmet fungerar eller olika personalgruppers åsikter i förhållande till det aktuella programmet.

2.5 Smidigt interprofessionellt samarbete

I litteraturen stiger det fram tre huvudpunkter som påverkar det interprofessionella samarbetet (Figur 1). Dessa är, att personalen har gemensamma mål att sträva mot, att det finns tydliga roller och ansvarsfördelning av arbetet, samt att det finns fungerande kommunikation mellan personalen. Målet är att tillsammans utveckla ny gemensam kunskap genom att ta vara på varandras olika kunskapsområden.

Att tillsammans utveckla gemensam kunskap, gemensamma mål och fungerande kommunikation i det interprofessionella teamet är beroende av varandra (Isoherranen 2013, 128). Riktningen behöver vara gemensam för att effektivt kunna utnyttja alla de olika resurserna som finns inom personalen. Reeves et al. (2010, 4) beskriver också att interprofessionellt samarbete bygger på ett delat engagemang mellan individer som baseras på gemensamma mål, tydliga roller och ansvarsområden samt integration av arbetsuppgifterna.

Interprofessionellt samarbete innebär att olika (yrkes) kunskaper är koordinerade för olika arbetsuppgifter med ett gemensamt mål, det innefattar överenskommelse och kommunikation. Det är skapande och samverkan mellan individer som är det väsentliga. Det är i denna samverkan som det produceras ny gemensam kunskap. (WHO 2010, 36)



Figur 1. Interprofessionellt samarbete bygger på gemensamma mål, tydliga roller och ansvarsfördelning samt fungerande kommunikation.

Det primära målet vid interprofessionellt samarbete är effektiv och klientorienterad vård (Reeves et al. 2010, 4, 45) d.v.s. familjecentrerad vård eftersom detta arbete gäller vården av barn/ungdomar. I nästa kapitel behandlas vad som är viktigt i vården av barn/unga med övervikt/fetma och som utgör grunden i det interprofessionella samarbetet.

2.6 Centrala utgångspunkter i vården

Utgångspunkter, som är avgörande för att vården av barn/ungdomar med övervikt/fetma skall vara framgångsrik, beskrivs. De centrala utgångspunkterna är familjecentrerad vård, tidigt ingripande med motiverande närmelesätt och målinriktad vård. Dessa punkter kan ses som ett förhållningssätt i vården, utvecklingen av vårdkedjan och återkommer genom hela utvecklingsarbetet. De sätter även grunden till personalens målsättning i vårdkedjan.

2.6.1 Familjecentrerad vård

Familjecentrerad vård är ett av de avgörande momenten i vården för att stöda barn med övervikt/fetma och hela familjen. Man strävar mot att hela familjen deltar i förändringar mot hälsosammare levnadsvanor. Växelverkan och diskussion med familjen och mellan familjemedlemmar byggs upp och stöds. Det är viktigt att klargöra vilka bekymmer som vården väcker hos familjen och barnet samt vilka önskemål familjen har. Familjens resurser kartläggs och familjens livssituation tas i beaktande av vården. (Duodecim 2013, 10)

Grundtanken med tjänster som är klientorienterade är att klienten är aktiv och jämställd med personalen. Åsikter hörs och man tar dem i beaktande under hela vårdförhållandet. Det här tankesättet är delvis nytt inom vården, men behöver vara ett mål när tjänster planeras. (Virtanen et al. 2011, 20)

I en familj känner man bäst till vad som fungerar för familjemedlemmarna. Åsikter och önsknings tas med som en resurs och styrka för att hitta lämpliga lösningar samt att bygga upp tjänster enligt. Genom att spegla önsknings mot utbudet av tjänster kan de förbättras och utvecklas för att motsvara det verkliga behovet. Detta beskrivs som utmanande för personal inom social- och hälsovården, det krävs målmedvetenhet och kunskap i hur familj/barn bemöts för att förmedla ett ärligt intresse. Vårdarens tillgänglighet, inställning och flexibilitet i arbetet har betydelse för hur vården fortsätter. (Virtanen et al. 2011, 21 - 22)

Det är avgörande att medvetandegöra familj och barn om tjänster, ge information om rättigheter och skyldigheter, vilken roll och vilka möjligheter som familjemedlemmar själva har att delta och påverka (Virtanen et al. 2011, 23).

2.6.2 Tidigt ingripande med motiverande närmelsesätt

Tendens hos barn och unga att utveckla fetma förebyggs och vårdas i tidigt skede eftersom det är lättare att hjälpa innan problemen är mångfacetterade. (Dalla Valle 2016, 2413; Duodecim 2013, 2)

Tidigt ingripande är centralt och stöds av Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010. Att tidigt identifiera och stöda barn och familjers behov beskrivs på alla nivåer i vården; rådgivningsbyråttjänster (15§), skolhälsovården (16§) och i sjukvården (24§).

Eftersom finländska barn regelbundet deltar i hälsokontroller och träffar hälsovårdare på barnrådgivning och skolhälsovård är förutsättningen att få stöd i tidigt skede goda. Det är väsentligt att även sjukvården tidigt tar tag i situationen ifall situationen uppdagas där och leder familjen till rätt vårdställe beroende på vilken vårdnivå som behövs.

Det kan vara svårt för föräldrar att känna igen övervikt/fetma hos sitt barn. I en finsk tvärsnittsstudie undersöktes om föräldrar identifierar övervikt/fetma hos sitt barn i samband med en hälsoundersökning. Föräldrar till 5-åriga barn med övervikt/fetma hade svårt att identifiera detta, 73 % av pojkarna och 94 % av flickorna missbedömdes av sina föräldrar till normalviktiga. I åldersklassen 11 till 12 underskattades 46 % av pojkarna och 56 % av flickorna till normalviktiga av sina föräldrar. De kom också fram att föräldrarna inte var oroade gällande barnens viktstatus och endast 30 % av föräldrar till barn med övervikt och 40 % av föräldrar till barn med fetma såg ett behov att göra något åt situationen. Vårdpersonalens kunskap behövs för att hjälpa föräldrarna bygga upp en realistisk uppfattning av deras barns situation. Först efter detta kan livsstilsförändringar lyckas. (Vuorela et al. 2010, 1378)

Vårdpersonalens uppgift är att väcka motivation och vilja hos familjen som kan leda till förändringar. Det rekommenderas att ett samarbete som baseras på positivt stödande byggs upp genom växelverkan med familjen. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2417; Duodecim 2013, 2,10) Väsentligt är att beakta föräldrars/barns självbestämmanderätt och familjens egen aktivitet och resurser (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2417).

Motiverande samtal utgår från de resurser som kommer fram och riktas mot att hitta lösningar och stöda växelverkan till familj och barn. För att familj/barn ska bli motiverade innebär det att de tar till sig betydelsen av att göra förändringar mot hälsosammare levnadsvanor, ser det som nödvändigt och möjligt att genomföra. Resultatet blir bäst om hela familjen är motiverad i vården. Brist på motivation ska ses som en utmaning där motivation väcks genom diskussion. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419)

2.6.3 Målinriktad vård

Övervikt/fetma förebyggs och behandlas genom att involvera familj och barn till att förändra levnadsvanor. (Dalla Valle 2016, 2413; Duodecim 2013, 2) De teman som används vid diskussion för att förändra levnadsvanor mot hälsosammare är matvanor, aktivitet, skärmtid och sömn/vila. Man siktar mot att öka matens kvalitet, öka aktivitet/motion, minska skärmtid och hålla måttligt energiintag. (Duodecim 2013, 10-11)

Vården är inte viktcentrerad. Tillsammans med familjen bestäms mål för en kortare tid och långtidsmål, mot hälsosammare levnadsvanor. Målen anpassas enligt familjens färdigheter, barnets ålder, grad av fetma och genom att beakta de resurser och behov som finns i familjen (Duodecim 2013, 10-11). Vården skall framskrida i små steg, men målmedvetet. Uthållighet och stöd behövs för att uppnå bestående förändringar. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419)

Vården är framgångsrik när den väcker motivation, framskrider i små steg, innehåller både närings- och motionshandledning, är tillräckligt långvarig och beaktar barnet, ungdomen och familjen som helhet. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2413)

Relevant är att precisera konkreta förändringsmål, lära familjemedlemmar att uppmärksamma sitt eget beteende och stöda familjen till att göra förändringar i hemmet och sin omgivning som underlättar för de planerade förändringarna. Respons ges till familjen på de positiva förändringar som gjorts och föräldrar uppmanas att ge stödande respons till sina barn. (Duodecim 2013, 9,11) Kontinuitet i vården upprätthålls genom att följa upp delmål och mål samt genom smidiga lösningar för överföring av vård mellan primärvård och specialsjukvård.

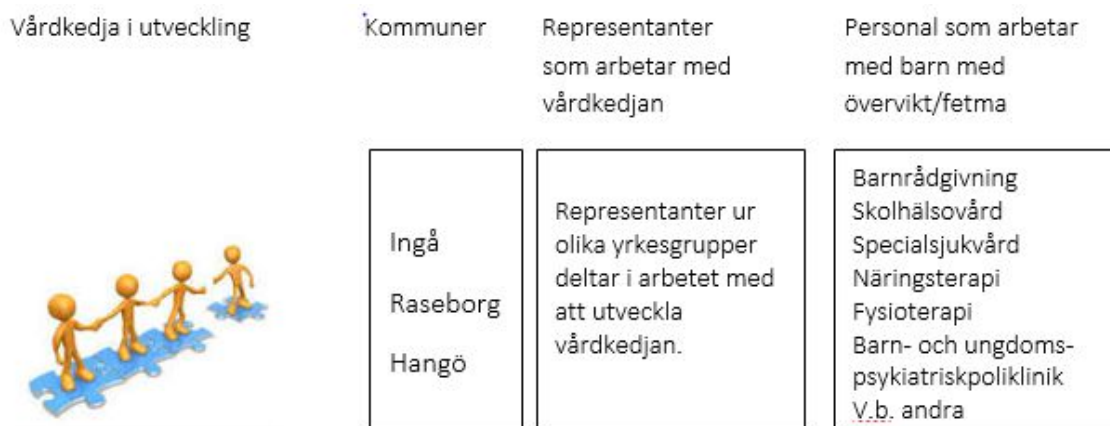
3 Behov av en vårdkedja i sjukvårdsområdet

Utvecklingsarbetet inom utbildningen för social- och hälsovård (högre YH) med inriktning på utveckling och ledarskap är ett beställningsarbete av HUCS Raseborgs sjukhus. Förberedande möte med överskötare och utvecklingschef vid HUCS Raseborgs sjukhus samt ledande hälsovårdare/vårdenhetschef inom hälsovård i kommunerna Hangö, Ingå och Raseborg hölls i november 2016. Det konstaterades att en vårdkedja behövs, men det är viktigt att den är realistisk och att man förbinder sig till att använda vårdkedjan.

Vårdkedjan avgränsas till barn och ungdomar 0–16 år. Åldersavgränsningen baserar sig på att barnpoliklinikens övre åldersgräns är 16 år och inom skolhälsovården innebär det upp till grundskolans slut. I fortsättningen av arbetet kommer barn/ungdomar att benämnas enbart barn. Ungdomar används om det enbart är den åldergruppen som avses.

I detta skede finns det inte en enhetlig linje inom kommunerna som beskriver hur vården av barn med övervikt/fetma är uppbyggd, vårdinnehåll, vad som tas upp på vilken nivå, var uppföljning sker och hur expertis inom olika områden används etc. Detta påverkar vårdkvalitén, tillgänglighet, kostnader för familjer och kommuner samt att resurser som personalen använder kunde koordineras bättre. I Finland finns flera beskrivna vårdkedjor för barn med övervikt/fetma. Eftersom resurser och utbud av tjänster är uppbyggt på olika sätt i olika sjukvårdsområden är det viktigt att vårdkedjan beskriver lokala lösningar.

Utveckling av en vårdkedja bygger på interprofessionellt samarbete och omfattar hela sjukvårdsområdet. Vårdkedjan bör planeras och genomförs gemensamt, eftersom praktiken skiljer sig för olika sjukvårdsområden p.g.a. olika resurser. (Ketola et al. 2006, 8) Representanter ur olika yrkesgrupper utses internt inom primärvården och specialistsjukvården. Utveckling av vårdkedja sker i interprofessionellt samarbete med yrkesgrupper som representerar sina kommuner eller ansvarsområde (Figur 2).



Figur 2. Tre kommuner med representanter är involverade i utveckling av vårdkedjan.

4 Syfte, frågeställning och beskrivning av arbetsprocessen

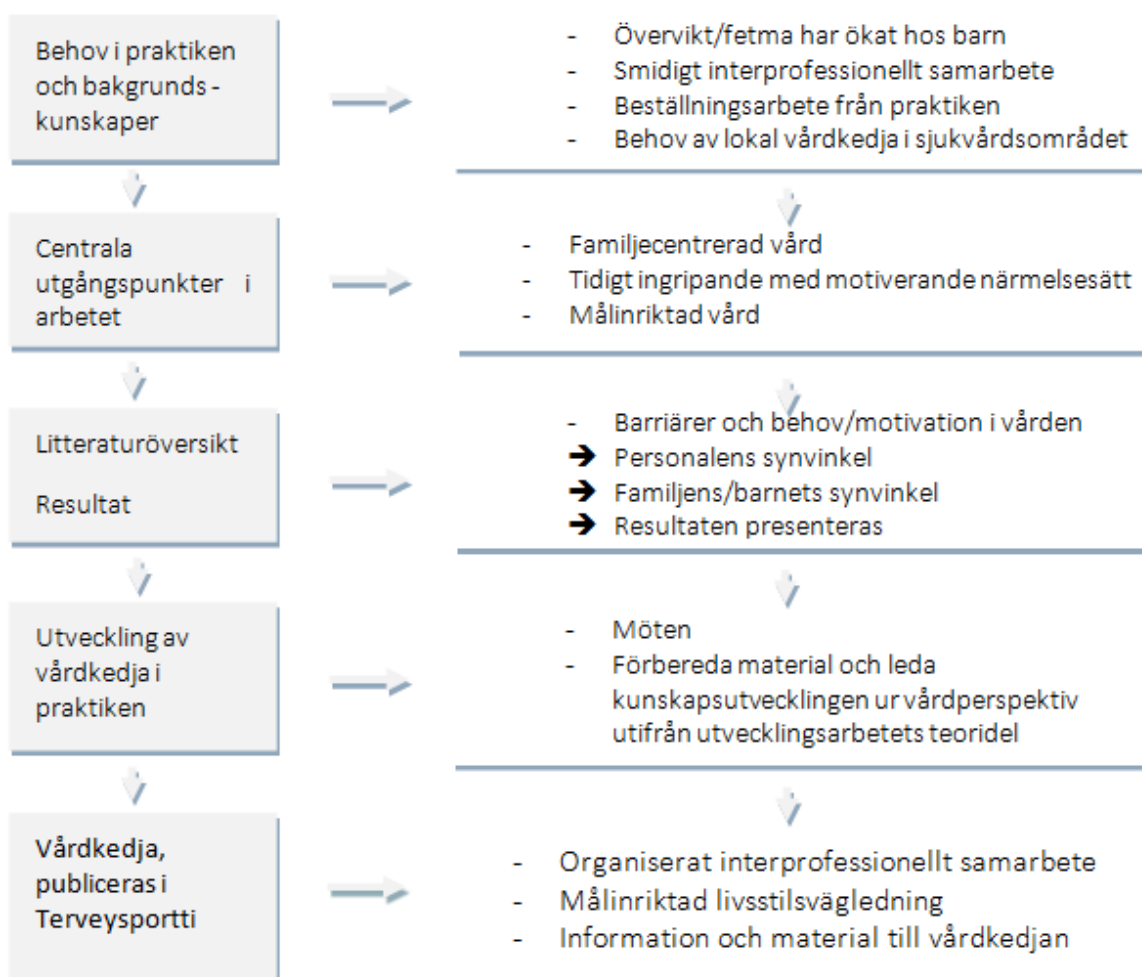
Syftet med utvecklingsarbetet är att tillsammans med personal från primärvården och specialsjukvården (HUCS Raseborgs sjukhus, Hangö, Ingå och Raseborg) utveckla en vårdkedja för vården av barn med övervikt/fetma. Inriktningen på utvecklingsarbetet är att leda kunskapsutvecklingen av vården. Vårdkedjan publiceras i Terveysportti.

Frågeställningen i arbetet är:

- Hur kan gängse vårdrekommendationer angående barn med övervikt och fetma förverkligas i praktiken?
- Hur förverkligas vården av barn med övervikt och fetma i praktiken?
- Hur kan teorin om interprofessionellt samarbete bidra till att utveckla vårdkedjan?
- Vilka är förutsättningarna att utveckla en vårdkedja enligt familjers/barns och personalens behov?

Svar på frågeställningen besvaras under utvecklingsarbetets gång. Första delen av utvecklingsarbetet är teoretisk litteraturbaserad. Bakgrundskunskapen som redan har beskrivits tar upp behov i praktiken/teorin, definitioner och centrala utgångspunkter i vården klargörs. Teoridelen innefattar även litteraturöversikt och en resultatdel som tillsammans med bakgrundskunskapen utgör grunden för kunskapsutvecklingen i vårdkedjan. Den praktiska delen innefattar själva utvecklingen av vårdkedjan tillsammans

med primärvården och specialsjukvården, det innefattar planering och förberedande av material till möten, för att leda kunskapsutvecklingen i arbetet vidare. Processen för utvecklingsarbetet beskrivs i Figur 3.



Figur 3. Processen för utvecklingsarbetet.

5 Litteraturoversikt

I detta skede av utvecklingsarbetet görs två separata litteraturoversikter. Ena riktar sig till att ta reda på personalens synvinkel på vården av barn med övervikt/fetma. Den andra riktar till att ta reda på barns och deras föräldrars synvinkel på vården. Det är väsentligt att fördjupa sig i båda riktningarna för att ta till vara kunskapen inför utveckling av vårdkedjan.

Eftersom litteraturöversikterna är separata beskrivs datainsamling och vilka val som gjorts i samband med respektive litteraturöversikt. Analysmetoden däremot är samma i båda litteraturöversikterna, och beskrivs i detta skede. Materialet bearbetas separat men enligt samma metod d.v.s. kvalitativ innehållsanalys.

Målet med innehållsanalys är att uppnå en komprimerad och bred beskrivning av ett fenomen genom att sammanställa material i olika kategorier (Elo & Kyngäs 2007, 108). Kategorierna delas in i huvudkategorier, mellankategorier och underkategorier. Huvudkategorierna är övergripande beskrivningar/begrepp som sammanfattar vilka olika områden som omfattar ett fenomen. Idén är att få en överblick av ett fenomen. I mellankategorierna sammanlänkas en beskrivning av underkategorierna som bidrar med detaljerad beskrivning och förklaring.

Resultatet presenteras som flytande text. **Huvudkategorier** är rubriker till stycken, de skrivs med bred stil. I stycken beskrivs innehåll som är indelat i mellan- och underkategorier. **Mellankategorier** skrivs med bred och kursivstil och ytterligare kategorierna under dem d.v.s. *underkategorierna* skrivs med kursivstil. Genom hela utvecklingsarbetet presenteras kategorierna i samma stil och kan lätt urskiljas.

I den ena litteraturöversikten sammanfattar huvudkategorierna en beskrivning av vilka barriärer och behov som personalen beskriver. I den andra litteraturöversikten sammanfattar huvudkategorierna en beskrivning av föräldrars och barns (med övervikt/fetma) upplevelse av barriärer och motiverande faktorer i vården av övervikt/fetma.

Eftersom ämnena är lite undersökta och det finns få studier kommer tillvägagångssättet att vara induktivt, för att i detta skede inte styras eller riskera att material uteblir. Induktivt närmelsesätt innebär att kategorierna bildas från data (Elo & Kyngäs 2007, 109). Induktivt tillvägagångssätt innehåller tre faser; beredning, organisering och redogörelse av analys och resultat. Under beredningen bestäms vad som ska undersökas. (Elo & Kyngäs 2007, 109) D.v.s. barriärer och behov som personalen beskriver och barriärer och motiverande faktorer som barn/ föräldrar beskriver.

Organiseringsfasen innebär att materialet kodas, kategoriseras, ordnas och separeras. Studierna läses igenom så att en god uppfattning av innehållet kan bildas. Materialet behandlas med öppen kodning som innebär att anteckningar, kategorier och rubriker skrivs in medan texten lästes. Materialet läses igenom igen och alla rubriker skrivs ner. (Elo & Kyngäs 2007, 109 - 110)

Resultatet av analysen är själva beskrivningen av innehållet i kategorierna (Elo & Kyngäs 2007, 112). På detta sätt kommer en bredare och nyanserad bild av vilka barriärer och behov personalen beskriver och vilka barriärer och motiverande faktorer som barn/föräldrar beskriver.



Figur 4. Innehållsanalysens tre faser samt förslag på hur resultaten kan beaktas i vårdkedjan.

I samband med att resultatet av innehållsanalyserna presenteras följer efter varje stycke en tabell. Syftet med tabellen är att åskådliggöra hur resultaten kan beaktas i vårdkedjan. I tabellen beskrivs huvud- och mellankategorierna, bredvid beskrivs förslag på hur resultaten kan beaktas i vårdkedjan. Förslagen har utvecklats genom att skribenten återspeglar kategorier, mellankategorier och underkategorier mot utvecklingsarbetets teoridel. De centrala utgångspunkterna i vården (tidigt ingripande med motiverande närmelesätt, familjecentrerad vård och målinriktad vård) är förutsättningen för god vård och återspeglas i alla tabeller, därefter beskrivs punktvis förslag till hur behoven och de motiverande faktorerna beaktas och hur barriärer kan övervinnas i vårdkedjan.

5.1 Vårdpersonalens synvinkel

Inför utvecklingen av vårdkedjan är det värdefullt att få insikt om barriärer och behov som olika personalkategorier i vården av barn med övervikt/fetma beskriver. För att framgångsrikt kunna implementera vårdrekommendationer angående vården av barn med övervikt/fetma, bör man undersöka personalens uppfattning och barriärer (Schalkwijk et al. 2016, 8).

I litteraturen fanns få studier som undersökte vårdpersonalens synvinkel av förebyggande arbete och vård av barn med övervikt/fetma. I databaserna MEDIC, Swemed+, EBSCO, Cinahl, Pubmed och Cohrane utfördes litteratursökning. På svenska var sökorden fetma*

AND barn* och på finska lihavuus* AND lapsi* samt obes* AND child*, ytterligare avgränsning behövdes inte i p.g.a. hanterligt lite material i Swemed+ och MEDIC. De engelska sökorden var obes* AND child* AND health care professional* samt i Cinahl prövades dessutom obes* AND child* AND professional* p.g.a. litet resultat. Trunkering användes. Avgränsningen av studier var mellan 2011 och framåt till 2017 (mars), peer reviewed användes i de databaser det var möjligt och hela artiklar skulle finnas tillgängliga. Språkavgränsningar var svenska, finska, engelska och studierna skulle finnas tillgängliga från Yrkes högskolan Novias databaser. Översikt av litteratursökningen finns som Bilaga 1. Sökningen dubbelkontrollerades för att minska risken för misstag. Resultatet av valda artiklar blev samma. Studiernas kvalitet kontrollerades enligt kvalitetskontroll av kvalitativa studier (Greenhalgh 2012, 304). Studiernas rubriker, vid behov abstrakt, metoder, analys och ytterligare innehåll av studierna lästes igenom enligt behov, för att kunna avgöra relevansen för detta arbete. Översikt på studierna (Bilaga 2.) beskriver författare, årtal, land, syfte med undersökningen, sampel, undersökningsmetod och huvudsakligt resultat i förhållande till barriärer och behov i vården.

Endast fyra artiklar och en delstudie i en finsk avhandling lämpade sig enligt invalskriterierna och beskrev olika personalgruppers synvinkel av förebyggande vård och vård till barn med övervikt/fetma. Samtliga studier var kvalitativa, en delvis kvantitativ. I litteraturöversikten användes studiens kvalitativa andel, eftersom syftet var att nå en bred beskrivning av fenomenet. Studiens kvantitativa andel bidrog till utvecklingsarbetets bakgrundsstudier och som underlag för diskussion. Kriterierna för att studierna valts var att de handlade om hälso- eller sjukvårdspersonals synvinkel av vården och att de arbetade med förebyggande och vård av barn med övervikt/fetma. Åldersavgränsning för barn med övervikt/fetma som personalen arbetade med var 0 – 16 år.

Studier som uteslöts var studier med fokus enbart på identifiering av kroppsstatus, delvis kroniska sjukdomar, utvärdering av intensiva program som enbart riktades att utvärdera ett specifikt program eller studier riktade till andra yrkesgrupper t.ex. lärare eller studier baserade på data som i efterhand tagits fram ur statistiska program.

Följande kategorier sammanfattar de barriärer som beskrivs ur personalens synvinkel i förhållande till familjer och barn med övervik/fetma: **barriärer som beror på värderingar i samhället, barriärer i personalens samarbete och organisering av vården, barriärer relaterade till personalens behov av mera kunskap** och till sist

barriärer relaterat till föräldrar och barn. Huvudkategorierna behandlas en i taget, innehållet beskrivs detaljerat utifrån beskrivningarna som kommer fram i studierna. Efter varje stycke följer en tabell med förslag till hur behoven och barriärerna kan övervinnas eller tas till vara vid utvecklingen av vårdkedjan.

5.1.1 Barriärer som beror på värderingar i samhället

Barriärer som beror på värderingar i samhället, yttrar sig genom beskrivningar av personalen i vården, bl.a. att **övervikt har blivit "normalt" i samhället** (Gerards, Dagnelie, Jansen, De Vries, & Kremers 2012, 4; Virtanen 2012,129). Hälsovårdare beskriver att föräldrars *förminskande av problemet* har ökat, *orsaker som släktgener* och att *unga nuförtiden är större än tidigare* är vanliga kommentarer (Virtanen 2012, 128). Vidare beskriver personalen att föräldrar *inte är medvetna om allvaret av fetma* och det fortfarande är **ovanligt att delta i vårdprogram** för barnfetma, även om det borde ses som normalt att föräldrar också deltar (Gerards et al. 2012, 4,6). I tre av studierna tas medias roll fram. Genom **bilden media förmedlar** ska man vara *"nöjd med sig själv och sin kropp och man duger som man är"*. Personalen beskriver att det bättre *borde framgå i media att övervikt är ett problem och varför* (Gerards et al. 2012, 4,6; Steele et al. 2011, 132-133). Ytterligare en påverkan av media är *reklam och erbjudanden som lockar till ohälsosamt ätande* (Virtanen 2012, 127).

I dagens samhälle upplever många att tiden inte räckte till vilket också reflekterades i personalens upplevelser. **Tidsbrist i familjelivet** kom i studierna fram som en orsak som *begränsar familjens och barnets fysiska aktivitet och matvanor*. (Steele et al. 2011, 132, Virta 2012, 126). *Mat används som belöning och kompensation t.ex. för att barnet är ensamt hemma eller p.g.a. att föräldrar inte orkar laga mat*. Vidare beskrivs att *"föräldrar betonar egna rättigheter på bekostnad av familjen och föräldrars ansvarstagande och förebild för barnen är slappa"*. (Virtanen 2012, 128)

Orsaken till **förändrade matvanor** i familjer beskrivs av hälsovårdare i Uleåborgstrakten vara att *familjer mer sällan äter tillsammans, använder färdig snabbmat, mellanmål ersätter hela måltider, p.g.a. nyhjälploshet kan inte alla laga ordentlig hälsosam mat, barn har tillgång till pengar och köper själva mellanmål och godsaker, eftersom det är tillåtet*. En del *äter inte skolmaten utan ersätter med annat. Medan man ser på tv äts feta och söta mellanmål*. (Virtanen 2012, 127)

Andra förändringar i samhället som personalen beskriver som hinder är den allt mer *stillasittande livsstil* som beror på *ökad skärmtid* framför dator, telefon och tv. Samtidigt som livsstilen innebär mycket stillasittande är allt mer *hobbyn och sporter tävlingsinriktade, istället för att ge livslång fysisk aktivitet* (Steele et al. 2011, 133). De här motpolerna gör att steget till att börja med aktivitet är ännu högre då allvaret och kraven på att prestera genast kommer in i bilden. Skolhälsovårdare beskriver att *vardagsmotionen är knapp, barn körs till skolan och hobbyn, utelekar stöds inte och familjer idrottar inte tillsammans*. Vidare beskrivs att *datorer har blivit barnvakt och en del barn "överges vid sina datorer"*. (Virtanen 2012, 127-128)

<p>Barriärer som beror på värderingar i samhället</p> <p><i>Övervikt har blivit "normalt" i samhället</i></p> <p><i>Ovanligt att delta i vårdprogram</i></p> <p><i>Bilden media förmedlar</i></p> <p><i>Tidsbrist i familjelivet</i></p> <p><i>Förändrade matvanor</i></p> <p><i>Stillasittande livsstil</i></p>	<p>Barriärerna kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; tidigt ingripande, använda motiverande närmelsesätt, familjecentrerad vård och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifiera övervikt/fetma - Ta upp fördelar med hälsosammare levnadsvanor - Små praktiska förändringar som passar familjens vardag (kost, motion, sömn, skärmtid)
---	---

Tabell 1. Barriärer som beror på värderingar i samhället och förslag till förverkligande i vårdkedjan.

5.1.2 Barriärer i personalens samarbete och organisering av vården

Barriärer som är kopplade till det interprofessionella samarbetet och hur vården organiseras är bl.a. utmaningen att *hålla hela personalen informerad om livsstilsinterventioner* (Schalkwijk et al. 2016, 5,8). *Bristande samarbete* mellan personalen och *oklar uppgiftsfördelning* beskrivs (Isma et al. 2013, 6; Schalkwijk et al. 2016, 5,8). *För lite stöd av andra professionella* gav hälsovårdarna i en studie *en känsla av maktlöshet inför problemet med övervikt och fetma hos barn* (Isma et al. 2013, 5-6).

Eftersom det var *brist på enhetliga riktlinjer gällande vården* för barn med fetma ledde det till att *personalen gjorde egna lösningar*. Någon beskrev att de *bara kunde ge allmänna råd*, medan andra *gjorde upp egna planer och strukturer för vården*. (Isma et al.

2013, 5-6; Virtanen 2012, 130) Liknande problem beskrivs i de övriga studierna. Det finns **oklarheter vart barn remitteras** för vård (Steele et al. 2011, 132). Dåligt fungerande samarbete mellan personalen som berodde på *utebliven återkoppling* (Schalkwijk et al. 2016, 5,8), innebar att respons till remitterade enhet uteblev och det i sin tur kunde leda till att barnet kunde "falla ur vården" och att personalen inte fick veta hur och om vården fortsatte. **Brist på långtidsinterventioner** och *brist på strukturering av långtidsinterventioner* kom tydligt fram (Schalkwijk et al. 2016, 5). *Skolhälsovårdarens resurser räckte inte till* och det uttrycktes en *önskan om brett interprofessionellt samarbete i primärvården och utvecklande av tjänster*. (Virtanen 2012, 143)

Personalen beskriver barriärer som beror på **ekonomiska hinder i vården**, som *vårdkostnader och försäkringar* (Schalkwijk et al. 2016, 5), men också *otillräckligt med personalresurser* (Gerards et al. 2012, 4; Isma et al. 2013, 6; Steele et al. 2011, 132; Virtanen 2012, 129). *Inom skolhälsovården finns det inte alltid läkarresurser* vilket resulterar i att barn remitteras först vid betydande övervikt (Virtanen 2012, 130).

Personalens upplevelse av tidsbrist beskrivs genom att det inte finns tillräckligt med *tid att följa upp eller erbjuda tillräcklig uppmärksamhet* för barn/föräldrar och för att *göra individuell plan* (Isma et al. 2013, 4; Schalkwijk et al. 2016, 5). *Tiden behövdes bättre till annan problematik* som familjer hade (Isma et al. 2013, 4). Tidsbrist var ett hinder som kom upp relaterat till att *få tiden att räkna till interventioner* (Gerards et al. 2012, 5; Isma et al. 2013, 4; Steele et al. 2011, 132).

<p>Barriärer i personalens samarbete och organisering av vård</p> <p><i>Hålla hela personalen informerad om livsstilsinterventioner</i></p> <p><i>Bristande samarbete</i></p> <p><i>Brist på enhetliga riktlinjer gällande vården</i></p> <p><i>Oklarheter vart barn remitteras</i></p> <p><i>Brist på långtidsinterventioner</i></p> <p><i>Ekonomiska hinder i vården</i></p> <p><i>Personalens upplevelse av tidsbrist</i></p>	<p>Barriärerna kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; tidigt ingripande, använda motiverande närmelesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material/ information om vård och livsstilsinterventioner - Beskriva arbetsfördelning/ansvarsområden och utnyttja expertis. - Beskriva remittering, vårdsvår och dokumentationsförfarande - Utveckla gemensamma mål och riktlinjer för vården - Beskriva långtids interventioner och kontinuitet i vården
---	--

Tabell 2. Barriärer i personalens samarbete och organisering av vård och förslag till förverkligande i vårdkedjan.

5.1.3 Barriärer relaterade till personalens behov av mera kunskap

I de flesta studierna kom det fram att personalen upplever att de i någon mån upplever sig ha *otillräcklig kunskap för att stöda och hjälpa* barn med övervikt/fetma och deras föräldrar (Isma et al. 2013, 4-5; Gerards et al. 2012, 4; Schalkwijk et al. 2016, 4; Steele et al. 2011, 132). Av den personal som i en studie hade till uppgift att rekrytera föräldrar till en åtgärdsintervention beskrev de flesta att de hade tillräckliga kunskaper, men även här fanns det några som *önskade mera träning/utbildning av färdigheter att arbeta med barnfetma* (Gerards et al. 2012, 4). En hälsovårdare beskrev sitt dilemma ”många barn, många behov och *svårt att hitta tid för att hålla sig uppdaterad* på alla områden som behövs” (Steele et al. 2011, 133). Någon skolhälsovårdare beskrev att det fanns *andra problem som hade högre prioritet* t.ex. undervikt. Samma person beskrev att de *träffar barnen för sällan för att det ska ha någon betydelse för barnets övervikt*. (Isma et al. 2013, 4). ”*Jag kan erbjuda mig att ta extra vikt och så, men jag har varken tid eller kunskap att göra så mycket mer*” (Isma et al. 2013, 4).

Brist på adekvata verktyg eller hjälpmedel att använda i vården (Isma et al. 2013, 4; Schalkwijk et al. 2016, 7) och *brist på relevant material att ge till barn, familjer och*

skolpersonal (Steele et al. 2011, 132; Schalkwijk et al. 2016, 7) var ett hinder. Det kom också fram att personal *glömde använda/implementera hjälpmedel* de fått att använda t.ex. vid rekryteringsfasen (Gerards et al. 2012, 5).

Tidigare negativa erfarenheter av livsstilsförändringar beskrev personalen som hinder både för personalen men också för barn/förälder (Schalkwijk et al. 2016, 5; Steele et al. 2011, 133). *Personalens tro på och uppfattning av målgruppen samt tro på program påverkar* vården t.ex. vid rekrytering till interventioner (Gerards et al. 2012, 4).

Bristande kunskap för att identifiera övervikt och fetma kom fram i studierna (Isma et al. 2013, 4-5; Schalkwijk et al. 2016, 7). En hälsovårdare var *”övertygad att det inte finns många överviktiga i området, även om statistiken visar annat”* (Isma et al. 2013, 4,5). I en studie beskrev personal att *även om barn enligt kriterierna är överviktiga är de inte alltid det enligt klinisk bedömning* (Gerards et al. 2012, 5).

Tro på den egna kapaciteten att påverka och vända den negativa viktutvecklingen var begränsad enligt några studier (Isma et al. 2013, 4; Gerards et al. 2012, 7). Några beskrev att *egen övervikt upplevs som en barriär* för att ta upp problemet med barn och föräldrar, de beskrev att de *inte kan vara trovärdiga* (Steele et al. 2011, 132).

Bristande kommunikationskunskaper och *dålig tillit till egen förmåga att övertala föräldrar* (Gerards et al. 2012, 5; Steele et al. 2011, 132) beskrevs av personal. Vidare beskrevs *osäkerhet hur man ska närma sig barn och familj gällande en så känslig fråga och hur motivera familjer, elever som tampas med emotionella, beteendemässiga problem eller komplicerade familjesituationer* (Steele et al. 2011, 132). Personal beskrev att det var *svårt att etablera tillräckligt bra kontakt* som lättare ledde till diskussion (Steele et al. 2011, 132-133).

Rädsla för barnets och föräldrars reaktion samt *oro för att föräldrarna ska känna sig personligt attackerade* (Steele et al. 2011, 133) kom också fram. Gott samarbete med föräldrar är essentiellt för att nå resultat vid vården av övervikt, men det är alltid upp till föräldrarnas egna val. Det är en *balans mellan att motivera till positiva förändringar och väcka oro och osäkerhet* (Isma et al. 2013, 7).

<p>Barriärer relaterade till personalens behov av mera kunskap</p> <p><i>Otillräcklig kunskap för att stöda och hjälpa</i></p> <p><i>Brist på adekvata verktyg eller hjälpmedel</i></p> <p><i>Tidigare negativa erfarenheter av livsstilsförändringar</i></p> <p><i>Bristande kunskap för att identifiera övervikt och fetma</i></p> <p><i>Tro på den egna kapaciteten att påverka</i></p> <p><i>Bristande kommunikationskunskaper</i></p> <p><i>Rädsla för barnets och föräldrars reaktion</i></p>	<p>Barriärena kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; tidigt ingripande och använda motiverande närmelesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Använda evidensbaserad kunskap - Samla/ utveckla material och info till personal och barn/föräldrar - Utnyttja den interprofessionella kunskap som finns - Beakta tidigare erfarenheter, även hos föräldrar - Redskap/info för att identifiera övervikt / fetma - Metoder /material att använda för livsstilsvägledning och motiverande samtalsteknik - Positivt förhållningssätt och beaktande av ämnets känsliga karaktär samt familjens resurser
--	--

Tabell 3. Barriärer relaterade till personalens behov av mera kunskap och förslag till förverkligande i vårdkedjan.

5.1.4 Barriärer relaterat till föräldrar och barn

Barriärer som personalen beskrev relaterat till barn och föräldrar var ofta på grund av att personalen beskrev att *föräldrar hade dålig motivation och för lite kunskap*. Personalen beskrev att en del föräldrar verkar *omedvetna om barnens övervikt*, alternativt att det *inte var ett problem för föräldrarna* eller så var de *omedvetna om vilka konsekvenser övervikt har på hälsan* (Gerards et al. 2012, 5; Schalkwijk et al. 2016, 5; Steele et al. 2011, 132; Virtanen 2012, 127-128). Vidare beskrevs att en del föräldrar var *omotiverade att göra förändringar*, ibland p.g.a. att de *inte såg fördelar* med det (Gerards et al. 2012, 5). Största delen av skolhälsovårdarna i Virtanens (2012, 128) studie svarade ändå att flesta föräldrarna är positiva till hälsovårdarens arbete och vård gällande övervikt/fetma.

Personalen beskrev att de upplevde *motstånd t.o.m. aggression hos föräldrar* när frågor kring vikt och övervikt behandlas (Gerards et al. 2012, 5; Steele et al. 2011, 133). Ett hinder var att en del *föräldrar inte ser sitt ansvar och inte verkar förstå att de delvis är*

ansvariga för barnets viktutveckling (Gerards et al. 2012, 5; Virtanen 2012, 127). Det händer att *föräldrar förbjuder hälsovårdare att ta upp problemet med barn i lågstadieåldern* (Virtanen 2012, 129). I en studie kom *samarbetsproblem med ungdomar* fram, eftersom barn med övervikt/fetma *inte ville väga sig* (Steele et al. 2011, 132).

Skolhälsovårdare beskriver att de upplever *”en kraftlöshet” hos föräldrar* som bl.a. kan beror på att de *inte orkar och hinner bry sig om vad familjemedlemmar äter och när, vilket återspeglar sig i oregelbundna levnadsvanor* (Virtanen 2012, 129). I en studie beskrevs *kulturella faktorer* som påverkar vad som är acceptabelt gällande kroppsuppfattning. *Språk och kunskapsbrist* kom även upp som hinder och att personalen beskrev att det var *svårare att ge råd och handledning till andra kulturer än egen.* (Steele et al. 2011, 132)

<p>Barriärer relaterat till föräldrar och barn</p> <p><i>Föräldrar hade dålig motivation och för lite kunskap</i></p> <p><i>Samarbetsproblem med ungdomar</i></p> <p><i>”En kraftlöshet” hos föräldrar</i></p> <p><i>Kulturella faktorer</i></p>	<p>Barriärena kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; tidigt ingripande, använda motiverande närmelsesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material och info till personal och barn/föräldrar att använda i vården - Beakta tidigare erfarenheter, även hos föräldrar - Redskap/info för att identifiera övervikt och fetma - Metoder att använda för livsstilsvägledning och material för motiverande samtalsteknik - Positivt förhållningssätt och beaktande av familjens resurser - Använda interprofessionella resurser och resurspersoner i familjens närmiljö
---	--

Tabell 4. Barriärer relaterat till föräldrar och barn och förslag till förverkligande i vårdkedjan

5.2 Föräldrars och barns synvinkel

Föräldrars och barns motivation är avgörande för att lyckas med livsstilsförändringar. Vid utvecklandet av tjänster som riktar sig till att stöda livsstilsförändringar är det väsentligt att utreda vad som motiverar till att göra förändringar och aktivt delta i vården samt vilka barriärer det finns i förhållande till detta. Det finns få studier som direkt undersöker vad som motiverar eller vilka barriärer föräldrar beskriver och ännu färre beskrivningar gällande barns upplevelse.

Litteratursökning utfördes mellan 1.2 – 28.2.2017 i Swemed+, MEDIC, EBSCO, Cinahl, PubMed, Coharane. I Swemed+ användes enbart orden barn* AND fetma* samt child* AND obes* eftersom sökningen gav litet resultat behövdes inte vidare avgränsning. I MEDIC användes sökorden lapsi* AND lihavuus* samt child* AND obes*, även här var resultatet litet, det fanns inte behov för vidare avgränsning. I Cinahl används obes* AND child* and motivation*, medan ytterligare avgränsning krävdes i EBSCO, PubMed och Cochrane p.g.a. stort antal artiklar och ytterligare avgränsning tillsattes d.v.s. parent*. Trunkering användes, peer reviewed samt tidsbegränsning mellan 2011 – 2017, eftersom det var i början av året (februari). Artiklar och avhandlingar på svenska, engelska och finska inkluderades. En närmare genomgång av finska avhandlingar i MEDIC gjordes. En avhandling togs med eftersom den innehöll en forskningsdel där läget i Finland undersöks och det framkommer föräldrar och barns motivation och syn på övervikt och fetma. En artikel hittades via källförteckningen i en annan artikel, enligt snöbollsmetoden. Litteratursökningen finns beskriven i Bilaga 3. Artiklar som direkt undersökte föräldrars/barns motivation och barriärer vid övervikt/fetma fanns det lite av. Däremot tangerade de flesta studier motivation i någon form. Kriterier för vilka studier som valts beskrivs.

Studierna som inkluderades undersökte föräldrars/barns motivation och barriärer i vården av barn med övervikt/fetma. Barnets ålder var främst 0 -16 år, sampel där åldern delvis nådde 17 år togs med. Intervju eller frågeformulär var riktad till familj, förälder eller barn. Studierna var ursprungsstudier. Studier som var riktade till att utvärdera ett specifikt program och därför inte tillförde mera om vad som påverkar motivation vid övervikt/fetma uteslöts. Studier där motivation undersöktes i förhållande till sjukdom eller om medicinska ingrepp förkom, uteslöts.

Rubriker, abstrakt och hela studier lästes vid behov igenom. Studiernas kvalitet kontrollerades enligt kvalitetskontroll av kvalitativa studier (Greenhalgh 2012, 304). Översikt av studierna (Bilaga 4.) beskriver författarnas namn, årtal, land, syfte med undersökningen, sampel, undersökningsmetod och huvudsakliga resultat i förhållande till motivation och barriärer vid vården av barn med övervikt/fetma.

De övergripande kategorier som har betydelse för familjers, föräldrars och barns motivation kom fram i dessa studier; de är **identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt/fetma, positivt bemötande, fördelar med förebyggande interventioner och vård, stöd av andra** samt till sist **praktiska hinder och lösningar i vardagen**. Innehållet i kategorierna beskrivs utgående från studiernas material. Efter varje stycke följer en tabell med förslag till hur behov kan tas till vara och barriärer kan övervinnas i vårdkedjan.

5.2.1 Identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt/ fetma

Föräldrar har ofta *svårt att identifiera övervikt och fetma hos sitt barn*, det kan komma som en *övertäckning i samband med att personal tar upp ämnet* (Gillespie, Midmore, Hoeflich, Ness, Ballard & Steward 2015, 8; Newson, Povey, Casson & Grogan 2013, 1292; Virtanen, 2012, 111) I en studie uttryckte föräldrarna *osäkerhet gällande sin tonårings viktstatus under puberteten* (Wills & Lawton 2014, 778) d.v.s. vad som är normalt eller inte är normalt. I flera artiklar beskrivs att *övervikt/fetma är allt mer allmänt och anses ofta vara en norm i samhället* (Gillespie et al. 2015, 83; Newson et al. 2013, 1292; Wills & Lawton 2014, 778) Detta kan leda till att *föräldrarna inte tar till sig behovet* att förändra situationen, utan ger en möjlighet att *förskjuta tanken på åtgärder och vård*, eftersom de *inte nämnvärt skiljer sig från andra* (Newson et al. 2013, 1295). Även om fetma ständigt är ett närvarande aktuellt ämne för föräldrarna i familjelivet så *förminskas problemet och bland familjemedlemmar skiljer sig ofta synen på vad fetma är*. Vanliga beskrivningar som förminskar och normaliserar fetma är föräldrars beskrivningar som ”barndomsrund” eller ”släktgener”. (Virtanen 2012, 111; Wills & Lawton 2014, 778)

Konkreta händelser eller bevis väcker motivation hos föräldrar. När det vid hälsoundersökning kommer fram att *barnet inte har andra fysiska symtom, utan är frisk förutom fetma kan det tolkas som att de inte behöver göra något nu*, barnet är friskt (Newson et al. 2013, 1295).

Konkret blir situationen när föräldrar är *tvungna att köpa större kläder än ålderstypisk storlek* (Gillespie et al. 2015, 86) eller barnet *inte kan delta i skolans aktiviteter* (Gillespie et al. 2015, 83). *Klädköp är ofta förknippat med konflikter* p.g.a. kläder som inte passar (Virtanen 2012, 118). Andra *tydliga indikationer på sjukdom, komplikationer eller ohälsa* är om det hos föräldern själv eller barnet finns diabetes, högt kolesterol eller hjärtproblem (Perez et al. 2016, 280).

Bevis för att barnet är retat är orsaker som motiverade föräldrar att förändra situationen och delta i vård (Gillespie et al. 2015, 86; Perez 2015, 280; Virtanen 2012, 117). Att *barnet är ensamt utanför och inte får vara med* är känsligt ämne för föräldrar (Virtanen 2012, 118). Att *barnet isolerar sig hemma och har dålig självkänsla* är andra orsaker till att söka hjälp och som motiverar föräldrarna att söka vård. En mamma beskrev ”*om mitt barn skulle må bättre, vore hon inte arg hela tiden*” (Gillespie et al. 2015, 86).

Även om föräldrar lyfter fram både emotionell och fysiska inverkan av övervikt är *fysiska hälsan mer sällan nämnd som motiverande orsak för vård* (Gillespie et al. 2015, 88; Newson et al. 2013, 1295). *Medicinska bevis på frånvaro av allvarliga symtom användes som argument* för att det inte är något annat fysiskt problem, än vikten kopplat till hälsan (Newson et al. 2013, 1295).

Orsaker som leder till att föräldrar motiverades att delta i hälsofrämjande interventioner p.g.a. övervikt eller fetma är ***oro för barnets hälsa*** (Virtanen 2012, 111), *snabbt stigande vikt, aktuell viktstatus eller aktuell hälsorisk p.g.a. fetma* (Perez et al. 2016, 280-281). *Oro för barnets hälsa, oro för välbefinnande relaterat till psykiska hälsan* kom fram i flera studier (Gillespie et al. 2015, 86; Lorentzen, Dyersmose & Hedegaard Larsen 2011, 882; Perez et al. 2016, 280-281; Virtanen 2012, 111, 117). *Oron påverkades av föräldrarnas egna upplevelser av sin kamp mot viktproblem* (Wills & Lawton 2014, 779-780).

Det kommer fram att barriärer för att söka hjälp eller ta upp ämnet är bl.a. ***rädsla för negativa följder***, vad det kan leda till och upplevelse av brist på kontroll. *Tidigare negativa erfarenheter* av interventioner har negativ inverkan på motivationen. (Gillespie et al. 2015, 86 -87; Wills & Lawson 2014, 779) Situationen kan vara komplicerad och det kan vara lättare att stå ut genom att *förneka, undvika eller bortförklara problemen*. Newson et al. (2013, 1292, 1300-1302) beskriver i sin studie en skillnad mellan de föräldrar som beslutat sig att delta i en intervention och de som inte deltog. De som beslutat sig för att delta i en

hälsofrämjande intervention tog till sig idén och förstod sambandet med att hälsofrämjande åtgärder förebygger sjukdom. Medan de föräldrar som valt att inte delta hänvisade till medicinska resultat som ett bevis på att övervikt inte är ett allvarligt tillstånd.

Valet att inte delta kan vara ett försvar för att *inte behöva identifiera barnet till den grupp som är ofördelaktig*. (Newson et al. 2013, 1300) En morförälder sade om sitt 8 åriga överviktiga barnbarn ”om vi deltar kan han tänka - ser jag ut som de andra? och det skulle ju inte vara trevligt” (Newson et al. 2013, 1297). Föräldrar beskrev *hopp om att yttre faktorer förbättrar situationen*, t.ex. pubertet och på det följde frustration när det inte skedde (Lorentzen, Dyersmose & Hedegaard Larsen 2011, 883; Newson et al. 2013, 1295, Wills & Lawton 2014, 780). En del föräldrar beskrev att de *skäms över att delta i interventioner* för övervikt. De *kände sig misslyckade som föräldrar över att barnet blivit överviktig/fet och behövde vård*. (Virtanen 2012, 111)

I en studie där *föräldrar beskriver utlösande orsaker till barnets övervikt och fetma* kom det fram att samtliga beskriver att det *finns i släkten*. Andra orsaker som kom fram var *brist på vardagsmotion, ingen hobby, godsaker och ingen speciell orsak*. Känslomässiga orsaker som kom fram var *flytt till annan ort, ensamhet, skilsmässa och sjukdom i familjen*. Föräldrarna beskrev dessa orsaker som utlösande faktorer till att barnen reagerat med att börja äta mer vilket lett till övervikt. (Virtanen 2012, 117)

<p>Identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt</p> <p><i>Svårt att identifiera övervikt och fetma hos sitt barn</i></p> <p><i>Konkreta händelser eller bevis väcker motivation hos föräldrar</i></p> <p><i>Oro för barnets hälsa</i></p> <p><i>Rädsla för negativa följder</i></p> <p><i>Föräldrar beskriver utlösande orsaker till barnets övervikt och fetma</i></p>	<p>Barriärerna kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; tidigt ingripande, använda motiverande närmelsesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material för att identifiera övervikt/fetma - Identifiera hälsohinder/-resurser - Ta upp fördelar med förändring mot hälsosammare vanor - Beakta tidigare erfarenheter - Praktiska förändringar som passar familjen i små steg - Utgående från familjens resurser
--	--

Tabell 5. Identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt och förslag till förverkligande i vårdkedjan.

5.2.2 Positivt bemötande

Barn med fetma upplever tidigt stigmatisering och utvecklar reaktionsmönster för att skydda sig p.g.a. att de är utsatta för press och blir retade (Lorentzen et al. 2011, 885). Reaktionerna kan vara *självförsvar för att anpassa sig till situationen*. Barn kan visa tecken på att skydda sig själva bl.a. genom att *isolera sig hemma, undvika besvärliga situationer som att väga sig eller konfronteras med sin fetma och sina misslyckanden*. Ibland hittar barn en roll i den sociala gemenskapen som kan medföra negativa följder för dem själva. Ett sätt att undvika ämnet för barn är att säga att allt är bra, medan föräldrarna och andra sidan beskriver att det var svårt att kontrollera ätbegär. (Lorentzen et al. 2011, 881, 883-884)

Social isolation leder i sin tur till mycket skärmtid vid tv och dator och naturligtvis ökat stillasittande och minskad aktivitet (Lorentzen et al. 2011, 882). Verkligheten bli en ond cirkel som är mer komplex att åtgärda än att bara öka motion och ändra mot hälsosammare levnadsvanor. Det personalen ser i mötet med barnet kan vara dess sätt att anpassa sig till situationen. Att *gömma sig bakom en mask för att skydda sig själv* kommer också fram som reaktion på situationen (Gillespie et al. 2015, 86).

Vid planering av vården lönar det sig att *beakta föräldrars erfarenheter och upplevelse av stress och stigmatisering p.g.a. egen övervikt, eftersom dessa påverkar föräldrarnas attityd gentemot barnets vård* (Wills & Lawson 2014, 780).

Känslan av skuld och skam kan finnas hos både föräldrar och barn. Skuld hos föräldrar kan böttna i brist på energi, föräldrars egen fetma, sjukdomar och problematiska sociala situationer. Hos barn kan skuldlänkande känslor uttryckas i förhållande till att *äta för mycket godis på lov eller hos mor- och farföräldrar, p.g.a. hormonella förändringar i puberteten* och då de *möts med oförstående av sin situation av läkare, skolpersonal etc.* (Lorentzen et al. 2011, 884) En studie tog upp att *föräldrar som hade mentala eller fysiska problem kunde vara speciellt känsliga för signaler som antydde att de var dåliga föräldrar* (Wills & Lawson 2014, 780). *Skuldkänslor hos familjer ökar om någon utanför familjen trycker på att familjen borde minska i vikt* (Virtanen 2012, 111).

Familjer önskar positivt, pålitligt, accepterande, inte dömande bemötande, även vid motgångar. Även om viktfrågan är känslig ska *personal inte tolka det som att familjerna är ointresserade* (Perez et al. 2016, 283). Föräldrar beskriver hur de vill bli bemötta och att

de behöver ”rätt stöd” enligt egna behov. De önskar att ämnet tas upp på ett finkänsligt, vänligt, inte dömande och kritiskt sätt. En önskan om att personalen hjälper och stöder och har en ”förmåga att ändra livet” kommer också fram. Ämnet övervikt är känsligt och kan provocera fram motstånd eller aggressiva reaktioner. (Gillespie et al. 2015, 87) Också Lorentzen et al. (2011, 882) beskriver att föräldrar behöver *personligt stöd och acceptans*. Viktigt är att föräldrarnas känsla av skuld lättas och att barnet uppmuntras att delta (Gillespie et al. 2015, 87). Föräldrarna behöver kunna lita på personalen (Perez 2016, 280).

För att kunna svara på dessa behov behöver vårdpersonal reflektera över egna attityder gentemot överviktiga barn och föräldrar och sin förmåga att *acceptera bakslag utan att förebrå eller att visa uppgivenhet och kunna fortsätta försöka stöda familjer och hitta andra lösningar* (Lorentzen et al. 2011, 884).

Positivt språkbruk och ordval med positiv klang togs upp i en studie som en viktig aspekt i samband med att utveckla namn på tjänsten. I en studie reagerade föräldrar på medicinska benämningar som övervikt och fetma, men det rädde olika åsikter och *det som en accepterade tog någon annan illa vid sig av* (Gillespie et al. 2015, 88). Föräldrar *önskade mer acceptabelt språk till barnen* som ”hälsosamma glada barn” och ”att få mer kvalité i livet” (Newson et al. 2013, 1299). Också i en finsk studie stöddes alternativet av samtliga föräldrar till barn i en aktivitetsklubb för överviktiga att den heter idrottsklubb, *inte något relaterat till vikt eller bantning*. (Virtanen 2012, 111)

Det räcker alltså inte med att personal fokuserar på kost och motion. *Vårdpersonalen måste vara medveten om att egna attityder och bemötandet är avgörande*. Personal behöver vara medveten om *stigmatiseringsproblematik*, vad attityder hos familjer och barn kan bero på och att personalen kan *acceptera, ta nederlag och trots det fortsätta och stöda barn och familjer*. Att få kontroll över matvanor i kombination med *accepterande och stöd för föräldrars attityder* verkar vara väldigt viktigt. (Lorentzen et al. 2011, 884–885)

<p>Positivt bemötande</p> <p><i>Barn med fetma upplever tidigt stigmatisering och utvecklar reaktionsmönster för att skydda sig</i></p> <p><i>Känslan av skuld och skam kan finnas hos både föräldrar och barn.</i></p> <p><i>Familjer önskar positivt, pålitligt, accepterande, inte dömande bemötande, även vid motgångar</i></p> <p><i>Positivt språkbruk och ordval med positiv klang</i></p>	<p>Barriärena kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; tidigt ingripande, använda motiverande närmelesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positivt bemötande, positiv feedback på fungerande vanor - Fördelar med förändringar mot hälsosammare vanor - Hälsöfrämjande inte viktcentrerade mål - Föräldrar stöds att ge uppmuntran och positiv feedback
--	--

Tabell 6. Positivt bemötande och förslag till förverkligande i vårdkedjan.

5.2.3 Fördelar med förebyggande interventioner och vård

Föräldrar och barn behöver veta vilka positiva aspekter det finns och fördelar med livsstilsförändringar. Föräldrar och barn vill ha stöd och veta vilka fördelar det finns med att förändra till hälsosammare levnadsvanor, också med tanke på hur de kan motivera sitt barn (Perez et al. 2016, 283). *Familjer som ser positiva sidor med interventionen t.ex. mer info, ny mat och vänner är mer benägna att delta* (Newson et al. 2013, 1301).

I en studie betonades fördelen med att delta i en intervention, i detta fall gymnastikgrupp med information och stöd till föräldrarna, där föräldrarna beskriver att *det är svårt att vara förebild för sitt barn, föräldrar behöver stöd för det som de själva inte kan lösa.* Föräldrar beskrev att det är *svårt att vara förebild till sina barn.* (Virtanen 2012, 111) I studierna kom det fram att föräldrar vill ha stöd med att hantera situationen och kunna hjälpa sina barn. Föräldrar önskade *få tillbaka kontrollen*, vilket de beskrev att de inte kunde göra själva. (Gillespie et al. 2015, 86; Virtanen 2012, 111) De beskrev att de behövde stöd av utomstående för att *minska konflikter mellan barn och föräldrar* vid implementering av livsstilsförändringar hemma. Andra fördelar som föräldrar förväntade sig var *viktminskning, omfattande undersökning av barnets hälsa och välmående, mera ansvarstagande och motivation hos barnet själv och fostrande mot hälsosammare vanor.* (Perez et al. 2016, 280-281)

Önskan om glädje och att barnets självkänsla och självförtroende byggs upp var viktigt för föräldrar (Gillespie et al. 2015, 86). Föräldrar beskrev att *motiverande är program som påverkar det psykiska måendet* (Gillespie 2015, 86). Program riktade till föräldrar och barn önskades bli marknadsförda som *vänliga, gratis, med fokus på skoj och fitness för hela familjen* (Gillespie et al. 2015, 89). Även i Virtanens (2012, 112) studie kommer *önskan om ”mångsidig och glad motion”* fram. *Positiv feedback och rekommendationer av interventioner* av andra som använde en viss tjänst är motiverande för föräldrarna (Gillespie et al. 2014, 86). Man vill veta att andra lyckats och att andra som varit med är nöjda.

Vid diskussion om fördelar av förebyggande och vård kan **inbjudan till vård** vara en möjlighet. I kommunikationen mellan personal och föräldrar kan det uppkomma missförstånd p.g.a. språkbruk. Newson et al. (2013, 1302) menar att det kan vara mer fördelaktigt att *hänvisa till åtgärder som förbättrar livskvalitet och välbefinnande eftersom det är mer fördelaktigt och acceptabelt fram om att diskutera vikt mål*. Det behövs uppmärksamhet på om familjen upplever inbjudan till åtgärd som en möjlighet eller något negativt. Personalen behöver ta fram *positiva aspekter med livsstilsförändringar, markera praktiska åtgärder och emotionella fördelar* att delta. (Newson et al. 2013, 1302)

<p>Fördelar med förebyggande interventioner och vård</p> <p><i>Föräldrar och barn behöver veta vilka positiva aspekter det finns och fördelar med livsstilsförändringar</i></p> <p><i>Det är svårt att vara förebild för sitt barn, föräldrar behöver stöd för det som de själva inte kan lösa</i></p> <p><i>Önskan om glädje och att barnets självkänsla och självförtroende byggs upp</i></p> <p><i>Inbjudan till vård</i></p>	<p>Bariärena kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; ta till tals i tidigt skede, använda motiverande närmelsesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fördelar med förändring mot hälsosammare vanor - Praktiska förändringar som passar familjen i små steg - Stöd av personer i närmiljön, hitta aktiviteter som passar - Inbjudan/hänvisning/remittering till förändring av livsstilsinterventioner
---	---

Tabell 7. Fördelar med förebyggande interventioner och vård och förslag till förverkligande i vårdkedjan.

5.2.4 Stöd av andra

Föräldrar beskriver att de **inte får tillräckligt stöd av personal inom vården** bl.a. av hälsovårdare, näringsterapeut och andra yrkesgrupper (Virtanen 2012, 118). Föräldrar beskriver att de blir *avvisande och mötta med oförstående* bl.a. lärare, skopersonal, läkare och socialvården förstår inte barnens situation (Lorentzen et al. 2011, 883). Det kommer fram att *föräldrar själva måste vara aktiva och hitta info* om förebyggande och vård av fetma (Virtanen 2012, 118; Gillespie et al. 2015, 88). *Föräldrar välkomnade kontakt av hälsovårdare* eftersom de själva inte hade metoder att hjälpa sina barn med viktreducering (Virtanen 2012, 113).

Familjemedlemmar, vänner och andra i sociala nätverket påverkar beslutet att delta i en intervention. *De som inte har stöd eller inte klarar att bemöta negativa kommentarer är mindre benägna att delta.* (Newson et al. 2013, 1229-1230) *Stöd från familj, skola, arbete hjälper föräldrar att komma över barriärerna* och delta samt att implementera effektiva strategier (Perez et al. 2016, 283). Föräldrar beskriver att det är *viktigt att hela familjen, närsläkten och vänner förbinder sig till vården* (Virtanen 2012, 118). *Uppmärksamhet på negativa förutfattade meningar* som kommer från familj, släkt och vänner behövs samt stöd för att stå mot dessa. Föräldrar behöver hjälp med att försöka *ändra fokus från att ge den fysiska sidan stor betydelse, till förståelse för omedelbara och långtidsrisker.* (Newson et al. 2013, 1302) *Föräldrars olika syn på barnets fetma gjorde att familjer inte förband sig till interventioner* mot hälsosammare vanor (Virtanen 2012, 111).

Stöd av andra föräldrar i samma situation är viktigt och ger motivation att fortsätta kämpa (Gillespie et al. 2015, 87; Newson et al. 2013, 1297). **För barn med fetma är det betydelsefullt med kompis som är i samma situation** (Lorentzen et al. 2011, 881; Newson et al. 2013, 1297). Det var *viktigt för barn med en till dem riktad gymnastikgrupp eftersom de fick vänner, träffade andra i samma situation, hade en hobby och hade det roligt.* Nya vänner motiverade till att fortsätta i gruppen (Virtanen 2012, 119). En orsak till att föräldrar anmälde sitt barn till gruppverksamhet var för att *få vänner* (Newson et al. 2013, 1297; Virtanen 2012, 112).

Föräldrar som tror på sina barn och inte ger upp när vikten ökar kan bättre ge barn det stöd de behöver för att komma vidare och klara situationen (Lorentzen et al. 2011, 881-882). När barn *lyckas ta äganderätten till livsstilsförändringar och göra viktminskningen till ett eget projekt* samt *utveckla strategier för självkontroll* lyckades livsstilsförändringarna för svårt överviktiga barn (Lorentzen et al. 2011, 881).

Föräldrar till tonåringar väntar att de tar mer ansvar och borde följa råd som föräldrar ger (Wills & Lawton 2014, 780). Ett partnerskap mellan tonåringar och föräldrar verkar behövas (Wills & Lawton 2014, 782).

Behov av personligt anpassade, koordinerade stödinsatser under tillräckligt lång tid, beskrivs av Lorentzen et al. (2011, 886). Problematiken är komplex och individuell för varje barn och familj. *Acceptans och stödinitiativ bör byggas i förhållande till varje individuell familj* för att lyckas med viktminskning. Dessa *initiativ är ofta okoordinerade och för en kort tid.* (Lorentzen et al. 2011, 886)

<p>Stöd av andra</p> <p><i>Inte tillräckligt stöd av personal inom vården</i></p> <p><i>Familjemedlemmar, vänner och andra i sociala nätverket påverkar beslutet att delta i en intervention</i></p> <p><i>Stöd av andra föräldrar i samma situation är viktigt och ger motivation</i></p> <p><i>För barn med fetma är det betydelsefullt med kompis som är i samma situation</i></p> <p><i>Föräldrar som tror på sina barn och inte ger upp när vikten ökar kan bättre ge barn det stöd de behöver för att komma vidare och klara situationen</i></p> <p><i>Behov av personligt anpassade, koordinerade stödinsatser under tillräckligt lång tid</i></p>	<p>Barriärena kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; ta till tals i tidigt skede, använda motiverande närmelesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metoder och material till personalen samt familjer att använda - Involvera familjer, närsläkt, båda föräldrar (om olika åsikter eller skilda hushåll) - Stöd av andra i samma situation; gruppverksamhet? - Använda den interprofessionella expertisen inom olika områden - Långtidsinterventioner
--	--

Tabell 8. Stöd av andra och förslag till förverkligande i vårdkedjan

5.2.5 Praktiska hinder och lösningar i vardagen

Vid planering av interventioner till föräldrar och barn är det en fördel att fundera på och diskutera *praktiska hinder och lösningar för varje enskild familj.* I Newson et al. (2013, 1292-1293) artikel visar det sig att föräldrar som beslutar sig för att delta i en intervention och de som beslutar sig för att inte delta i stort sett upplever samma hinder. Skillnaden är

att de som beslutit sig för att delta i en intervention kunde **bemöta hinder i vardagen och vända dem till möjligheter**. T.ex. att få tiden att räcka var ett problem för alla i den studien. Skillnaden var att deltagarna kunde planera in tid för att få förändringar tillstånd.

Allmänt var att det var oklart var man kan få vård (Gillespie et al. 2015, 86). Därför är **remittering till vård är en avgörande och bidragande orsak till deltagande** i interventioner för att förbättra livsstilen till hälsosammare (Perez et al. 2016, 281). Att barnet remitterades vidare för vård hade positiv inverkan för att emot ta vård (Perez et al. 2016, 285).

Motiverande **är interventioner som passar in i livet, praktiska lösningar som är lätta att implementera** (Gillespie et al. 2015, 87). Brist på motivation hos barn och förälder kan vara p.g.a. att de inte lyckas implementera förändringarna i vardagen (Lorentzen et al. 2011, 885). *Möjliggörande faktorer som föräldrarna beskrev var remittering till vård, motivation för behandling och kontroll av barriärer som innebar bl.a. kontroll över logistiska hinder som transport, parkering, ekonomiska orsaker etc.* (Perez et al. 2016, 283-284). En fördel som beskrivs är att *snabbt skrivs in i vården* (Perez et al. 2016, 284) medan motivation finns. Praktiska aspekter för att inte delta var tidsbrist, resor och säkerhet. Även om det erbjöds möjlighet att komma över barriärer, var det ändå problematiskt att delta i interventioner. (Newson et al. 2013, 1209)

Ekonomiska hinder kom fram genom små kostnader i vardagen. En förälder beskrev att ekonomin räckte till hälsosam mat i början av månaden men inte i slutet. (Lorentzen et al. 2011, 883)

Föräldrarna var inte intresserade av näringsämnen, utan önskade praktiska råd gällande matköp, tillredning *och mellanmål* som kan erbjudas (Virtanen 2012, 112). För att lyckas med förändringar krävs det att föräldrarna tar till sig kunskapen, det behövdes motivation och tillräckligt med personlig energi för att orka stöda sitt barn och kunna *omsätta kunskap till praktiskt fungerande* (Lorentzen et al. 2011, 883). Allmän information är inte nödvändigtvis tillräcklig, föräldrar behöver mera *personlig, konkret kunskap om barnet och vilka fördelar vården kan ha i familjens situation* (Perez et al. 2016, 280).

För att tjänster som utvecklas till familjer ska vara effektiva måste familjernas verkliga behov tillgodoses (Newson et al. 2013, 1287). Barriärer i vården är komplexa och

individuella för varje familj. Familjer behöver *koordinerat stöd och möjlighet till psykologisk och social coaching, dietär och finansiell rådgivning samt interprofessionellt samarbete*. (Lorentzen et al. 2011, 884) Det är betydelsefullt är att *förstå hur familjer förhåller sig till, tänker, förstår och tror gällande hälsofrågor och fetma* eftersom det kan skilja sig från personalens uppfattning (Newson et al. 2013, 1299).

<p>Praktiska hinder och lösningar</p> <p><i>Bemöta hinder i vardagen och vända dem till möjligheter</i></p> <p><i>Remittering till vård är en avgörande och bidragande orsak till deltagande</i></p> <p><i>Motiverande är interventioner som passar in i livet, praktiska lösningar som är lätta att implementera</i></p>	<p>Barriärerna kan övervinnas och behov beaktas i vårdkedjan genom att använda material/metoder som baseras på centrala utgångspunkter i vården; tidigt ingripande, använda motiverande närmelsesätt, familjecentrerad och målinriktad vård samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resurser och hinder i familjen - Motiverande samtal - Praktiska förändringar mot hälsosammare vanor, som passar familjen i små steg - Remittera /inbjuda/hänvisa till vårdinterventioner
--	---

Tabell 9. Praktiska hinder och lösningar och förslag till förverkligande i vårdkedjan.

6 Resultaten sammanfattas och organiseras

I detta skede är det aktuellt att sammanfatta och organisera resultaten för att göra materialet hanterbart och användbart inför utvecklingen av vårdkedjan. Materialet bestående av resultaten från litteraturöversikterna och förslagen till förverkligande i vårdkedjan, som i förra kapitlet presenterades i tabeller efter varje stycke, är omfattande.

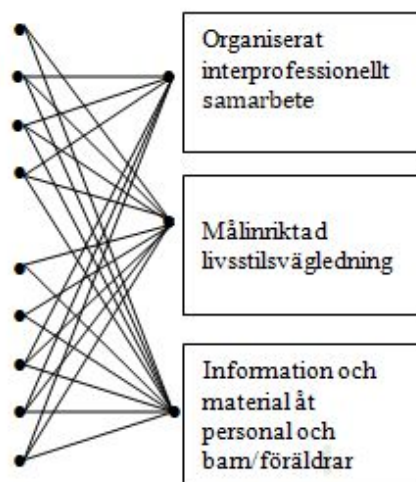
Resultaten sammanfattas genom att lyfta fram likheter och övergripande områden av båda litteraturöversikterna samt beskrivningarna på förslagen till förverkligande i vårdkedjan. Sambanden tydliggörs för läsaren i Figur 5., genom att presentera huvudkategorierna i litteraturstudien och dra en linje till de områden som det beskrivs ett direkt samband till, utifrån förslagen till förverkligande i vårdkedjan och på basen av litteraturstudierna. Av bilden framkommer att flera kategorier sammanlänkas till samtliga områden. De övergripande områdena är organiserat interprofessionellt samarbete, målinriktad livsstilsvägledning samt information och material till personal, föräldrar och barn.

Personalens synvinkel:

Barriärer som delvis beror på värderingar i samhället
Barriärer i personalens samarbete och organisering av vården
Barriärer relaterat till personalens behov av mera kunskap
Barriärer relaterat till föräldrar och barn

Föräldrars/barns synvinkel:

Identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt
Positivt bemötande
Fördelar med förebyggande interventioner och vård
Stöd av andra
Praktiska hinder och lösningar i vardagen

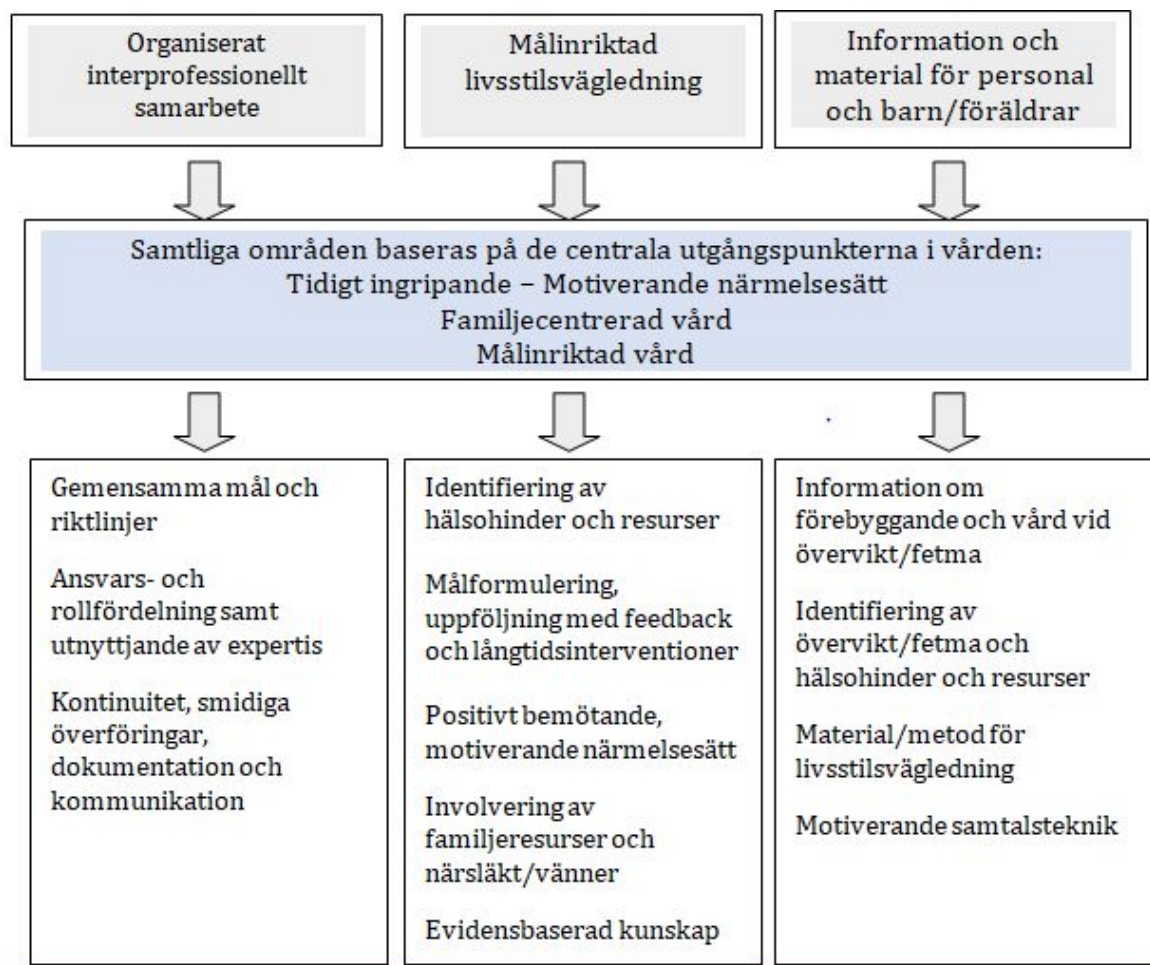


Figur 5. Personalens synvinkel och föräldrars/barns synvinkel av vården sammanfattas.

De behov och motiverande faktorer som kom fram i litteraturöversikterna tas tillvara och de barriärer och hinder som beskrivits kan övervinnas genom att organisera det interprofessionella samarbetet, erbjuda målinriktad livsstilsvägledning samt genom att koncentrera information och material för personal, barn och föräldrar i vårdkedjan. Förutsättningen är att de omfattar de centrala utgångspunkterna i vården av barn med

övervikt/fetma – tidigt ingripande med motiverande närmelsesätt, familjecentrerad vård och målinriktad vård.

Samtliga punkter i kapitel 5, som är förslag till förverkligande i vårdkedjan, sammanfattas och utgör beskrivningarna under respektive område som presenteras nedan i Figur 6. Figuren beskriver innehållet för kunskapsutvecklingen till vårdkedjan i sin helhet.



Figur 6. Områden som utgör kunskapsbasen vid utveckling av vårdkedjan.

I följande kapitel förs diskussion utifrån denna kunskapsbas i förhållandet till båda litteraturoversikterna d.v.s. personalens synvinkel och föräldrars/barns synvinkel samt annan aktuell litteratur relaterat till vården av barn med övervikt/fetma, gängse vårdrekommendationer och teori om interprofessionellt samarbete.

6.1 Organiserat interprofessionellt samarbete

Behovet av att det interprofessionella samarbetet är organiserat och beskrivet stärks utifrån litteraturöversikterna genom att det tydligt kommer fram både ur personalens samt föräldrars/barns synvinkel. Detta beskrivs närmare med stöd av litteraturöversikterna, bakgrundskunskap d.v.s. gängse vådrekommandationer, interprofessionellt samarbete och annan aktuell litteratur. Områden som stigit fram är personalens behov av gemensamma mål och riktlinjer, ansvars- och rollfördelning samt utnyttjande av expertis och till sist kontinuitet som bl.a. erhålls genom smidiga överföringar, dokumentation och kommunikation. Dessa områden diskuteras i följande kap. 6.1.1 – 6.1.3.

6.1.1 Gemensamma mål och riktlinjer

Gemensamma mål och riktlinjer, innefattar principer om vården som personalen följer. I litteraturöversikten beskrivs **brist på enhetliga riktlinjer gällande vård** med underkategorier: *personalen gjorde egna lösningar, bara kunde ge allmänna råd* samt *gjorde upp egna planer och strukturer för vården* (Isma et al. 2013, 5-6, Virtanen 2012, 130). För att det interprofessionella samarbetet ska vara smidigt och fungerande krävs att det finns en gemensam och delad betydelse av hur samarbetet genomförs (Isoherranen 2013, 147-148; Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein 2010, 4).

Målen som personalen strävar mot bör vara gemensamma (Isoherranen 2013, 128) d.v.s. att personal med olika expertis och kunskapsområden arbetar inom eget område mot de gemensamma målen. Utifrån detta kan man dra paralleller till att det är en fördel att arbetsgruppen själva formulerar målen, för att beakta olika professioners expertis. Gemensamma mål innefattar även de centrala utgångspunkterna i vården; tidigt ingripande med motiverande närmelsesätt, familjecentrerad vård och målinriktad vård.

6.1.2 Ansvars- och rollfördelning samt utnyttjande av interprofessionell expertis

Personalens ansvars- och rollfördelning samt förmåga att utnyttja expertis i det interprofessionella samarbetet är beroende av att samarbetet är tydligt beskrivet. I litteraturöversikten beskrivs **barriärer i personalens samarbete och organisering av vården** bl.a. som **bristande samarbete** som innefattade underkategorin *oklar uppgiftsfördelning* (Isma et al. 2013, 6; Schalkwijk et al. 2016, 5,8) och *för lite stöd av*

andra (Isma et al. 2013, 5-6). Genom att förbättra och beskriva den interprofessionella ansvars- och rollfördelningen kan varje yrkesgrupp koncentrera sig på sin del, arbetsbördan för en enskild lättas och tiden kan användas effektivare. I fungerande arbetsteam finns det beskrivet vem som ansvarar för vilken inriktning gällande handledning, varje vårdsteg och det interprofessionella samarbetet är beskrivet (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419; Ketola et al. 2006, 7).

En utarbetad vårdkedja fungerar som en beskrivning där rollfördelningen och ansvarsområden är tydliga och är ett bra hjälpmedel för att upprätthålla detta. För att personalen ska kunna utnyttja varandras expertis är det ändamålsenligt att känna till varandras roller, uppgifter och yrkeskunskap som de olika professionerna har (Isoherranen 2013, 156). I gängse vårdrekommendationer betonas behovet att utnyttja interprofessionell sakkänedom (Duodecim 2013, 13).

6.1.3 Kontinuitet, smidiga överföringar, dokumentation och kommunikation

Avgörande för att kontinuitet kan upprätthållas är smidiga överföringar, dokumentation och kommunikation i vården. Detta är tätt sammankopplat med ansvarsfördelning och innebär att remitteringskriterier, vårdsvår och förfarande beskrivs.

I litteraturöversikten beskriver personal barriärer som *oklarheter vart barn remitteras* (Steele et al. 2011, 132) och *utebliven återkoppling* (Schalkwijk et al. 2016, 5,8). Medan föräldrar beskriver fördelen, att *remittering till vård är en avgörande och bidragande orsak till deltagande i interventioner* (Perez et al. 2016, 281).

Informationsöverföring är avgörande för kontinuitet och smidighet i vården. Remiss och vårdsvår är centrala för att vårdkedjan ska fungera. (Ketola et al. 2006, 10) En av de mest väsentliga orsakerna för att en vårdkedja tas i bruk är att övergångar mellan primärvården och specialistsjukvården är smidiga (Ketola et al. 2006, 6). Vid utvecklandet av vårdkedjan bör arbetsfördelningen mellan primärvård och specialistsjukvård samt olika resurser och ansvarsfördelning klargöras. Remitteringskriterier och förfaranden, möjligheter till konsultation och nätverksträffar klargörs och beskrivs i vårdkedjan. Relaterat till att erbjuda rätt vård i rätt tid aktualiserar frågan att inte remittera i onödan d.v.s. om familjen motsätter sig en vårdform är det skäl att jobba med motivation, behov och avvakta med att remittera vidare, förutsatt att det är vårdmässigt möjligt. För att vården ska vara framgångsrik förutsätter det att föräldrar/barn är villiga att göra livsstilsförändringar, motivation och intresse för detta kan väckas (Duodecim 2013, 2).

Personalens beskrivning av *bristande samarbete* och *oklar uppgiftsfördelning* (Isma et al. 2013, 6; Schalkwijk et al. 2016, 5, 8) kan också relateras till bristfällig dokumentationsöverföring. Dokumentation av vården utgör en viktig del i kommunikationen mellan olika enheter och personal som beskriver det som är aktuellt för barnet och familjen i vården av övervikt/fetma. De uppgifter som ska synas inom vårdområdet bör skrivas på ett sådant ställe i journalen att de syns inom sjukvårdsområdet (Ketola et al. 2006, 25).

I hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010 (9 §) beskrivs att en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt bildar ett gemensamt register (hälso- och sjukvården). Detta innebär att det som registrerats av en annan verksamhet får användas enligt det vården och behandlingen kräver. Förutsättningen är att barn/förälder fått information om gemensamma registret för patientuppgifter, om behandlingen av uppgifter och att de har möjlighet att förbjuda utlämnande av uppgifter. I journalen märks in att informationen nått barn/förälder. Vidare beskrivs att det datatekniskt ska finnas en vårdrelation mellan patienten och den som begär uppgifter, vilket uppfylls ex. vid remittering.

6.2 Målinriktad livsstilsvägledning

Målinriktad vård beskrivs i arbetet (kap. 2.6.3) som en av de centrala utgångspunkterna i vården. En stor del av materialet i litteraturöversikten kan relateras till och speglas mot behovet av målinriktad livsstilshandledning. Gängse vårdrekommendationer baseras på och stöder bl.a. tidigt ingripande med motiverande närmelsesätt, familjecentrerad vård och målinriktad vård (Duodecim 2013, 13), som är centrala utgångspunkter i utvecklingsarbetet. Utifrån litteraturöversikten stiger följande områden upp: identifiering av hälsohinder och resurser, målformulering, långtidsinterventioner, uppföljning med feedback, positivt bemötande med motiverande närmelsesätt, involvering av familjeresurser, närsläkt och vänner samt evidensbaserad kunskap. Dessa diskuteras närmare i kapitel 6.2.1 – 6.2.5.

6.2.1 Identifiering av hälsohinder och hälsoresurser

Grunden för livsstilsvägledning är kartläggning av hälsohinder och hälsoresurser. I litteraturöversikten visar det sig att det både för föräldrar och personal kan vara utmanande att identifiera hälsorisker och övervikt/fetma.

Personalen visar *bristande kunskap i att identifiera övervikt och fetma* (Isma et al. 2013, 4-5; Schalkwijk et al. 2016, 7) vilket kommer fram i påståenden som ”*övertygad att det inte finns många överviktiga i området, även om statistiken visar annat*” (Isma et al. 2013, 4,5) eller *även om barn enligt kriterierna är överviktiga är de inte alltid det enligt klinisk bedömning* (Gerards et al. 2012, 5). I litteraturoversikten lyfter personalen också upp **barriärer relaterat till föräldrar och barn** som bl.a. grundar sig på svårighet att identifiera hälsohinder. Personal beskriver att föräldrar *är omedvetna om barnets övervikt, det är inte ett problem för föräldrarna, de är omedvetna om vilka konsekvenser övervikt har på hälsan* (Gerards et al. 2012, 5; Schalkwijk et al. 2016, 5; Steele et al. 2011, 132; Virtanen 2012, 127-128) och de är *omotiverade att göra förändringar* etc. (Gerards et al 2012, 2).

Samstämmighet ses i föräldrarnas beskrivning, behovet av **identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt och fetma** lyfts fram. Föräldrar beskriver bl.a. att *det är svårt att identifiera övervikt och fetma hos sitt barn, det kan vara en överraskning i samband med att personal tar upp ämnet* (Gillespie et al. 2015, 8; Newson et al. 2013, 1292; Virtanen 2012, 111). Vuorela et al. (2010, 1378) studie stärker resultaten och beskriver att föräldrar kan ha svårt att känna igen och identifiera övervikt/fetma hos sitt barn och därför behöver vårdpersonalen hjälpa föräldrar med att bygga upp en realistisk uppfattning av situationen.

Personalen beskriver faktorer som påverkar föräldrars och barns syn i förhållande till övervikt och fetma, detta kommer fram i **barriärer som beror på värderingar i samhället**. Slutsatser som beskriver detta är att *övervikt har blivit ”normalt” i samhället* (Gerards et al. 2012, 4; Virtanen 2012, 129), det är *ovanligt att delta i vårdprogram* (Gerards et al. 2012, 4,2,) *bilden media förmedlar* (Gerards et al. 2012, 4,6; Steele et al. 2011, 132-133) *förändrade matvanor* (Virtanen et al.2012, 127) etc. Dessa beskrivningar tyder på att många faktorer i samhället bidrar till att det är utmanande för föräldrar och barn att inse att något behöver göras för att upprätthålla hälsan.

Vidare underlag för att hälsohinder och övervikt/fetma är svåra att greppa kommer fram i litteraturoversikten över föräldrar/barns syn på saken. Det samlas underlag för att **konkreta händelser eller bevis väcker motivation hos föräldrar**. Följande beskrivningar relaterat till detta var att *barnet inte har andra fysiska symtom, utan är frisk förutom fetma kan det tolkas som att de inte behöver göra något* (Newson et al. 2013, 1295). Samtidigt som det behövs konkreta orsaker för att förändra situationen bl.a. *bevis för att barnet är retat* (Gillespie et al. 2015, 86; Perez 2015, 280; Virtanen 2012, 117), *tvungna att köpa större*

kläder än ålderstypiska (Gillespie et al. 2015, 86), *inte kan delta i skolans aktiviteter* (Gillespie et al. 2015, 83), *klädköp är ofta förknippat med konflikter* (Virtanen 2012, 118), *barnet är ensamt utanför och inte får vara med* (Virtanen 2012, 118) *barnet isolerar sig hemma och har dålig självkänsla, "om mitt barn skulle må bättre, vore hon inte arg hela tiden"* (Gillespie et al. 2015, 86). Utgående från dessa beskrivningar verkar föräldrars vilja att stöda sitt barn öka när det finns en verklig synlig oro som de kan relatera till. Väisänen et al. (2013, 151) har också kommit till liknande resultat och beskriver att föräldrar motiveras av livsstilsförändring som tydligt och sakligt innefattar hälsorisker.

I gängse vårdrekommendationer finns olika metoder att identifiera hälsorisker/-resurser samt övervikt/fetma och det beskrivs att familjers resurser kartläggs samt eventuell oro, önskningar och behov i förhållandet till barnets fetma reds ut (Duodecim 2013, 13). Familjens livssituation, resurser, syn på behovet av livsstilsförändringar och möjligheter att göra förändringar utreds och stöds (Duodecim 2013, 12).

6.2.2 Målformulering, uppföljning och feedback

Målformulering, uppföljning och feedback på förändringar gör att vården blir målinriktad och ger en modell att arbeta efter. Enligt gängse vårdrekommendation stöds familjer att sätta exakta förändringsmål, uppmärksamma sitt eget beteende och feedback ges på förändringar som familjer gör (Duodecim 2013, 9). I litteraturöversikten kommer föräldrars behov att få hjälp med **praktiska hinder och lösningar i vardagen** upp. Behov av att **bemöta hinder i vardagen och vända dem till möjligheter** (Newson et al. 2013, 1292-1293) och hitta lämpliga lösningar - **motiverande är interventioner som passar in i livet, praktiska lösningar som är lätta att implementera** (Gillespie et al. 2015, 87). Resultatet som Väisänen et al. (2013, 87) beskriver i sin studie stöder detta resonemang och beskriver att stöd för att förändra levnadsvanor som motiverar föräldrar är: tydlig och saklig information om övervikt/fetma, noggrann guidning gällande förändringar av levnadsvanor, stödande och positiv feedback.

Uppföljning av levnadsvanor behövs ännu efter avslutad vård och stöder till att upprätthålla levnadsvanorna (Väisänen et al. 2013, 151). Huvudkategorin **stöd av andra** innefattar **behov av personligt anpassade, koordinerade stödinsatser under tillräckligt lång tid** (Lorentzen et al. 2011, 886). Tillräckligt långvarig vård som berör hela familjen och innefattar kost- och motionsrelaterad handledning ger bäst resultat i vården av barn med fetma (Duodecim 2013, 4). Brist på långtidsinterventioner kommer även upp som en

följd p.g.a. **barriärer i personalens samarbete och organisering av vården**. *Brist på långtidsinterventioner* och *brist på strukturering av långtidsinterventioner* (Schalkwijk et al. 2016, 5) beskrivs i litteraturöversikten.

Utformning av målformulering tillsammans med familjer samt förfarandet av uppföljning d.v.s. hur tätt och på vilket sätt kan uppföljning förverkligas beskrivs i vårdkedjan relaterat till livsstilsvägledning. Respons på förändringar ges till familjer och föräldrar uppmanas ge positivt stöd till sina barn (Duodecim 2013, 9). Beskrivning på förfarandet och upprätthållandet av långtidsinterventioner behöver planeras i vårdkedjan.

6.2.3 Positivt bemötande och motiverande närmelsesätt

I litteraturöversikten lyfts behovet av **positivt bemötande** fram av föräldrar och barn. *Familjer önskar positivt, pålitligt accepterande, inte dömande bemötande, även vid motgångar*. Föräldrar beskriver önskan om "rätt stöd" enligt egna behov, önskar att ämnet tas upp på ett finkänsligt, vänligt, inte dömande och kritiskt sätt, önskan om att personalen hjälper och stöder och har en "förmåga att ändra livet", ämnet övervikt är känsligt och kan provocera fram motstånd eller aggressiva reaktioner (Gillespie et al. 2015, 87). En annan beskrivning på detta är att *personligt stöd och acceptans* önskas (Lorentzen et al. (2011, 882).

I litteraturöversikten kommer personalens utmaningar i förhållande till bemötande och motiverande kommunikation fram. Det beskrivs *bristande kommunikationskunskaper* och bl.a. *dålig tillit till egenförmåga att övertala föräldrar* (Gerards et al. 2012, 5; Steele et al. 2011, *osäkerhet hur man ska närma sig barn och familj gällande en så känslig fråga och hur motivera familjer* (Steele et al. 2011, 132) samt *svårt att etablera tillräckligt bra kontakt* (Steele et al. 2011, 132-133).

Personalen rekommenderas att lära sig och använda sig av motiverande intervjuteknik för att minska motstånd och utgå från barn/föräldrars värden och oro (Gerards et al. 2012, 8; Steele et al. 2011, 135) Även Väisänen et al. (2013, 151) beskriver att det finns behov att utbilda hälsovårdspersonal gällande handledning mot hälsosammare levnadsvanor där arbetet med motivationen är det väsentliga. I gängse vårdrekommendationer poängteras betydelsen att utveckla samarbete med barn/familj genom växelverkan och finkänsligt bemötande (Duodecim 2013, 10).

Väisänen et al. (2013, 151) tar upp att föräldrar som själva är överviktiga är speciellt utmanande att motivera till livsstilsinterventioner riktade på viktkontroll och att föräldrar identifierar betydelsen av egen övervikt är central. Wills & Lawson (2014, 780) beskriver att det vid planering av vården lönar sig att *beakta föräldrars erfarenheter och upplevelse av stress och stigmatisering p.g.a. egen övervikt, eftersom dessa påverkar föräldrarnas attityd gentemot barnets vård*. I litteraturöversikten beskrivs att *ämnet övervikt är känsligt att ta upp* (Gillespie et al. 2015, 87; Lorentzen et al. 2011, 882) och ämnet är ofta förknippat med stigmatisering, skuld eller skam (Gillespie et al. 2015, 87; Lorentzen et al. 2011, 884; Virtanen 2012, 111; Wills & Lawson 2014, 780). Detta yttrar sig på många olika sätt. *Viktigt är att förälderns känsla av skuld lättas* (Gillespie et al. 2015, 87).

I gängse vårdrekommendation betonas att levnadsvanors personliga och känsliga karaktär ska beaktas när ämnet tas till tals (Duodecim 2013, 10). Diskussion om föräldrars/barns önskemål relaterat till vården samt tidigare erfarenheter kan vara en förutsättning för att avancera i vården.

Positivt bemötande och motiverande närmelsesätt ger bra underlag för ett samarbete med familjen som karaktäriseras av växelverkan. I litteraturöversikten poängteras att: *viktigt är att förälderns känsla av skuld lättas och att barnet uppmuntras att delta* (Gillespie et al. 2015, 87). Personal behöver kunna *acceptera bakslag utan att förebrå eller att visa uppgivenhet och kunna fortsätta försöka stöda familjer och hitta andra lösningar* (Lorentzen et al. (2011, 884). Även om viktfrågan är känslig ska *personal inte tolka det som att familjerna är ointresserade* (Perez et al. 2016, 283).

Sammanfattningsvis behövs material och metoder som stöder motiverande samtals teknik och växelverkan till familjer. På detta vis blir familjen aktiv i vården och vården utgår från familjens behov. Bakslag i vården ingår och bemöts med att hitta andra mer anpassade lösningar för familjer.

6.2.4 Involvering av familjeresurser, närsläkt och vänner

I förhållande till involvering i familjeresurser beskrivs ur personalens synvinkel **barriärer i relation till föräldrar och barn** som i detta sammanhang innebär att *föräldrar förbjuder hälsovårdare att ta upp problemet med barn i lågstadieåldern* (Virtanen 2012, 129). Rekommendationen är att interventioner riktar sig till hela familjen (Duodecim 2013, 2). I vårdkedjan bör det beaktas att skolbarn går ensamma till hälsovårdaren. Deltar inte

föräldrar i vården är det viktigt att anpassa interventionerna enbart till barnet, enligt ålder och omständigheterna samt att bjuda in föräldrar till att delta. Vid vården av fetma riktas resurscentrerad handledning mot barnets styrkor och på att uppmärksamma små förändringar (Duodecim 2013, 12). I vårdkedjan bör det konkret beskrivas förfarandet om barnet är ensamt eller om föräldrarna deltar i skolhälsovården, föräldrar bjuds in att delta och vården anpassas till den enskilda familjens resurser.

I litteraturöversikten lyfts föräldrars behov att få **stöd av andra** upp, vilket kan vara avgörande för vården. *Familjemedlemmar, vänner och andra i sociala nätverket påverkar beslutet att delta i en intervention* (Newson et al. 2013, 1229-1230). I en studie konstaterades att *föräldrars olika syn på barnets fetma gjorde att familjer inte förband sig till interventioner* mot hälsosammare vanor (Virtanen 2012, 111). I vårdkedjan är det väsentligt att föräldrar involveras, är föräldrarna skilda bör båda involveras. Föräldrar behöver båda information för att kunna hålla samma linje och erbjudas möjlighet att sätta individuella förändringsmål som passar i deras vardag. Även andra centrala personer i barnets vardag som närsläkt involveras enligt behov.

I litteraturöversikten kommer det fram att *det är svårt att vara förebild för sitt barn, föräldrar behöver stöd för det som de själva inte kan lösa* (Virtanen 2012, 111). Detta visar på behovet av att involvera personer i barnets närmiljö som kan hjälpa/avlasta och fördela ansvaret. Hur omfattande involveringen av personer i närmiljön är, beror givetvis på problemens art eller graden av övervikt/fetma och familjens individuella behov.

Både för barn och föräldrar lyfts behovet av stöd av andra i samma situation upp. *Stöd av andra föräldrar i samma situation är viktigt och ger motivation* att fortsätta kämpa (Gillespie et al. 2015, 87; Newson et al. 2013, 1297). *För barn med fetma är det betydelsefullt med kompis som är i samma situation* (Lorentzen et al. 2011, 881; Newson et al. 2013, 1297) Väisänen et al. (2013, 151) beskriver samma resultat, att stöd av andra i samma situation motiverar föräldrar.

6.2.5 Evidensbaserad kunskap

Evidensbaserad kunskap för livsstilsinterventioner är centralt att ta upp eftersom det i litteraturöversikten beskrivs **barriärer relaterade till personalens behov av mera kunskap**. Personalen beskriver bl.a. *otillräcklig kunskap för att stöda och hjälpa* barn med övervikt/fetma och deras föräldrar (Isma et al. 2013, 4-5; Gerards et al. 2012, 4;

Schalkwijk et al. 2016, 4; Steele et al. 2011, 132) *önskar mera träning/utbildning av färdigheter att arbeta med barnfetma* (Gerards et al. 2012, 4).

Kunskapen och metoderna som används bör bygga på evidensbaserad kunskap (Ketola et al. 2006, 6-8); Duodecim 2013, 10). Detta är även fastställt i hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010 (§ 8) som beskriver kvalitet och patientsäkerhet, vården skall baseras på evidens, god vård och goda rutiner.

6.3 Information och material för personal/ barn/ föräldrar

Information och kunskap om övervikt/fetma hos barn är grunden till att kunna vårda, och till det behövs material och hjälpmedel som kan användas i vården. Med hjälp av vårdkedjan koncentreras material och information som används till ett ställe som är lätt tillgänglig i den vardagliga vården.

I litteraturöversikten uppmärksammas utmaningen av att ***upprätthålla hela personalen informerad om livsstilsinterventioner*** (Schalkwijk et al. 2016, 5, 8). Det kom fram **barriärer relaterat till personalens behov av mera kunskap**. Personalen beskriver att de har ***otillräcklig kunskap för att stöda och hjälpa*** (Isma et al. 2013, 4-5; Gerards et al. 2012, 4; Schalkwijk et al. 2016, 4; Steele et al. 2011, 132), ***brist på adekvata verktyg och hjälpmedel*** (Isma et al. 2013, 4; Schalkwijk et al. 2016, 7), ***brist på relevant material att ge till barn, familjer och skolpersonal*** (Steele et al. 2011, 132; Schalkwijk et al. 2016, 7) samt ***brist på kunskap i identifiering av övervikt/fetma*** (Isma et al. 2013, 4-5; Schalkwijk et al. 2016, 7).

Resultaten kan till en del tolkas spegla föräldrars beskrivning att de ***inte får tillräckligt stöd av personal inom vården*** bl.a. av hälsovårdare, näringsterapeut och andra yrkesgrupper (Virtanen 2012, 118), vidare kommer det fram att ***föräldrar själva måste vara aktiva och hitta info*** om förebyggande och vård av fetma (Virtanen 2012, 118; Gillespie et al. 2015, 88).

Grundläggande information om förebyggandevård och vård vid övervikt/fetma, material och hjälpmedel för att identifiera övervikt/fetma samt hälsohinder och resurser, frågeformulär utvecklade att uppmuntra till motiverande samtalsteknik genom växelverkan samt riktlinjer för livsstilsvägledning finns samlad i gängse vårdrekommendation, Lihavuus (lasten) Käypä hoito 2013. Material som används i vården av olika yrkesgrupper

samlas och länkas till vårdkedjan. Olika resurser i det interprofessionella teamet har eget material som kan länkas till arbetsbeskrivningen.

7 Utveckling av vårdkedja i praktiken

Arbetsgruppens sammansättning och vem som ska tillhöra arbetsgruppen är väsentligt för att vårdkedjan ska vara gällande (Ketola et al. 2006, 13). Under ett förberedande möte diskuterades arbetsgruppens deltagare som representerar respektive kommun eller enhet. Möjliga deltagare till vårdkedjemöten samt möjliga kommentatorer för vårdkedjan diskuterades och beslöts internt inom hälsovården i de olika kommunerna Hangö, Ingå och Raseborg. Överläkare och överskötare bör tillhöra arbetsgruppen, med anledning av sjukvårdsområdets forsknings-, utvecklings- samt utbildningsansvar och motsvarande i primärvården (Ketola et al. 2006, 12-13). I praktiken innebar detta att ansvariga läste igenom och godkände förslag till vårdkedjan.

Det beslöts att primärvården har ordförandeskapet. Detta stämmer överens med rekommendationen enligt handboken för vårdkedjearbetet som rekommenderar att primärvården har ordförandeskapet för att bättre förbinda sig till arbetet (Ketola et al. 2006, 13). Beslutet var logiskt eftersom största ansvaret relaterat till förebyggande av fetma och vården av övervikt/fetma hos barn sker inom primärvården. Gällande fysioterapi och psykiatriska sidan, beslöts att de ger sakkunnigutlåtande när vårdkedjearbetet kommit längre.

En månad innan första mötet skickades material inför vårdkedjemötet till samtliga deltagare. Materialet baserades på rekommendationer enligt handboken för vårdkedjearbete av Ketola et al. (2006, 13) Materialet som skickade ut var gängse vårdrekommendationer, som innefattade detaljerad beskrivning av riktlinjer för arbetsfördelning mellan primärvård och specialistsjukvård samt även beskriver bl.a. vårdinnehåll, betydelsen av att familjer involveras i vården, målsättning och bemötande etc. Länkar till aktuella vårdkedjor som redan finns i Terveysportti med vidare hänvisning till det tilläggsmaterial som finns/ används skickades ut. Handbok för vårdkedjearbete bifogades. Materialet skickades ut till samtliga som meddelats delta. Det krävs att hela arbetsgruppen är insatt i vårdkedjearbetet, ämnet och det samlade materialet (Ketola et al. 2006, 14).

7.1 Vårdkedjemöten i förhållande till arbetets teoridel

I detta kapitel behandlas vårdkedjemöten och utvecklingen i förhållande till arbetets teoridel. Det innebär att främst utvecklingen i förhållande till teoridelen presenteras, andra mötesdeltagare har också presenterat material under vårdkedjemöten, även om det inte behandlas i detta arbete. Förberedelse inför möten och föredragningslista inför möten planerades av skribenten, med möjlighet för övriga deltagare att påverka innehållet. Mötesinnehållet planerades delvis utifrån teoridelen i arbetet d.v.s. bakgrundskunskaper och resultaten av litteraturöversikten samt handbok för utveckling av vårdkedjor av Ketola et al. (2006). Efter mötena sammanfattades mötesprotokoll som innefattade diskussionsämnen, beslut och uppgifter distribuerades till mötesdeltagare. Mötesdeltagare hade möjlighet att ta upp eventuella missförstånd och ta del av vad som behandlats och beslutits under möten, även vid frånvaro.

För att göra mötesprocessen överskådlig i förhållande till arbetets teoridel, presenteras en tabell över vårdkedjemötena (Tabell 10.) som beskriver planerat fokus och hur det förverkligats i förhållande till arbetets teoridel. De mål som strävats till är de övergripande områden som presenterades i resultatdelen d.v.s. organiserat interprofessionellt samarbete, målinriktad livsstilsvägledning samt genom att koncentrera information och material för personal, föräldrar och barn i vårdkedjan. Punkter som närmare beskriver hur detta ska uppnås finns listade i tabellen. Sista punkten material och information är sammansatta som en enda punkt, i textbeskrivningen förklaras noggrannare innehållet. I tabellen beskrivs när ämnet planerats tas upp, om ämnet behandlats, om ämnet ej tagits upp och när något beslut i saken gjorts. Sista kolumnen beskriver resultatet. Om ämnet fått önskat resultat i vårdkedjan beskrivs det med + eller -. Processen mot resultat diskuteras i kapitlen 7.2 -7.4 efter Tabell 10.

Mål som strävas till	Ämne	Möte 1	Möte 2	Möte 3	Möte 4	Möte 5	Resultat
Organiserat interprofessionellt samarbete	Gemensamma mål och riktlinjer	✓* ✓	✓ ✓	✓	✓	✓ ✓	+
	Ansvarsrollfördelning samt utnyttjande av expertis	✓ ✓	✓ ✓*	✓ ✓*	✓* ✓	✓ ✓*	+/-
	Kontinuitet, överföringar, kommunikation, dokumentation	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓*	✓ ✓*	+/-
Målinriktad livsstilsvägledning	Identifiering av hälsohinder och – resurser	✓ ✓	✓ ✓	✓		✓ ✓	+
	Målformulering, uppföljning med feedback	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓			+
	Positivt bemötande, motiverande närhetsätt	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	✓ ✓	+
	Involvering av familjeresurser, närsläkt/vänner	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	✓ ✓	+/-
	Evidensbaserad kunskap	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓	✓ ✓*	+ (-)
Information och material för barn/personal/föräldrar	Material och hjälpmedel till vården	✓ ✓	✓ ✓*	✓ ✓*	✓ ✓*	✓ ✓*	+

Tabell 10. Översiktstabell som åskådliggör planerat fokus vid möten, resultat i förhållande till kunskapsutvecklingen.

Planerat fokus för möte beskrivs med ✓. Ämne som behandlats på mötet ✓.

Ett beslut eller resultat under mötet märks med ✓ fet stil.

Planerat ämne/delområde som inte behandlats enligt plan p.g.a. tidsbrist ✓*.

Orsaken till obehandlat ämne beror på frånvaro eller ogjord uppgift ✓*.

Förväntat resultat till vårdkedjan märks med + Medan ouppfyllt resultat märks med – och resultatet +/-, innebär delvis uppfyllda kriterier.

7.2 Processen mot organiserat interprofessionellt samarbete

Processen mot organiserat interprofessionellt samarbete pågick på flere plan. Dels under mötena, där primärvårdens och specialsjukvårdens arbetsfördelning och samarbete utvecklades och beskrevs. Samtliga kommuner och specialsjukvården arbetade även internt för att lösa egna organisatoriska utmaningar och beskriva det interprofessionella samarbetet. Processen mot organiserat interprofessionellt samarbete under vårdkedjemöten beskrivs i de kommande kapitlen 7.2.1 till 7.2.3.

7.2.1 Gemensamma mål och riktlinjer

Fokus vid första mötet var att sammanfatta och presentera bakgrundskunskap inför vårdkedjearbetet i syfte att leda mötesdeltagarna mot samma riktning och mål inför utvecklandet av vårdkedjan. Isoherranen (2013, 128) relaterar till skapande av gemensam kunskap i interprofessionellt samarbete och poängterar att gemensam kunskap, skapande av mål och fungerande kommunikation är tätt sammanlänkade.

Vid första mötet höll skribenten en presentation vars syfte var att ge deltagarna bakgrundsinformation och en gemensam referensram för vården. Ämnen som togs upp var relaterat till vården av barn med övervikt/fetma, personalens och föräldrars/barns synvinkel utgående från litteraturöversikten. Punktvis presenterades även de centrala utgångspunkterna för vårdarbetet, definition av vårdkedja beskrev ramarna vad som är väsentligt i en vårdkedja. Relaterat till interprofessionellt samarbete nämndes gemensamma mål, tydliga roller och ansvarsfördelning samt fungerande kommunikation som är behövligt för att kunna utveckla ny gemensam kunskap tillsammans.

Enligt planen skulle vårdkedjans målsättning formuleras gemensamt i slutet av mötet men tiden räckte inte och det beslöts att skribenten utformar vårdkedjans målsättning som fastslogs under andra mötet. Vid femte mötet tog skribenten upp ett förslag på omformulering av vårdkedjans målsättning efter beslut att vårdkedjan enbart riktas till personal. (Bilaga 5. Vårdkedjans målsättning)

Texten i vårdkedjans målsättning är utformad enligt rekommendation av handboken för vårdkedjearbete d.v.s. texten skall vara klar med konkret terminologi som ger förståelse för vad som behöver göras (Ketola et al. 2006, 8). Texten är riktad till personal att konkret, överskådligt och praktiskt beskriva vårdkedjans målsättning, som omfattar organiserat

interprofessionellt samarbete, målinriktad livsstilsvägledning och att koncentrera information och material för personal och barn/föräldrar i vårdkedjan. Även de centrala utgångspunkterna tidigt ingripande med motiverande närmelsesätt, familjecentrerad och målinriktad vård är utformade till praktiskt konkret handlande, jämför Bilaga 5. Vårdkedjans målsättning.

Det som fungerat bra under vårdkedjemöten var intresse och engagemang för familjecentrerad vård. Ämnet diskuterades, på olika nivåer har familjers och barns välmående och behov av finkänslighet p.g.a. ämnets känsliga karaktär tagits till tals och det har arbetats för att hitta praktiska lösningar att stöda detta. Exempel på detta är att sträva till att rikta livsstilsvägledning och att involvera föräldrar i förstahand i vården, när det gäller lågstadieelever i lägre klasser. Det talades om att ge barn ro att utvecklas, utan att involveras i ämnet medan föräldrar tar mer ansvar för vad som serveras, sätta gränser för skärmtid, stöda god sömn och öka aktivitet. Relaterat till familjecentrering beskrevs bl.a. föräldrars medverkan vid livsstilsförändring, även plan om föräldrar inte är närvarande beskrevs.

7.2.2 Processen mot ansvars- och rollfördelning samt utnyttjande av expertis

Utnyttjande av expertis i det interprofessionella samarbetet d.v.s. utnyttjande av olika professionella grupperns expertkunnande t.ex. hälsovårdare, näringsterapeut, fysioterapeut, psykiater, psykolog, kurator, familjearbetare etc. diskuterades och behandlades på olika sätt. Det konstaterades att det är tidskrävande och kan vara utmanande att få tillstånd en förändring mot hälsosammare vanor i familjer. För att lyckas behöver olika resurser med expertkunnande utnyttjas. Arbetet konstaterades behöva spridas på flere olika resurser för att ge resultat och vara praktiskt genomförbart.Handledning till familjer som stöder livsstils- och beteendeförändring inom primärvården bör baseras på interprofessionellt samarbete som åtminstone bygger på medicinskt kunnande, näringslära, beteendevetenskap och fysioterapi (Duodecim 2013, 13).

I processen att nå tydliga roller och beskrivning av ansvarsfördelning samt utnyttjande av expertis koncentrerades i början på att få en uppfattning av varandras kunskap, arbetssätt och roller för att hitta balansen, var gränsen mellan primärvårdens och specialistsjukvårdens uppgifter skulle dras.

Utmanande under de två – tre första mötena var att komma underfund med vilka arbetsätt och resurser det fanns, eftersom all personal i arbetsgruppen inte kunde förbinda sig till att utföra de uppgifter som kommits överens om inom utsatt tid. Hur uppgifterna skulle utföras var beskrivet, även skriftligt, det fanns kontaktuppgifter om något var oklart och material hade distribuerats. Tidsbrist var en bidragande orsak.

Resultatet av arbetsfördelningen mellan primärvård och specialistsjukvård berodde slutligen på organisatoriska omfördelningar som innebar att det inte längre var möjligt att ha en lägre remitteringsgräns än övriga HUCS- området. Detta p.g.a. att remittering till specialistsjukvården centraliserades, vilket medförde att rekommendationerna enligt gängse vård gäller, lokala avvikelser inte kan beaktas i detta avseende och vården bör utformas enligt detta.

Under samma tidsperiod beslöt skribenten att inte försöka sammanfatta kommunernas beskrivningar till en gemensam, eftersom förfarandet delvis inte var beskrivet och delvis olika p.g.a. olika resurser och olika förfaranden inom kommunerna. Kommunerna behövde helt egna delar i vårdkedjan som beskrev arbetsfördelning och vårdinnehåll.

Mellan möten och efter alla fem möten hölls telefon- och e-postkontakt med samtliga kommuner i syfte att ge feedback på det som var gjort och vad som behövde göras för att nå beskrivning av ansvars- och rollfördelning där olika professioners expertkunnskap och inriktning utnyttjas. Ketola et al. (2006, 9) påpekar att det vid vårdkedjans utveckling behövs någon som ser efter att uppgifterna blir gjorda.

Inom primärvården var det från början oklart om det kommer att beviljas näringsterapi i primärvården i en kommun, medan det vid tredje mötet stod klart att det inte beviljats och inte kommer att finnas under följande år. När besluten väl var gjorda och primärvården bekräftat att de kan hålla sig till remitteringskriterierna och verkställa vården enligt detta, kunde arbetet riktas in på att överlappa de brister som fanns. Vid utvecklandet av vårdkedjan är det väsentligt att bedöma risker och utmaningar och fundera ut en handlingsplan där man kan beakta ex. resursförändringar (Ketola et al. 2006, 9). Åtgärder som vidtogs beskrivs närmare i nästa kapitel där utveckling av material beskrivs.

Vid vårdkedjemöten beslöts att även om det för tillfället inte finns näringsterapi i primärvården inom två kommuner ska det framgå av vårdkedjan i vilket skede näringsterapi rekommenderas inom primärvården. Beslutet baserade sig på att det bör framgå att det rekommenderas enligt gängse vård (Duodecim 2013, 13) samt eftersom

budgeten för kommuner årligen görs upp, behöver det påvisas att det finns ett verkligt behov även inom kommunernas primärvård. Kommunala avtal mellan primärvården och specialsjukvården påverkar hur tjänster byggs upp. Avtal inom sjukvårdsdistrikt beskrivs i Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010 paragraf (43 §), gällande avtal om ordnande av specialiserad sjukvård. Det innebär att kommuner och sjukvårdsdistrikt årligen ingår avtal om ordnande av specialsjukvård. Avtalen håller ett år i taget. Årligen bedöms hur avtalen fungerat och ändringar kan göras efter behov. Det poängteras att arbetsfördelningen ska främja hälso- och sjukvårdens kvalitet, patientsäkerhet och hälso- och sjukvårdens genomslag, produktivitet och effektivitet.

Arbetsuppgifter och -fördelningen är detaljerat beskriven i vårdkedjan för de flesta resurser och enheter. Vid möten fastställdes behovet och det gjordes beslut på att alla kommuner och specialsjukvården internt utreder och beskriver sin organisation, arbetsfördelning och tjänsternas innehåll.

Delvis minus i resultatkolonnen (Tabell 10.) hänvisar till att någon kommun valt att inte detaljerat beskriva övriga vårdteamets involvering och arbetsuppgifter, utan hänvisar med en vid behov formulering till olika resurser vars arbetsuppgifter inte är beskrivna. Risken med vid behov beskrivning är att de inte bidrar med förklaring, utan det är upp till den enskilda hälsovårdarens intresse. Ifall arbetsteamet inte på alla nivåer är lika sammansvetsade kan ansvarsområdet för någon blir för stort och tiden inte räcker till. För ny personal innebär detta utmaningar eftersom de inte känner till vården. Isoherranen (2013, 147 – 148) lyfter fram problematiken om det inte finns modell för hur personalen ska fungera tillsammans kan det lätt bli motsägelser och tidigare mönster och vanor återtas. Skriftliga instruktioner över den praktiska fördelningen ger en gemensam handlingsplan som är lätt att följa även vid personalbyte.

I Bilaga 5. vårdkedjan i pappersform, kan arbetsfördelningen i stora drag och de övergripande linjerna mellan primärvård och specialsjukvård delvis greppas. Noggrannare beskrivningar kommer enbart fram i nätversionen av vårdkedjan genom att öppna länkar t.ex. för remitteringskriterier, remissinnehåll och andra detaljerade beskrivningar. Vårdkedjan i nätversion är omfattande och det finns inte möjlighet att hela ingår som en bilaga i detta arbete, eftersom det i samtliga dokument kan länkas vidare till nya sidor. Nätaadressen finns utskriven till sist i utvecklingsarbetet.

7.2.3 Processen mot kontinuitet, smidiga överföringar, dokumentation och kommunikation

Efter beslutet om arbetsfördelningen mellan primärvården och specialsjukvården kunde arbetet riktas till att hitta lösningar enligt de resurser som finns inom sjukvårdsområdet. Remissinnehåll och remitteringskriterier fastställdes. Tidigare har förfarandet varierat både gällande remissinnehåll och i vilket skede barn/ungdomar remitterades. Remiss och vårdsvår är centrala för att vårdkedjan ska fungera (Ketola et al. 2006, 10). Väsentligt är även att veta när det inte lönar sig att remittera, för att undvika onödigt arbete och satsa på rätt vård i rätt tid enligt familjers resurser. Ibland kan detta innebära att arbetet riktas till väcka motivation. Detta kommer fram bl.a. i beskrivningen av remitteringskriterierna.

I syfte att främja tidigt ingripande och stöda överföringar i vården beskrevs förfarande för barn som inte uppnått kriterier för specialsjukvård eller kommer till hälsovårdscentral där det uppdagas att det är aktuellt att påbörja livsstilsförändringar. I båda situationerna hänvisas eller rekommenderas familjer att kontakta egen rådgivning/skolhälsovård för livsstilsvägledning. I litteraturöversikten beskrev föräldrar att barnet *remitterades vidare för vård hade positiv inverkan för att emot ta vård* (Perez et al. 2016, 285).

Möjlighet till konsultation och nätverksmöten beskrevs. Användande av primärvårdens resurser även inom specialsjukvården beskrevs. T.ex. kurator, fysioterapi för att vården ska vara närmare, mer ekonomisk och praktisk för familjer. En kommun har valt att förfarandet går via hälsovårdare, eftersom mötesdeltagarna för kommunen valt att inte beskriva medarbetarnas arbetsuppgifter. Detta har noterats som delvis minus i resultattabellen.

Åtgärder för att förbättra interaktionen i arbetet och arbetsprocessen mellan personalen är strategier som i praktiken förbättrar det interprofessionella samarbetet (Zwarenstein, Goldman & Reeves 2009, 3). Dokumentation är utmanande p.g.a. olika dataprogram.

Lov i patientdataregister för smidig informationsöverföring kontrolleras inom egen organisation. Det nationella patientdataarkivet Kanta och den regionala tjänsten Navitas är utformade att överlappa organisatoriska barriärer i det kliniska arbetet mellan primärvård och specialsjukvård. I praktiken finns många begränsningar som kräver andra lösningar.

För att förbättra kommunikationen och dokumentationen riktades uppmärksamhet på att få kommunikationen att löpa så att kontinuiteten upprätthålls. Olika lösningar på detta har beaktats och beskrivits i vårdkedjan bl.a. tar sjukskötare från barnpolikliniken kontakt per telefon när vården överförs tillbaka till primärvården, även om det skrivs en

sammanfattande text eftersom barnet annars riskerar falla ur uppföljningen. Även näringsterapeut beslöt att oftare skriva text så att den är tillgänglig för primärvården. Det som skall synas inom vårdområdet bör skrivas på överenskommet ställe synligt (Ketola et al. 2006, 25).

Nyckelord för vård och dokumentering presenterades och diskuterades. Kost, motion, skärmtid och sömn är temaområden för förändringar mot hälsosammare vanor (Duodecim 2013, 10) och grunden för målsättning och uppföljning tillsammans med familjen. Ytterligare motivation och resurspersoner togs upp som nyckelord eftersom de är centrala för vårdplaneringen. Idén med att ta upp nyckelord är att ringa in vad som är väsentligt i vården och som stöd för dokumentation. Det rekommenderas att man kommer överens om nyckelord samt en gemensam uppställning där centrala uppgifter som ska vara med är fastställda (Ketola et al. 2006, 23).

Dokumentation bör utvecklas så att den effektivt stöder den kollektiva datainsamlingen mellan olika enheter och olika professioner, vilket är en stor utmaning (Isoherranen 2013, 129 – 130). Dokumentation är ett område som inom de närmaste 1-2 åren förväntas ändras till ett gemensamt datasystem mellan primärvård och specialistsjukvård, förutsatt att alla kommuner deltar, därför behandlas inte övriga detaljer i dokumenteringsförfarandet under vårdkedjemöten. Relaterat till tillväxtuppgifter bör dessa ingå i remissen i numeriska värden för att det ska kunna tas ställning till tillväxt och vårdbehov.

Praktiska lösningar för förfarandet mellan primärvård, specialistsjukvård och föräldrakontakt beskrevs, eftersom det i praktiken visat sig svårt för föräldrar att komma ihåg att boka tid för uppföljning hos rådgivning och skolhälsovård.

Behovet av långtidsinterventioner diskuterades under arbetets gång. Bl.a. vad följderna blir om uppföljning avslutats för snabbt efter goda resultat. Detta medför att risken för att återgå till gamla vanor ökar. Att nå resultat sker långsamt och ofta behövs flere år, i synnerhet vid svår fetma med familjär bakgrund, konstateras det inom arbetsgruppen. Som följd av detta beslöts att det inte ska finnas tidsbegränsning utskrivna i vårdkedjan. Däremot anpassas vården och intensiteten samt nivå enligt familjens resurser. Om familjer inte är intresserade av t.ex. näringsterapi eller fysioterapi, är det ingen idé att remittera i onödan, utan arbetet riktas till att arbeta med motivation eller hitta lösningar för avlastning och involvering av andra.

7.3 Processen mot målinriktad livsstilsvägledning, koncentrera information och material till personal, barn och föräldrar

Processen att nå målinriktad livsstilsvägledning samt att koncentrera information och material till personal, barn och föräldrar i vårdkedjan, påverkar varandra och tas i detta skede upp under samma rubrik eftersom de går hand i hand.

Processen att ta fram information, hjälpmedel och stödmaterial för personal, barn och föräldrar var omfattande. Av samma orsak som tidigare beskrevs var det utmanande att få en uppfattning om primärvårdens metoder, modeller och material som används vid livsstilsvägledning. Generellt kan sägas att de kommuner som fått utbildning i ämnet hade lättare att beskriva sina metoder och material. En annan möjlig bidragande orsak var att all personal i möteskonstellationen inte i praktiken arbetade med dessa uppgifter. Materialet som beskrevs var litet vilket tolkades av skribenten som att det finns ett behov att öka kunskap, utveckla material att använda i vården och utbilda personal för att vården ska vara ändamålsenlig.

En del av den information och det material som koncentrerats till vårdkedjan för att underlätta arbetet finns att tillgå från gängse vårdrekommendationer. Bl.a. grunderna för förbyggande vård inom hälsovården och i familjer (Duodecim 2013, 8) samt grunderna för vården av barn och ungas med fetma (Duodecim 2013, 10). Dessa är formulerade så att de stämmer överens med aktuella vårdkedjans målsättning och vårdens riktlinjer. De beskriver hur man tar till tals, familjecentrering, vad livsstilsförändringar innefattar, beteendeförändringsmetoder med motiverande ansats samt vårdens förverkligande och uppföljning. Åtgärderna är konkreta och praktiska. (Duodecim 2013, 10)

Fördelen med dessa är att de länkas rakt till gängse vårdrekommendationer d.v.s. Lihavuus (lapset): Käypä hoito 2013 och ökar chansen att personal noggrannare bekantar sig med den information som gängse vårdrekommendationer erbjuder. Nackdelen är att de är på finska. Lov för översättning har inte sökts eftersom personalen i vården ska klara både finska och svenska. Däremot har lov ansökts och erhållits för att översätta material som riktar sig till förälder/ungdom, d.v.s. en ”motivationsmätare” som fungerar som ett underlag för diskussion, öka växelverkan och utreda motivation hos ungdomar eller föräldrar (Duodecim 2013).

Identifiering av hälsohinder och resurser beskrevs vara utmanande för föräldrar men också personal (kap 6.2.1 behandlar ämnet). I Bilaga 5. (Vårdkedja för barn och ungdomar) finns

under rubriken diagnos/symtom olika länkar för att underlätta identifiering av övervikt/fetma. Bl.a. infogades tabeller med diagnoskriterier, diagnoskoder samt iso – BMI räknare. I kommunernas och specialsjukvårdens egna delar av vårdkedjan finns hjälpmedel för att identifiera hälsorisker t.ex. relaterat till centralfetma, förfarandet vid avvikande i kontroller som blodtryck, hudförändringar etc. Riktvärden och när det krävs konsultation är beskriven. Tillväxtkurvan är ett bra hjälpmedel för att följa tillväxten och identifiera fetma och därför lönar det sig att se på den tillsammans med familjen (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2420; Vuorela, Haka & Saha 2015, 66).

Angående involvering av familjeresurser, närsläkt och vänner beskrivs detta mer detaljerat av skolhälsovården där barn ofta kommer utan föräldrar. Ett brev som kan användas av skolhälsovården i syfte att bjuda in och medvetandegöra föräldrar om att det finns behov att göra förändringar mot hälsosammare livsstil, formulerades och länkades till vårdkedjan. Beskrivning av kontaktförfarande t.ex. om föräldrar är skilda och kartläggning av resurser finns med. Delvis minus i resultattabellen presenteras i kap. 7.4 behov som inte kan uppnås i vårdkedjan.

Kartläggning av hälsohinder och resurser är beskrivet i olika sammanhang och uppdelning mellan t.ex. läkare/hälsovårdare/sjuksköterska framgår. Relaterat till identifiering av illabefinnande av psykiska hälsan diskuterades olika alternativ och eventuella lösningar. Angående frågeformulär för identifiering av olika typer av psykiskt illabefinnande beslöt av psykiatrin att de ansvarar för utvärderingen inom specialsjukvården. I vårdkedjan beskrivs vilket stöd som erbjuds av olika resurser inom primärvården som psykolog och kurator samt inom specialsjukvården beskrivs näringsterapeutens, barnläkarens roller och i vilket skede psykiatrin involveras.

Material och hjälpmedel för livsstilsvägledning som länkats till vårdkedjan baseras på resursförstärkande principer för familjer. Material som i Finland används speciellt inom rådgivning och hälsovård i förebyggande syfte och i vården riktad till familjer och barn, är delvis nätbaserat ”smarta familjen” material. ”Smarta familjen” material ger vårdpersonal en metod och verktyg för livsstilsvägledning av barnfamiljer och finns delvis på svenska och engelska. För äldre ungdomar från årskurs åtta och uppåt finns ”TOTA” material som även det är delvis nätbaserat, delvis svenskt hjälpmedel att använda vid livsstilsvägledning.

Materialet ”smarta familjen” används i praktiken av den kommun som fått utbildning att använda materialet. Det förblev oklart i vilken omfattning materialet används av övriga kommuner i primärvården. ”TOTA” material för livsstilsvägledning för ungdomar

användes enbart av de högstadier som hör till en kommun utanför sjukvårdsområdet men vars elever kommer från Ingå och därför hör till sjukvårdsområdet. Hälsovårdaren som tog upp TOTA material, hade fått utbildning och använde materialet i praktiken.

Som resultat av att det i två kommuner inte finns näringsterapi tillgänglig inom primärvården har specialsjukvårdens näringsterapeut sammanfattat ett dokument ”matval för barn och unga med övervikt”. Det baserar sig bl.a. på finska näringsrekommendationer. Versionen är kortare och översatt till både finska och svenska och är utformad för personal i första hand, men kan även ges till familjer eftersom liknande material enbart finns på finska. Under vårdkedjemöten gjordes beslut att personal i samtliga kommuner ska förbinda sig till att använda sig av den kunskapen vid livsstilshandledning, i syfte att ”minska egna sanningar” som kan uppstå p.g.a. olika trender i samhället.

En kommun önskade länka dokumentet ”kraftresurser i vardagen” för att bland småbarnsföräldrar kunna ta hänsyn till familjens resurser. Annat material som länkats beslöts vara till föräldrar för att v.b. kunna erbjuda föräldrar vägledning för deras egen del. En länk till ”Hälsobyn” – viktkontrollstigen som är nätbaserad ”hälsobantningscoaching” med handledande respons riktat till föräldrar, lades till.

Målinriktad livsstilsvägledning är beskriven inom kommunernas och specialsjukvårdens egna vårdbeskrivningar där det beskrivs hur mål fastställs och följs upp. Betoning har satts på att barn/föräldrar tillsammans med personal ska fastställa målen och att de regelbundet följs upp, planeras hur de kan uppnås på ett praktiskt plan, förkastas eller att nya mer passande bestäms. För att stöda processen framåt har feedback getts både per e-post och per telefon under olika skeden i utvecklingen av vårdkedjan.

Vid tredje vårdkedjemötet slogs fast att vården bör vara målinriktad. En till två förändringar fastställs tillsammans med föräldrar/barn med hjälp av det material som vårdkedjan erbjuder för livsstilshandledning. Planerade förändringar följs upp och respons ges på förändringar.

Dalla Valle & Jääskeläinen (2016, 2419) rekommenderar att personalen via Duodecims Oppiportti går en nätkurs i motiverande samtalsteknik och även kurs gällande vården av barnfetma. Länken relaterat till barnfetma kunde direkt kopplas till vårdkedjan.

Delvis (minus) i parentes i resultat Tabell 10. relaterat till evidensbaserad kunskap baserade sig på ett beslut vid ett vårdkedjemöte att det inom primärvården skulle beskrivas i vilket skede och hur matdagbok används, eftersom metoden ofta är krävande för föräldrar

och eftersom det inte är näringsterapeut som tolkar resultaten. Beskrivning av hur matdagbok i praktiken används beskrevs inte, även om det finns med i vården i en kommun.

7.4 Behov som inte kan uppnås i vårdkedjan

Minus i resultatdelen av Tabell 10. relaterat till involvering av vänner (Involvering av familjeresurser, närsläkt och vänner) beskriver att det som inte kunnat beaktas i utvecklingen av vårdkedjan men som kom fram i litteraturöversikten var stöd av andra i samma situation. Både barn och föräldrar tog upp behovet. *Stöd av andra föräldrar i samma situation är viktigt och ger motivation* att fortsätta kämpa (Gillespie et al. 2015, 87; Newson et al. 2013, 1297). *För barn med fetma är det betydelsefullt med kompis som är i samma situation* (Lorentzen et al. 2011, 881; Newson et al. 2013, 1297). Väisänen et al. (2013, 151) kom fram med samma resultat, att stöd av andra i samma situation motiverar föräldrar.

Eftersom vårdkedjearbetet inte ledde till eller beskriver gruppverksamhet i någon form kan detta inte uppnås. I detta skede finns det inte heller stöd av andra i samma situation via nätet på svenska i Finland, som direkt är riktat till barnfamiljer med övervikt/fetma. Tjänster av detta slag borde utvecklas. Dalla Valle & Jääskeläinen (2016, 2420) hänvisar till tredje sektorn för stöd av andra i samma situation. En annan möjlighet är gruppverksamhet. Grupp gymnastik riktad till barn beskriver Virtanen (2012, 119) som viktig för barn och föräldrar. En orsak till att föräldrar anmälde sitt barn till gruppverksamhet var för att *få vänner* (Newson et al. 2013, 1297; Virtanen 2012, 112).

7.5 Interprofessionellt samarbete - spegling mot teorin

I detta kapitel diskuteras några synvinklar av det interprofessionella samarbetet under mötena i förhållande till bakgrundskunskap från utvecklingsarbetets teoridel om interprofessionellt samarbete. Gemensamma mål, tydliga roller och ansvarsfördelning samt fungerande kommunikation är de områden som ur teoridelen identifierades som väsentliga för fungerande interprofessionellt samarbete. Samtliga områden beskrevs under pågående process. I kap. 7.2.1 diskuterades utvecklingen av gemensamma mål i syfte att ge gemensamma riktlinjer för arbetet till hela personalen. I kap. 7.2.2 beskrevs utveckling av ansvarsfördelning och tydliga roller samt eventuellt risk som följer om dessa inte beskrivs. Dokumentation och kommunikation behandlades i kap. 7.2.3 och relaterar till teorin om

interprofessionellt samarbete, genom åtgärder som förbättrar interaktionen i arbetet mellan personalen. Ytterligare några synpunkter tas upp i detta kapitel.

För att kommunikationen ska kunna vara fri/öppen behövs en gemensam syn på vården och målen med vården. (Isoherranen 2013, 51, 152) Gemensamma mål och riktlinjer för vården utvecklades och beskrevs i förhållande till vårdkedjans målsättning. Målen sattes i tidigt skede av utvecklingsprocessen, efter att de behandlats med mötesdeltagarna.

Med öppen kommunikationen menas att medlemmar aktivt tar fram egen synvinkel, ansvarsfördelningen är då delad och den interprofessionella kommunikationen fungerar bra. Som motsats kan beskrivas hierarkisk kommunikation där risken finns att viktig information uteblir. Personal påverkas av tidigare mönster och vanan att diskutera i interprofessionellt samarbete. (Isoherranen 2013, 134, 156) Kommunikationen har varierat under mötena. Förhållande till om kommunikationen under mötena varit öppen har främst berott på vem som deltagit, med andra ord relateras det till att personal starkt påverkas av tidigare mönster och vana att diskutera.

Att förverkliga interprofessionellt samarbete är utmanande (Isoherranen 2013, 5). Möten med representanter från primärvården och specialistsjukvården beräknades preliminärt till tre till antalet, på basen av beskrivning ur handboken för vårdkedjeutveckling (Ketola et al. 2006, 14). I praktiken behövdes fem möten som spreds ut under betydligt längre tidsperiod än planerat. Orsakerna var dels att överenskommelser inte hölls och dels att organisatoriska förändringar påverkade arbetet med vårdkedjan.

Interprofessionella samarbetet påverkas av organisationens syn, lagstiftning, beslutsfattare och kontext (WHO 2010, 7). Under vårdkedjearbetet var detta ständigt närvarande och arbetet påverkades av beslut om resurser i primärvården och organisatoriska förändringar i specialistsjukvården. Organisatoriska strategier, visioner och normer sätter egna mål och villkor i vården. Den offentliga sektorn påverkas av politiska beslut, stadens strategier och normer sätter sina begränsningar som påverkar hur vården kan förverkligas.

8 Etiska ställningstaganden och kritisk granskning

Under utvecklingsarbetet och processen att leda kunskapsutvecklingen i sjukvårdsområdet har perspektivet ur familjers/barns behov funnits med som det viktigaste att sträva mot. Ämnets känsliga karaktär, familjers självbestämmanderätt och familjens resurser, barnets rätt att få växa upp med hälsa och välmående har balanserats mot hur vården och vårdkedjan utvecklas.

Skribenten arbetar som sjukskötare vid barnpolikliniken HUCS Raseborgs sjukhus med familjer vars barn vårdas och får stöd med livsstilsvägledning p.g.a. fetma. Intresset för att utveckla och förbättra vården är stort. Ämnesvalet för utvecklingsarbetet är aktuellt och stöds av nationella riktlinjer i programmet ”lihavuus laskuun” (2016 – 2018) där det framgår att vården av barn med övervikt/fetma ska effektiveras.

Skribenten har strävat till att följa Yrkehögskolan Novias etiska rekommendationer. De baseras på Forskningsetiska delegationens anvisningar (2012, 18) gällande god vetenskaplig praxis. I arbetet har skribenten enligt bästa förmåga strävat till att omsorgsfullt och noggrant dokumentera och presentera resultat av forskning samt att tillämpa öppenhet och ansvarsfull kommunikation vid presentation av resultat.

8.1 I förhållande till arbetets teoridel

Etiska ställningstaganden och kritisk granskning i förhållanden till arbetets teoridel beskrivs från början av processen. Utvecklingsarbetets bakgrundskunskaper har beskrivits ur olika synvinklar för att ge en bred kunskapsgrund att stå på. Litteraturen i arbetets bakgrundskunskap har främst baserat sig på aktuell finländsk litteratur, eftersom syftet är att beskriva läget i Finland.

Statistik relaterat till förekomsten av övervikt/fetma hos barn i olika åldrar i de aktuella kommunerna har skribenten inte fått tag på (januari 2018). Skribenten har varit i kontakt med Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) som hänvisade till en avgiftsbelagd nätansökan, som därför uteslöts. Processen för litteraturval beskrevs detaljerat där det fanns behov för att läsare ska kunna följa vilka val som gjorts i förhållande till litteraturen t.ex. relaterat till interprofessionellt samarbete (kap. 2.4). Vårdens centrala utgångspunkter återkommer i arbetet, de är en förutsättning för att vården av barn med övervikt/fetma är ändamålsenlig.

Datainsamlingarna beskrevs separat i samband med litteraturöversikterna (kap. 5). Det är beskrivet vilka val och avgränsningar som gjorts i litteratursökningen, mot vad kvalitetskontroll av artiklarna gjorts och på vilka grunder artiklar valts eller uteslutits.

Språken har avgränsats till finska, svenska och engelska. Finska och engelska är inte skribentens modersmål, vilket till viss del kan påverka tolkning. För att minska risken av detta har ord och betydelser ofta slagits upp och kontrollerats.

Syftet med litteraturöversikterna var att nå en bred beskrivning av personalens synvinkel och föräldrars/barns synvinkel på vården av barn med övervikt/fetma. Kvalitativ innehållsanalys passade bra för detta ändamål. Innehållsanalys lämpar sig väl vid analys av mångfacetterade och känsliga fenomen (Elo & Kyngäs 2007, 113). Fördelen är att en stor mängd data kan behandlas och användas som bekräftande bevis (Elo & Kyngäs 2007, 113). Validitet innebär att undersökningsupplägget är lämpligt enligt det man strävar till att undersöka (Jacobsen 2007, 46,116).

För att resultaten av en innehållsanalys kan sägas grundade på reliabilitet gällande tolkning ska det vara möjligt för läsaren att följa processen av undersökningen (Elo & Kyngäs 2007, 112). Processen för undersökning beskrevs stegvis i kapitel 5. Elo & Kyngäs (2007, 113) refererar Glaser (1978) som beskriver att reliabiliteten kan kontrolleras genom att gå tillbaka till studierna och säkerställa att betydelsen av kategorier inte ändrats. Detta har varit nödvändigt vid många tillfällen.

Reliabiliteten av undersökningen kan påverkas av upplägget för undersökningen (Jacobsen 2007, 46). Relaterat till val av analysmetod kunde innehållsanalys med deduktiv ansats valts i ena litteraturöversikten, eftersom det fanns en systematisk litteraturstudie relaterat till föräldrars/barns motiverande faktorer som är gjord åren innan 2000 – 2010 av Väisänen et al. (2013). Eftersom syftet var att ta fram alla beskrivningar, valdes induktiv ansats för att inte i det skedet styras av tidigare forskningar. Den aktuella studien användes i diskussion under resultatpresentationen.

Ett sätt att nå en valid beskrivning av ett fenomen är information från olika källor. Det behöver inte innebära att de är samstämmiga, eftersom tolkningar varierar och att fånga olikheter är en av kvalitativa analysens resultat i form av olika vinklar som stöder till att beskriva en helhet. (Jacobsen 2007, 162) I kapitel 6, där resultaten sammanfattats och

organiserats, kommer detta fenomen också fram. Både föräldrars/barns synvinkel samt personalens synvinkel tog upp och tangerade olika sidor av samma fenomen.

För att resultaten av litteraturöversikten skulle kunna användas i utveckling av vårdkedjan beskrevs även processen för hur förslag till förverkligande i vårdkedjan utvecklats, hur barriärer kunde övervinnas eller behov och motiverande faktorer togs till vara. Dessa sammanfattades, organiserades och utgjorde grunden för kunskapsutvecklingen av vårdkedjan. Processen beskrevs stegvis.

8.2 I förhållande till vårdkedjemöten och kunskapsutveckling

Etiska ställningstaganden och kritisk granskning i förhållande till vårdkedjemöten och kunskapsutveckling i vårdkedjan beskrivs. Processen för vårdkedjearbete bestod av möten med representanter från vårdpersonal i olika kommuner, primärvård och specialistsjukvård, men också mindre möten inom specialistsjukvården och enbart nät- och telefonkontakt till några yrkesgrupper inom det interprofessionella teamet.

Genom bakgrundskunskaper strävades till att nå en heltäckande beskrivning för att själv vara förberedd och insatt på vad vårdkedjearbete skulle innebära. Att använda handboken för vårdkedjearbete var i detta skede nödvändigt för att få en överblick och kunna planera material till de första mötena. Genom att bjuda in ytterligare personal beaktades en obalans i möteskonstellationen mellan primärvård och specialistsjukvård.

Reflektion har hållits relaterat till egna fördomar och önskningar för vårdkedjan och skribenten har strävat till att beslut gjorts på välgrundad bas och med evidensbaserad kunskap. En betydande fördel ur arbetslivet har varit att på förhand delvis veta vad som inte fungerat eller inte fanns beskrivet och att förbereda olika alternativ till möjliga lösningar.

Tillräckligt täckande material på svenska har inte funnits. Material har översatts efter lov av innehavare till rättigheter för hjälpmedlet ”motivationsmätare”. Näringsrekommendationer i sammanfattad form på både svenska och finska har sammanställts av näringssterapeut, för att personalen snabbare skulle få ett konkret grepp om vilka råd som är lämpliga till familjer.

Personal inom specialistsjukvården har samtliga beskrivit egen andel efter diskussioner och lösningar på samarbetet. Inom specialistsjukvårdens del på barnpolikliniken har

beskrivningen hållits kort för att beakta personalbyte. Alla kommuner har beskrivit sin egen del i vårdkedjan för att det ska passa den egna verksamheten. För att underlätta arbetet fick kommunerna låna text av varandra d.v.s. använda sig av lösningar och formuleringar som någon annan kommun beskrivit men som lämpar sig för den egna verksamheten.

En utmaning på vägen var att högstadieelever som hör till Ingå kommun går i skolor i Lojo. Det innebar att deras förmän inte var involverade i vårdkedjearbetet. Efter konsultation med utvecklingsansvarig vid HUCS Raseborgs sjukhus kontaktades områdesansvariga i Lojo samt de involverade hälsovårdare. En till högstadiet anpassad beskrivning av vårdkedjan skickades med uppmaning att förändra det som inte stämmer och sätta till det som saknas. Responsen var positiv och vårdkedjan godkändes för deras del.

Efter godkännande från samtliga involverade i utvecklingen av vårdkedjan skickades den vidare till förmän, ansvariga inom kommuner och ansvarig inom betjäningområdet, innan den skickades vidare till Terveysportti för publicering.

Handledning har tacksamt tagits emot av handledande från arbetslivet vid HUCS Raseborgs sjukhus och handledare vid Novia, och en samstämmighet om utvecklingsarbetets syfte och avgränsning i förhållande till utveckling av vårdkedja har utvecklats. Utvecklingsansvarig inom HUCS Raseborgs sjukhus har i synnerhet vid slutprocessen hjälpt att behandla material och förbereda för inlämning till Terveysportti. Samstämmigheten med praktiken och processen för att skriva utvecklingsarbetet har varit utmanande. Handledning från Novia i förhållande till detta skriftliga utvecklingsarbete har regelbundet använts under processen att skriva utvecklingsarbetet.

9 Diskussion

Syftet med utvecklingsarbetet var att tillsammans med primärvården och specialistsjukvården utveckla en vårdkedja för barn med övervikt/fetma vid HUCS Raseborgs sjukhus och kommunerna Hangö, Ingå och Raseborg. Vårdkedjan är publicerad i Terveysportti. Inriktningen på utvecklingsarbetet var att leda kunskapsutvecklingen i vården under vårdkedjans utveckling. Processen för utveckling av kunskapsbasen kommer fram under arbetet och byggs på successivt.

De tre första frågeställningarna var; 1) Hur kan gängse vådrekommandationer angående barn med övervikt och fetma förverkligas i praktiken? 2) Hur förverkligas vården av barn med övervikt och fetma i praktiken? 3) Hur kan teorin om interprofessionellt samarbete bidra till att utveckla vårdkedjan? Svaren på frågeställningarna byggdes på genom arbetet med start från bakgrundskunskaperna vad som är väsentligt inom de olika områdena. Gängse vådrekommandationer sätter ramarna och beskriver riktningen för den ideala vården. Under utvecklingen av vårdkedjan har information, hjälpmedel och avgränsningar använts och anpassats till vården på olika nivåer inom primärvården och specialistsjukvård. Vårdverkligheten kan inte alltid uppnå idealen. Under vårdkedjearbetet har arbetssätt och lösningar anpassats efter de begränsningar, förändringar som praktiken samt organisationen bjudit på och som påverkat vårdkedjans utformning både inom primärvården samt specialistsjukvården.

Relaterat till teorin om interprofessionellt samarbete och vad den erbjuder till vårdkedjan kan vårdkedjan ses som ett hjälpmedel som förbättrar interprofessionellt samarbete. Den beskrivna vårdkedjan i sig beskriver gemensamma mål, tydliga roller och ansvarsfördelning samt erbjuder lösningar för fungerande kommunikation mellan personalen, genom remittering, konsultation, möjlighet till nätverksträffar samt annat förfarande som underlättar kommunikationen.

Den sista frågeställningen löd; ”Vilka är förutsättningarna att utveckla en vårdkedja enligt familjers/barns och personalens behov?” Svaret byggdes upp under litteraturoversikten i form av nyanserade beskrivningar av motivation, behov och barriärer som personal, föräldrar och barn beskrev. Förslag på hur de kunde beaktas i vårdkedjan sammanfattades, organiserades och blev grunden till kunskapsutvecklingen för vårdkedjan. Utvecklingen av vårdkedjan i praktiken speglades mot denna teori och områden som inte kunde uppnås beskrevs.

Det har varit en utmanande och arbetsdryg process. Personal med olika kompetens har alla bidragit med att beskriva sin andel, arbetsmetoder, vårdinnehåll, beskriva lösningar, reda ut och diskutera hur samarbetet byggs upp och komma överens om vad som ska finnas i vårdkedjan. Detta har skett vid vårdkedjemöten, interna möten inom primärvården och specialistsjukvården, via telefon och e-postkontakt under 9 månader.

I vårdkedjan beskrivs arbetsfördelning, samarbete, avgränsningar, vårdinnehåll enligt hur detaljerat olika enheter själva beslutat. Arbetsmetoder och beskrivningar som underlättar vardagen för personal och avgränsar egna områden är beskrivna. Personalgrupper kan

koncentrera sig på egen andel och utveckla sina kunskaper och arbetsmetoder och utnyttja den kompetens som finns inom olika områden.

Livsstilsvägledningen, arbetsmetoder och material att använda i vården erbjuder enklare och flere möjligheter än innan. Fördelen med att vårdkedjan publicerats elektroniskt är den praktiska användningen, material blir lättillgängligt, kan printas ut, användas tillsammans med familjer och det förnsnabbar dokumentationen genom att man kan kopiera text och sätta in i önskat dokument t.ex. basen i remisser. Materialet är baserat på evidensbaserade metoder och kunskap, risken för egna lösningar eller egna sanningar minskar.

De flesta behov som kommit fram i studierna har i teorin kunnat tillgodoses i vårdkedjan. Hur det lyckas är till sist upp till personalen i vården. Det gäller att finslipa sina metoder och arbetssätt. Vårdkedjan är ett steg i utvecklingen som ger en arbetsbeskrivning och metoder att arbeta efter. Det kommer att behövas information och diskussion med personal för att se möjligheter, bekanta sig med materialet och för att använda övriga personalgruppers expertkunnande.

Utifrån litteraturöversikten kom det fram att både föräldrar och barn beskrev behov av ”stöd av andra i samma situation”. Detta kunde inte uppfyllas i vårdkedjan i detta skede. I framtiden kunde detta tillgodoses genom gruppverksamhet. Om det inte är möjligt inom vården kan det vara möjligt genom att hänvisa/erbjuda gruppverksamhet, t.ex. aktiviteter i grupp som erbjuds i kommuner eller med hjälp av tredje sektorn.

Relaterat till ekonomi inom familjer, har det i vårdkedjan tagits hänsyn till vid förverkligande av vården genom att en del uppföljningar i specialsjukvården sker i samarbete med skolhälsovården som gör tillväxtkontroll och uppföljning sker per telefon från specialsjukvården. Det underlättar familjers tidsanvändning och ekonomi genom inbesparing av resekostnader samt lönebortfall. Eftersom barnfetma har samband med föräldrars socioekonomiska ställning (Duodecim 2013, 5) kan enkla lösningar ha stor betydelse för att delta i vården.

När det finns en beskriven linje för vården är det lättare att utvärdera vad som fungerar och vad som inte fungerar, det ger en referens för hur det borde vara. Detta kan i bästa led till vidare utveckling av brister eller utvecklande av verksamhet. Vårdkedjor behöver uppdateras med jämna mellanrum samt om något väsentligt förändras eller inte fungerar. Uppdatering för elektroniska vårdkedjor är ca. vart 3:e år. Det finns protokoll som kan följas för att utvärdera vården och kvalitén av vården: Käypä hoito Lasten lihavuuden laatu (Duodecim 2012).

Arbetet att utveckla en vårdkedja har varit intressant, utmanande och arbetsdrygt. Skribenten har många nya erfarenheter i bagaget och en lång lista på hur liknande uppdrag kan göras effektivare i nya utmaningar. Adressen till Vårdkedja för barn och ungdomar med övervikt och fetma är: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/shp01260> Tillgång till vårdkedjan förutsätter att det finns rättigheter att komma in i Terveysportti.

Källförteckning

Dalla Valle, M. & Jääskeläinen, J., 2016. Lasten ja nuorten lihavuuden arviointi ja hoito. *Suomen lääkärilehti*, 16(39), s. 2413 -2420.

Duodecim, 2012. *Käypä hoito - Lasten lihavuuden hoidon laatu.* (Online) <http://www.kaypahoito.fi> (hämtad 21.1.2018)

Duodecim, 2013. *Lihavuus (lapset) Käypä hoito: suositus.* (Online) <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50034.pdf> (hämtad 21.1.2017)

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced Nursing*, 08(1) s,107-115

Forskningssetiska delegationen TENK, 2012. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. www.tenk.fi

Gillespie, J., Midmore, C., Hoeflich, J., Ness, C., Ballard, P. & Steward, L., 2015. Parents as the start of the solution: a social marketing approach to understanding triggers and barriers to approach a childhood weight management service *J Hum Nutr Diet*, 15(1) s. 83-92

Gerards, S., Dagnelie, P., Jansen, M., De Vries, N. & Kremers, S., 2012. Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals *BMC Family Practice*, 12(37) s.1-10. www.biomedcentral.com/1471-2296/13/37

Greenhalg, T., 2012. *Att läsa vetenskapliga artiklar och rapporter – grunden för en evidensbaserad vård.* Studentlitteratur: Lund.

Isma, G., Bramhagen, A-C., Ahlström, G., Östman, M. & Dykes, A-K., 2013. Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden *BMC Family Practice* 14(143), s. 1–10. www.biomedcentral.com/1471-2296/14/143

Isoherranen, K., 2012. *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä.* Helsinki: Akateeminen väitöskirja Sosiaalipsykologia. Helsingin yliopisto Sosiaalitiedien laitos.

Jacobsen, D., 2007. *Förståelse, beskrivning och förklaring – introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete.* Studentlitteratur: Denmark by Narayana Print

Kaikkonen, M., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Wikström, K., Ovaskainen, M-L., Virtanen, S. & Laatikainen, T., (red.), 2012. *Lasten ja lapsiperheiden terveys ja hyvinvoinninerot* THL: Raportti 16/2012 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80049/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8.pdf?sequence>

- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P., & Komulainen, J., 2006. *Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon – Hoitosuosituksituksista hoitoketjuksi* Suomalainen Lääkäriseura Duodecim: Helsinki
- Lorentzen, V., Dyeremose, V. & Hedegaard Larsen, B., 2011. Severely overweight children and dietary changes – a family perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 11 s. 878-887
- Mäki, P., Lehtinen-Jacks, S., Vuorela, N., Levälähti, E., Koskela, T., Saari A., Mölläri, K., Mahkonen, R., Salo, J. & Laatikainen, T., 2017. Tietolähteenä Avohilmo-rekisteri. Lasten ylipainon valtakunnallinen seuranta. *Suomen lääkirilehti* 17(4)
- Mäki, P., Sippola, R., Kaikkonen, R., Pietiläinen, K. & Laatikainen, T., 2012. *Lasten ylipaino ja sen määrittämisen ongelmat. Suomen lääkirilehti* 12(10)
- Newson, L., Povey, R., Casson, A. & Grogan, S., 2013. The experiences and understandings of obesity: Families' decisions to attend a childhood obesity intervention. *Psychology & Health*, 13(11) s. 1287-1305
- Perez, A., Avis, J., Holt, N., Gokiert, R., Chanonine, J-P., Legault, L., Morrison, K., Sharma, A. & Ball, G., 2016. Why do families enrol in paediatric weight management? A parental perspective of reasons and facilitators. *Child: care, health and development* 16 (2) s. 278 - 287
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M., 2010. *Interprofessional Teamwork for Health and Social care*. Partnershipworking an Action. Blackwell Publishing Ltd
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M., 2013. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* www.cochranelibrary.com (hämtat: 21.2.2017)
- Schalkwijk, A., Nijpels, G., Bot, S. & Elders, P., 2016. Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands – a mixed methods approach *BMC Health services Research* 16(83) s.1-10
- Seinäjoen kaupunki, u.ä. Lihavuus laskuun -ohjelma 2013–2020 (Online) https://www.seinajoki.fi/seinajoenkaupunki/elinvoimajakilpailukyky/hyvinvoinninjaterveydenedistaminen_0/seinajoenkaupunginlihavuuslaskuun-ohjelma2013-2020.html (hämtat: 25.10.2016)
- Smarta familjen. (Online) www.neuvokasperhe.fi (hämtat: 10.12.2017)
- Steele, R., Wu, Y., Jensen, C., Pankey, S., Davis, A. & Aylward, B., 2011. School Nurses' perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach *Journal of school health* 11(3) s. 128-137

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2015. *Lihavuus tulee kalliiksi*. (Online) <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuus-tulee-kalliiksi> (hämtat: 1.8.2017)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016. *Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016 – 2018*. Helsinki: Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

TOTA, Terveyden Oma Tilannearvio –ainesto (Online) <https://sydanliitto.fi/ammattilaisnetti/elintapaohjaus/tota-nuorten-elintapaohjaukseen> (hämtat: 10.12.2017)

Viktkontrollstigen, Hälsobyn. (Online) <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/sv/egenv%C3%A5rd/viktkontrollstigen> (hämtat: 18.12.2017)

Virtanen, K. 2012 ”Äiti täällä on toisia samanlaisia, ku mä!” *Voimisteluseura ja kouluterveydenhuolto perheiden tukena lasten painohallinnassa*. Oulun yliopiston tutkijakoulu: Lääketieteellinen tiedekunta, terveystidteiden laitos kansanterveystiede, yleislääketiede <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514299193.pdf>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S. Ahonen, P. & Suokas, M., 2011 *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen* Tekesin katsaus 281/2011 Helsinki: Tekes

Vuorela, N., Hakanen, T. & Saha, M-T. 2015 Painon kehitys urautuu usein jo lapsena *Suomen lääkärilehti* 15 (1-2) s. 64-66.

Vuorela, N., Saha, M-T. & Salo, M. 2010 Parents underestimate their child’s overweight *Acta Paediatrica* 10(99) s. 1374 - 1379

Vuorela, N & Salo, M. 2016 Lääkärinkäsikirja- Lapsen ylipaino ja lihavuus. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?n_artikkeli=ytk01843 (hämtat: 25.10. 2016)

Väisänen, H., Kääriäinen, M., Kaakinen, P. & Kyngäs, H., 2013. Vanhempien motivoitumista edistävät ja estävät tekijät elintapamuutosten ja lihaviin lapsien elintapojen muuttamiseen: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 13(2) s. 141-154.

World Health Organization (WHO) Hopkins, D. & Swizerland, G., 2010. Framework for action in interprofessional education and collaborative practice. (Online) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1 (hämtat: 4.3.2017)

Wills, W. & Lawton, J., 2014. Attitudes to weight management in the early teenage years: a qualitative study of parental perceptions and views *Health Expectations* 14(18) s.775-783.

Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S., 2009. *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review)* Cochrane Database of Systematic Reviews 09(3) www.cochranelibrary.com (hämtat: 17.2.2017).

Finlands författningssamling

Hälsa- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326 (Online)

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/20101326> (hämtad 29.11.2016).

Figurförteckning

Figur 1. Interprofessionellt samarbete bygger på gemensamma mål, tydliga roller och ansvarsfördelning samt fungerande kommunikation.	6
Figur 2. Tre kommuner med representanter är involverade i utveckling av vårdkedjan.	11
Figur 3. Processen för utvecklingsarbetet.....	12
Figur 4. Innehållsanalysens tre faser samt förslag på hur resultaten kan beaktas i vårdkedjan.	14
Figur 5. Personalens synvinkel och föräldrars/barns synvinkel av vården sammanfattas.....	35
Figur 6. Områden som utgör kunskapsbasen vid utveckling av vårdkedjan.	36

Tabellförteckning

Tabell 1. Barriärer som beror på värderingar i samhället och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	17
Tabell 2. Barriärer i personalens samarbete och organisering av vård och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	19
Tabell 3. Barriärer relaterade till personalens behov av mera kunskap och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	21
Tabell 4. Barriärer relaterat till föräldrar och barn och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	22
Tabell 5. Identifiering av hälsohinder i förhållande till övervikt och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	26
Tabell 6. Positivt bemötande och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	29
Tabell 7. Fördelar med förebyggande interventioner och vård och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	30
Tabell 8. Stöd av andra och förslag till förverkligande i vårdkedjan.....	32
Tabell 9. Praktiska hinder och lösningar och förslag till förverkligande i vårdkedjan.	34
Tabell 10. Översiktstabell som åskådliggör planerat fokus vid möten, resultat i förhållande till kunskapsutvecklingen.....	48

Bilaga 1. Litteratursökning, vårdpersonalens synvinkel.

Databas/ Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract, syfte, metod och sampel	Valda Artiklar
SweMed+ 2011 – 2017 Read online Peer Reviewed	Obes* Child*	29	3	0
	Barn* Fetma*	17	1	0
MEDIC 2011 – 2017 Full text	Lihavuus* Lapsi*	36	1	1 Virtanen 2012
	Obes* Child*	25	1	1 Virtanen 2012
Cinahl 2011- 2017 Full text Peer Reviewed	Obes* Child* Health care professional*	3	0	0
	Obes* Child* Professional*	18	3	0
EBSCO 2011-2017 Full text Peer Reviewed	Obes* Child* Health care professional*	72	15	3 Gerards et al. Schalkwijk et al. Isma et al.
Pub Med 5 år tillbaka Freefulltext	Obes* Child* Health care professional*	33	10	3 Gerards et al. Schalkwijk et al. Isma et al.
Cohrane Free full text 2011 - 2017	Obes* Child* Health care professional*	46	15	2 Gerards et al. Steele et al.

Bilaga 2. Artikelöversikt, vårdpersonalens synvinkel.

Författare År Land	Syftet med Undersökningen	Sampel, undersökningsmetod och analys metod	Resultat av studien
Schalkwijk et al. 2016 Holland	Syfte var att få insikt i behov av personal inom hälso- och sjukvård och vilka barriärer de möter vid implementering av vårds riktlinjer för vården av obesitet.	n=222 frågeformulär e-mail baserad undersökning. Allmän -, barnläkare, ungdomshälsovårdare, dietister, psykologer, fysioterapeuter, socialarbetare Mixade metoder Kvantitativ och kvalitativ forskning Fokusgrupper (n=27 allmänläkare) Ansikte – anstikte, semi-strukturerade intervjuer. (n=7 en ungdomshälsovårdare, läkare, pediater, dietist, fysioterapeut, socialarbetare, pedagog, allmänläkare) kodas till kategorier	Huvudbehov: Behov att öka kunskap och medvetenhet hos personal, föräldrar och barn. Behov av en översikt av effektiva interventioner Behov av strukturell bas: Omorganisering av uppgifter, en central vårdkoordinator, strukturerade vårdsvår mellan personal Personal är mindre motiverad att utveckla vård p.g.a. tidigare vård negativa erfarenheter av vård och upplevelse av motivationsbrist hos barn.
Gerards et al. 2012 Holland	Syfte var att identifiera barriärer som personalen upplever, när barn/unga hänvisas till intervention/program för övervikt/fetma Personalen skulle rekrytera 4 åriga barn till 14 v. föräldrakurs	Hälso- och sjukvårdspersonal Läkare Administrativpersonal Inom barn – och ungdomshälsovård (11 områden, barn 0-19 år) n=16 Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer -kodades i grupper	Personalen upplevde: Personalen behöver öva sina kunskaper i kommunikation och tillit till egenförmåga att motivera föräldrar Personalen behöver utbildning samt stärka kommunikationen genom motiverande intervjuteknik.
Isma et al. 2013 Sverige	Syftet var att beskriva hur hälsovårdare upplever sitt arbete att involvera prevention av barndoms övervikt och fetma i sitt arbete,	Hälsovårdare (för barn i åldern 0 – 6 år) n= 18 Intervju med öppna frågor Materialet kodades och sattes i kategorier	Personalens initiativ för prevention: Styrs av personalens upplevelse av barriärer i vården. Områden som behöver förbättras: Utbildning Organisering av vården för barnfetma Gemensamma riktlinjer behövs

<p>Steele et al. 2011 Mellanvästern, USA</p>	<p>Hälsovårdarnas upplevelse av barriärer i förhållande till viktrelaterade hälsofrågor med barn och deras familjer</p>	<p>Skolhälsovårdare (i tre olika skoldistrikt) n = 22 Intervju med öppna frågor Materialet tolkades och Kodades</p>	<p>Behövs förbättrad kommunikation med familjer. Barriärer: Tidigare negativa upplevelser, brist på motivation, familjekaraktäristiska, knyta kontakt etc .</p>
<p>Virtanen 2012 Finland</p>	<p>Studien undersöker erfarenhet och upplevelse av orsaken till barndomsfetma och problem relaterat till vikt kontroll En del i studien/avhandlingen används vars syfte är att undersöka skolhälsovårdarens och skolläkarens syn på barn fetma och metoder att arbeta i viktreglerande syfte.</p>	<p>Frågeformulär skickades år 2006 och 2009. Till skolhälsovårdare och läkare (n=170) i Uleåborgslän. Skolhälsovårdare till barn klass 1 – 4 Endast 5 svar av läkare.</p>	<p>Förändringar i familjers matvanor är viktigaste orsaken till barndomsfetma. Småätarkultur. Egna pengar till godsaker. Hektiskt liv hindrar regelbunden dygnsrytm. Överviktiga barn främjar ofta vardagsmotion och är ofta ensamma.</p>

Bilaga 3. Litteratursökning, barns- och föräldrars synvinkel.

Databas/ begränsningar	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract, syfte, metod och sampel	Valda Artiklar
EBSO Peer Reviewed År 2011-2017 Fulltext	Obes* Child* Motivation* Parent*	33	30	4 : Gillespie et al. Lorenzen, Dyermose & Heedegaard Larsen Newson, Poverly, Carsson & Grogan Perez et al.
CINAHL Peer Reviewed År 2011 -2017 Fulltext	Obes* Child* Motivation*	29	9	3 Gillespie et al. Steele et al Newson et al
SWEMED + Läs online Peer Reviewed År2011-2017	Obes* Child* Barn* Fetma*	29 17	1 3	0 0
MEDIC Kokoteksti År 2011-2017	Obes* Child* Lapsi* Lihavuus*	25 36	5 5	1 Virtanen 2012 1Virtanen 2012
PUBMED År 5 år bakåt Free full text	Obes* Child* Motivation* Parent*	76	34	2 Gerards et al. Perez et al.
COHRANE År 2011-2017	Obes* Child* Motivation* Parent*	78	35	2 Gerards et al. Perez et al.
Snöbolls metod	Från annan artikels källförteckning	-	-	1 Wills & Lawton

Bilaga 4. Artikelöversikt, barns- och föräldrars synvinkel

Författare År Land	Syftet med undersökningen	Sampel, undersökningsmetod och analys	Centrala resultatet i förhållande till barriärer och behov i vården
Gillespie et al. 2015 Skottland/England	Att förstå potentiella barriärer och utlösande faktorer för föräldrar att delta i interventioner för vikthantering. Studiens mål var att använda insikten till socialmarknadsföring.	Diskussion i fyra fokusgrupper med föräldrar (n= 27) till barn i låg och högstadiålder	Utlösande /motiverande faktorer till att söka vård är om barnet blir retat, oro för hälsa, oförmögen att delta i skolaktiviteter. Barriärer är brist på kontroll, behov att undvika konflikter och om det inte finns bevis för att något är fel. Föräldrar behöver rätt stöd för att identifiera övervikt. Positivt språkbruk är motiverande och har betydelse för barn och föräldrar.
Lorentzen, Dyremose & Hedegaard Larsen 2011 Danmark	Beskriva upplevelsen av förändringar av matvanor (diet) hos överviktiga barn och deras familjer	Barn (n=4) Föräldrar (n=6) Syskon (n=4 från 8 år) Individuella intervjuer under 2,5 års tid. Sammanlagt 61 intervjuer. (april 2006 – 2008)	Individuella icke dömande och accepterande stödåtgärder är motiverande i vården Barriärer i vården är självskyddande strategier, skam, skuld hos föräldrar och barn.
Newson, Povey, Carsson &Grogan 2013 England	Undersöker familjers erfarenheter av att delta i övervikts intervention och försöker förstå faktorer som påverkar deltagande och livsstilsbeteende.	Familjer (n=11) Familjer som beslutat delta (n=5) Icke deltagande familjer (n=6) Semistrukturerade intervjuer	Effektiva interventioner måste möta klientens behov och förutfattade negativa antaganden, genom att noggrant planera hur hälsoinformation presenteras och förstås Ovilja att identifieras till ogynnsamgrupp kan påverka motivation att delta.
Perez et al. 2016 Canada	Undersöka möjliggörande faktorer som leder till att föräldrar skriver in sina barn i multidisciplinära kliniker för vikthantering	Föräldrar till barn i 10 – 17 års ålder (n=65) Semi strukturerade intervjuer	Vanligaste motiveringen till att delta var frånvaro av hinder att delta. Oro för barnet, vården rekommenderades och förväntade fördelar av vården motiverade föräldrar.

<p>Virtanen</p> <p>2012</p> <p>Finland</p>	<p>En del i Studien undersöker upplevelser och erfarenheter av orsaken till barndomsfetma och problem relaterat till att hålla vikten</p>	<p>(studie år 2005-2006)</p> <p>Familjen (n=10)</p> <p>Barn 8-11 år (n=8)12?</p> <p>Intervju med</p> <p>Temafrågor</p>	<p>Barriär är:</p> <p>Även om fetma finns med i vardagen för föräldrar förminskas fetmaproblematiken och det förekommer olika uppfattning inom familjer</p> <p>Motiverande är att föräldrar får hjälp med sådant de inte kunde:</p> <p>Bl.a. hjälp att vara förebild till sitt barn.</p> <p>Orsak till deltagande var föräldrars val, trevlig hobby och kompisar var motiverande för att fortsätta.</p>
<p>Wills & Lawton</p> <p>2014</p> <p>Skottland, UK</p>	<p>Studien undersöker föräldrars syn på sitt barns vikt samt faktorer som påverkar föräldrars ”vikt reducerings strategier”</p>	<p>Föräldrar (n=69)</p> <p>(vars barn 13 – 15 år)</p> <p>Fördjupade intervjuer</p>	<p>Föräldrarnas egna erfarenheter och attityd till viktproblem påverkar hur de förhåller sig till sin tonårings vård.</p> <p>Föräldrars syn påverkas av andra som ofta är i samma situation.</p> <p>Föräldrar beskrev förvirrig gällande viktstatus i puberteten och frustration gällande rådgivning till tonåring.</p> <p>Föräldrar med mentala/fysiska problem kan känna sig extremt sårbara på tecken att de är ”dålig förälder”</p>

Bilaga 5. Vårdkedja för barn och ungdomar med övervikt och fetma

2018

HUCS Västra Nyland

Vårdkedjans ansvarspersoner

Hälsovårdscentralens överläkare, Raseborg

Hälsovårdscentralens överläkare, Hangö

Hälsovårdscentralens överläkare, Ingå

Överläkare i barnsjukdomar, HUCS Raseborgs sjukhus

Överläkare i ungdomspsykiatri, HUCS Psykiatri Linje för Västra Nylands psykiatri

Överläkare i barnpsykiatri, HUCS Sjukvård för barn och unga

Vårdkedjans målsättning

Förebygga och vårda övervikt och fetma hos barn och unga (0-16 år), ta till tals i tidigt skede.

Beskriva arbetsfördelningen och samarbete inom primärvård och specialistsjukvård. Erbjud vård på rätt nivå, enligt det behov som finns.

Barn/ungdom och föräldrar uppmuntras att aktivt delta i vården för att tillsammans planera kortsiktiga konkreta mål samt mål på längre sikt, som passar familjers individuella behov.

Väcka motivation och stöda familjer att hitta hälsosammare vanor i vardagen.

Uppnå bestående förändringar i matvanor och vardagsmotion.

Fortlöpande utveckla nätverket för vården av barndoms fetma till mer klient- och familjecentrerad.

Samla arbetsredskap och material att använda i vården.

Diagnos/symtom

E 66 Fetma, ICD-10 koder, [Diagnoskriterier för övervikt och fetma hos barn och ungdomar](#)

Övervikt och fetma diagnosticeras enligt längdviktförhållandet i procent eller enligt viktindex [iso-BMI räknare](#)

Övervikt/fetma och snabbt stigande vikt diagnosticeras i primärhälsovården.

Fetmarelaterade sjukdomar diagnosticeras och vårdas i specialistsjukvården.

Övervikt och fetma har ökat stadigt de senaste årtiondena bland barn och ungdomar. Det är viktigt att förebygga och vårda fetma eftersom det vanligen fortsätter i vuxen ålder. Fetma sänker barnets livskvalité och har samband med fetmarelaterade sjukdomar. (Duodecim 2013, 1)

Undersökningar och vård inom primärvården

Till primärvårdens uppgifter hör att identifiera snabb viktökning, övervikt, fetma och att ta till tals med familjen i tidigt skede. En noggrann undersökning görs av barnets/ungdomens fysiska, psykiska och sociala hälsotillstånd. Med hjälp av motiverande intervjuteknik kartläggs familjens dagliga levnadsvanor, aktuella situation, resurser och motivation att göra förändring i levnadsvanor mot det hälsosammare. Familjen och barnet/ ungdomen ges uppmuntran och stöd att själva formulera, fastställa och uppfylla konkreta målsättningar för bestående förändringar i levnadsvanor. Vårdens målsättning är att främja barnets fysiska, psykiska och sociala hälsa.

Från hälsocentralen hänvisas barn/ungdomar till egen rådgivning/skolhälsovård för fortsatt vård.

Undersökning och vård i kommunerna:

Hangö

Rådgivning och skolhälsovård: Hälsovårdare och Läkare

Kontaktuppgifter: Barnrådgivning och Skolhälsovård

Ingå

Rådgivning och skolhälsovård vid lågstadiet, Hälsovårdare och Läkare

Enligt behov samarbete med Primärvårdens övriga team: kurator, psykolog, näringsterapeut och fysioterapeut.

Skolhälsovård vid högstadiet, Hälsovårdare och Läkare

Enligt behov samarbete med primärvårdens övriga team: skolkurator, psykolog, näringsterapeut och fysioterapeut.

Kontaktuppgifter: Barnrådgivning och Skolhälsovård

Raseborg

Hälsovårdare vid skola och rådgivning bär huvudansvaret för att koordinera och förverkliga vården.

Läkare vid skola och barnrådgivning

Kontaktuppgifter: och Skolhälsovård

Samarbete med primärvårdens övriga team: skolkurator, psykolog, familjeterapeut, näringsterapeut, fysioterapeut och ergoterapeut.

Överföring från primärvård till specialsjukvård

Barnet/ungdomen överförs från primärvården (barnrådgivning/ skolhälsovård) till specialsjukvården när remitteringskriterierna uppfylls. Vård och vidareutredning av övervikt

sker på barnpolikliniken (0–16år). Remissen skall vara korrekt gjord i enlighet med anvisningar för läkarremiss och skickas elektroniskt. [Remitteringskriterier](#) och [Remissinnehåll](#)

V.b kan barnläkare konsulteras med remiss och näringsterapeut per telefon.

Vid behov av psykiatriskt stöd och -utredning inom specialsjukvården involveras:

Barnpsykiatri (≤13 år): [Remitteringskriterier](#) och [Remissinnehåll](#). Vid remittering till barnpsykiatrisk specialsjukvård bör det förutom fetmadiagnos finnas misstanke om psykiatrisk problematik som kräver psykiatrisk specialsjukvård. Nätverksmöte ordnas vid behov vid överföring till barnpsykiatri.

Ungdomspsykiatri(>13år), [Remitteringskriterier](#) och [remissinnehåll](#)

Vid remittering till ungdomspsykiatrisk specialsjukvård bör det förutom fetmadiagnos finnas klar misstanke om psykiatrisk diagnos som kräver psykiatrisk specialsjukvård. [Rekommenderas att remitterande läkare per telefon konsulterar läkare vid ungdomspsykiatriska enheten, innan remiss skickas.](#)

Undersökning, vård och remittering inom specialsjukvården

[HUUCS/Raseborgs sjukhus/Barnpoliklinik \(0-16 år\)](#)

Besök till barnläkare, sjukskötare och näringsterapeut

[Remitteringskriterier till näringsterapeut inom specialsjukvård](#)

Planering och involvering av andra specialiteter v.b. nätverksmöten samt uppgiftsfördelning till primärvården.

Kliniska kontroller och undersökningar på barnpolikliniken är kontroll av tillväxt, blodtryck och midjeomfång. Laboratorieundersökningar samt sockerbelastning, görs om det inte tidigare utförts och ultraljud av lever görs vid förhöjt alat. Ställningstagande gällande behovet av differentialdiagnostiska undersökningar. Vägledning erbjuds till hela familjen och andra centrala personer i barnets närmiljö, för att möjliggöra och stöda förändringar mot hälsosammare vanor och utforma vården enligt familjens resurser.

Enligt behov konsulteras [fysioterapi inom specialsjukvård](#), [remitteringskriterier till fysioterapi inom specialsjukvård](#). Även barnpsykiatri (<12år) och ungdomspsykiatri (>13 år) konsulteras och involveras v.b.

Överföring från specialsjukvården och tillbaka till primärvården

Vid överföring:

Remissvar med rekommendation och begäran om uppföljning vid rådgivning och skolhälsovård.

Sjukskötare kontaktar barnets/ungdomens hälsovårdare per telefon, för att ge över vården.

Specialsjukvården kan enligt behov hänvisa till primärvårdens ex. kurator, psykolog, familjearbetare, fysioterapi och andra tjänster.

Barn/unga som besöker barnpolikliniken och ännu inte nått kriterier för specialsjukvård, hänvisas till barnrådgivning/ skolhälsovård för att påbörja förändringar mot hälsosammare

vanor. Uppgifter på rådgivning/ skolhälsovårdare tas. Familjen kontaktar egen hälsovårdare. Hälsovårdare kontaktas per telefon av sjukskötare.

Länkar till material

Livsstilsvägledning:

Brev, finsk version till föräldrar inom skolhälsovården för att etablera kontakt
 Smarta familjen metod och verktyg åt vårdpersonal för vägledning av barnfamiljer
 angående levnadsvanor
 TOTA verktyg för livsstilshandledning för ungdomar från klass 8 och uppåt
 Hälsovikthuset länk för föräldrars egenvård
 Principer för förebyggande av fetma i barndomen riktat till hälsovården och familjer
 (Duodecim 2013)
 Principer för vård av barn och unga med fetma (Duodecim 2013)
 Motivationsmätare för föräldrar svensk version, finsk version
 Motivationsmätare för ungdomar svensk version, finsk version – arbetsredskap för att
 kartlägga och väcka förändringsmotivation
 Matval i praktiken för barn och unga med övervikt, finsk version Sammanfattad version av
 aktuella kostråd

Information och utbildning:

Lihavuus (lapset)- Käypä hoito suosituksset Rekommendationer, god medicinsk vård
 Barnfetma Nätkurs på oppiportti (finsk) för personal

Arbetsgrupp

Hoverfelt Anna, ordförande, läkare, Raseborg
 Andersson Agneta, hälsovårdare, Hangö
 Backas Kaija, utvecklingschef, HUICS Raseborgs sjukhus
 Blomqvist Susann, skolhälsovårdare, Hangö
 Boström Laura, hälsovårdare vid barnrådgivning, Hangö
 Englund Kerstin, hälsovårdare, Hangö
 Eriksson Pamela, sjukskötare, HUICS Raseborgs sjukhus
 Fjäder Johanna, hälsovårdare vid barnrådgivning, Hangö
 Frondén Kerstin, avdelningsskötare, fysioterapi, HUICS Raseborgs sjukhus
 Holmström Stina, vårdenhetschef inom hälsovård, Ingå
 Janér Joakim, barnläkare, HUICS Raseborgs sjukhus
 Karvonen Henna, näringsterapeut, HUICS Internmedicin och rehabilitering
 Lassenius-Panula Lotta, barnpsykiater, HUICS Sjukvård för barn och unga
 Lindholm Carola, överskötare, HUICS Raseborgs sjukhus
 Lindholm Marianne, hälsovårdare vid mödra- och barnrådgivning, Ingå
 Malmén Maj-Britt, enhetschef, hälsovårdare, Raseborg
 Rehn Annika, överskötare, Raseborg
 Råstu-Werner Pia, sjukskötare, HUICS Raseborgs sjukhus
 Westerlund Michael, fysioterapeut, Raseborg
 Westerlund Åsa, läkare, Raseborg