

# Stöd till elever med övervikt

Test av genomförbarhet av metoden  
MittBpSamtal inom elevhälsan

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Bergström H, Schäfer Elinder L. Stöd till elever med övervikt. Test av genomförbarhet av metoden MittBpSamtal inom elevhälsan. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2018. Rapport 2018:6.



**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.siso@sll.se



Rapport 2018:6



ISBN 978-91-87691-56-0



Författare: Helena Bergström, Liselotte Schäfer Elinder

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm november 2018

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Förord

Ungefär vart femte skolbarn i Sverige har i dag övervikt eller fetma, vilket leder till både fysisk och psykisk ohälsa på kort och lång sikt. I Stockholms län kan man också se stora socioekonomiska skillnader i förekomst av övervikt och fetma, till nackdel för grupper med låg utbildning och låg inkomst. Med tanke på att fetma i barndomen med stor sannolikhet leder vidare till ohälsa i vuxenlivet, och att behandling är effektivare ju tidigare den sätts in, är det oerhört viktigt att tidigt ge stöd till barn och ungdomar som utvecklar övervikt.

Det ingår i elevhälsans uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande, men det saknas evidensbaserade metoder för att samtala med barn med övervikt om att förändra sina matvanor och öka sin fysiska aktivitet. Samtalsmetoden Mitt Brännpunktsamtal (MittBpSamtal) har utvecklats i praktisk verksamhet för att ge skolsköterskor stöd i dessa ofta svåra samtal. Metoden bygger på ett empatiskt förhållningssätt med barnet i fokus, men har ännu inte utvärderats avseende process eller effekt.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Stockholms läns landsting ska bidra till en bättre och mer jämlik hälsa genom kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma 2016–2020, och med medel från Innovationsfonden i Stockholms läns landsting, har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin utvärderat genomförbarhet av samtalsmetoden MittBpSamtal. Denna rapport beskriver metoden samt möjligheter och utmaningar i att genomföra den. Rapporten är ett viktigt kunskapsunderlag i det fortsatta arbetet med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar – en prioriterad grupp inom handlingsprogrammet.

*Cecilia Magnusson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, SLSO

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning.....	6
Bakgrund .....	8
Hälsöfrämjande, förebyggande och behandlande arbete i Stockholms län .....	8
Utveckling av Mitt Brännpunktssamtal .....	10
Syfte.....	11
Frageställningar .....	11
Metod .....	12
Samtalsmetoden Mitt Brännpunktssamtal .....	12
Brännpunktens verktyg .....	13
Samtal med elever och föräldrar .....	15
En kvalitativ enkätstudie om utmaningar vid samtal om övervikt .....	16
Deltagare .....	16
Analys .....	17
Pilotstudien .....	17
Följsamhet till manualen.....	18
Beteendeförändringstekniker.....	18
Bakgrundsdata .....	19
Längd och vikt.....	19
Välbefinnande och psykisk hälsa .....	20
Upplevelse av metoden MittBpSamtal .....	21
Resultat.....	23
Utmaningar vid samtal om övervikt .....	23
Tema: Att vara ensam med en tuff uppgift.....	23
Kategori 1: Möta familjen .....	23
Kategori 2: Vara redo för samtalet.....	25
Kategori 3: Arbeta med förändring.....	27
Beskrivning av deltagarna i pilotstudien .....	28
Följsamhet .....	29
Antal genomförda samtal .....	29
Samtalslängd .....	29
Användning av Brännpunktens verktyg .....	29
Föräldrars närvaro .....	29
Valda block och mål för beteendeförändring .....	30
Beteendeförändringstekniker .....	30
Längd och vikt .....	34
Välbefinnande och psykisk hälsa .....	34

Upplevelse av metoden .....	36
Tema: Stöd för att prata om ett känsligt ämne .....	36
Kategori 1: Verktyg för förändring .....	36
Kategori 2: Eleven i centrum.....	38
Kategori 3: Stöd och resurser .....	40
Diskussion .....	43
Utmaningar vid samtal om övervikt .....	43
Följsamhet till metoden.....	43
Beteendeförändringstekniker.....	44
Bedömning av elevernas hälsa .....	45
Upplevelse av metoden .....	45
Skolan som hälsofrämjande arena .....	46
Behov av effektstudie .....	46
Styrkor och svagheter .....	47
Slutsatser .....	47
Förkortningar .....	49
Referenser .....	50
Bilagor.....	54
Bilaga 1. Brännpunkten och MittBpSamtal. Manual Testversion 2018.....	54
Bilaga 2. Checklista BCT i MittBpSamtal .....	74

# Sammanfattning

Ohälsosamma matvanor, låg fysisk aktivitet och högt BMI bidrar till en stor del av den samlade sjukdomsburden i Stockholms län, och det finns stora skillnader till nackdel för grupper med låg utbildning och inkomst. Stockholms läns landsting har antagit Handlingsprogram övervikt och fetma 2016–2020, som prioriterar barn och unga samt grupper med särskilda behov, i det hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbetet. Den mest effektiva strategin för att minska förekomsten av övervikt och fetma är att förebygga nya fall, och genom elevhälsan är det möjligt att nå alla barn i skolåldern med förebyggande insatser.

Enligt *Vägledning för elevhälsan* ska barn med övervikt och deras vårdnadshavare bemötas med ett empatiskt förhållningssätt och matvanor och fysisk aktivitet ska uppmärksammas, medan barn med fetma enligt Regionalt vårdprogram bör remitteras till barn- och ungdomsmedicinsk mottagning för behandling. I dag finns dock inget standardiserat och evidensbaserat arbetssätt för elevhälsan att bemöta elever med övervikt. Med denna utgångspunkt har skolsköterskan Anette Ekqvist under tio års tid utvecklat samtalsmetoden Mitt Brännpunktssamtal (MittBpSamtal), som bland annat inkluderar olika samtalsverktyg samt ett webbverktyg, som guidar skolsköterskan genom samtalen. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin har i samarbete med Anette Ekqvist formaliserat metoden i form av en manual. Det primära syftet med denna studie var att testa genomförbarheten av metoden enligt manualen. Ett ytterligare syfte var att studera vilka utmaningar skolsköterskor möter i samtal om övervikt med barn, ungdomar och föräldrar.

För att undersöka skolsköterskors uppfattningar om utmaningar i samtal om övervikt med barn och föräldrar samlades enkäter in från utbildningstillfällen i metoden MittBpSamtal från totalt 341 deltagare. För att testa genomförbarheten av metoden genomfördes en pilotstudie. Ett 20-tal skolsköterskor bjöds in för att delta, och tre av dessa accepterade. Skolsköterskorna rekryterade elever och ett antal faktorer studerades: följsamhet till metoden, beteendeförändringstekniker som använts i samtalen, elevernas längd och vikt före och efter, elevernas psykiska hälsa före och efter samt skolsköterskors, föräldrars och elevers upplevelse av metoden.

Enkätstudien om utmaningar vid samtal om övervikt med barn och föräldrar visade att skolsköterskorna upplever sig vara ensamma med en tuff uppgift. De huvudsakliga utmaningarna handlar om att:

- möta familjen
- vara redo för samtalen
- arbeta med förändring.

De tre skolsköterskorna rekryterade sammanlagt sex elever till pilotstudien, varav fem tog del av alla fem planerade samtal. Följsamheten till metoden kunde huvudsakligen bedömas som god, även om vissa avvikelser och anpassningar förekom. Av de 61 beteendeförändringstekniker som initialt bedömdes kunna ingå i MittBpSamtal upptäcktes vid kodningen sammanlagt 40, och vid varje enskilt samtal användes i genomsnitt 10 beteendeförändringstekniker. De tekniker som användes i minst hälften av samtalen var: målsättning (beteende), problemlösning, handlingsplanering, genomgång av beteendemål, återkoppling på beteendefall, ospecificerat socialt stöd, praktiskt socialt stöd, ersätt beteende samt social belöning.

Alla fem elever som tog del av samtliga fem samtal gick ner i vikt, och inga tydliga förändringar kunde ses avseende psykisk hälsa och välbefinnande. Intervjustudien med skolsköterskor, föräldrar och elever visade att metoden upplevs som ett stöd för att prata om ett känsligt ämne. Analysens tre huvudkategorier visar att upplevelsen är

- att metoden är ett verktyg för förändring
- att metoden sätter eleven i centrum
- att stöd och resurser har betydelse för genomförandet.

Samtalsmetoden MittBpSamtal kan ses som en lovande metod för att samtala med elever om övervikt inom elevhälsan. Intervjustudien visade också att manualen bör ses över och förtydligas avseende:

- vad som är metodens primära och sekundära mål
- vilka delar som alltid bör ingå och vilka delar som är valbara
- vilka åldersgrupper metoden passar för och hur den kan anpassas för olika åldrar
- huruvida både förälder och barn alltid måste delta tillsammans och när avsteg från detta eventuellt kan göras.

För att studera samtalsmetodens effekter på vikt och psykisk hälsa behövs en effektutvärdering med ett betydligt större deltagarantal. Om beslut tas om att implementera metoden i stor skala kommer extra resurser behövas.

# Bakgrund

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har under de senaste decennierna ökat i en oroväckande snabb takt över hela världen (1). Flera studier visar att ökningen av övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Sverige kan ha avstannat, men istället ses ökade klyftor i när det gäller vikt mellan socioekonomiskt starka och svaga grupper, till nackdel för de svagare grupperna (2–5). Forskning visar att ohälsosamma levnadsvanor och fetma i barndomen med stor sannolikhet leder vidare till ohälsa i vuxenlivet (6–9), och det är därför mycket viktigt att främja hälsosamma levnadsvanor och förebygga övervikt bland barn.

I Sverige har ungefär en femtedel av alla skolbarn övervikt eller fetma (10). Livsmedelsverkets senaste matvaneundersökning bland barn och ungdomar i Sverige visar att de flesta äter alldeles för lite frukt och grönsaker och för mycket rött kött och chark, samtidigt som en stor del av energin kommer från godis, kakor, snacks och läsk (11). En ny sammanställning av barns och ungdomars fysiska aktivitet visar att barn inte heller är fysiskt aktiva i den utsträckning de borde och att de ägnar för mycket tid åt stillasittande (12). Allra mest alarmerande är kanske ändå de stora sociala skillnader man kan se i matvanor, fysisk aktivitet och förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Sverige (4, 13–15).

Barnhälsovårdens data på fyraåringar i Stockholms län visar på stora skillnader i förekomst av övervikt och fetma i länet, som är relaterade till inkomst och utbildning (5). Enligt den senaste rapporten är skillnaderna så stora att övervikt kan vara mer än tre gånger så vanligt i ett resursfattigt område jämfört med ett resursstarkt område i länet. Det finns också tydliga sociala skillnader när det gäller hälsa generellt och levnadsvanor både bland skolbarn (15) och vuxna till nackdel för grupper med låg utbildning och inkomst (16). Ohälsosamma matvanor, låg fysisk aktivitet och dess följsjukdomar har med andra ord stor betydelse för den sociala ojämlikheten i hälsa i Stockholms län.

Enligt senaste data från studien Global Burden of Disease bidrar ohälsosamma matvanor, låg fysisk aktivitet och högt BMI med sammanlagt 18 procent av sjukdomsburden i Stockholms län (17). Förebyggande insatser mot kroniska sjukdomar relaterade till levnadsvanor och fetma, såsom hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes, muskuloskeletala sjukdomar och cancer efterfrågas nu både nationellt och internationellt (18). Det är därför av största betydelse att försöka förebygga övervikt och fetma så tidigt som möjligt, vilket kan ge stora besparingar för hälso- och sjukvården, hälsovinster för befolkningen och minskad ojämlikhet i hälsa.

## Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbete i Stockholms län

Stockholms läns landsting antog 2004 det första handlingsprogrammet mot fetma som har uppdaterats med nuvarande Handlingsprogram övervikt och fetma 2016–2020 (HPÖ) (19). Visionen är att de senaste decenniernas negativa trend ska vändas och att övervikt och fetma i länet, samt skillnader i förekomst, ska minska. Barn och ungdomar samt grupper med särskilda behov ska prioriteras och uppmärksammas i det hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbetet.



Den mest effektiva strategin för att minska förekomsten av övervikt och fetma är att förebygga nya fall, och i Stockholms läns Regionala vårdprogram övervikt och fetma från 2016 betonas att elevhälsan är oerhört betydelsefull i det hälsofrämjande, preventiva och identifierande arbetet (20). Elevhälsan är en samhällsstruktur som når alla barn i skolåldern och där det finns kontinuitet. I vårdprogrammet betonas att elevhälsan har stor betydelse för att familjen ska bli varse problemet med en ohälsosam viktutveckling och behovet av att göra förändringar. Här finns dock en stor kunskapslucka. Det finns i dag inga evidensbaserade metoder som elevhälsans medicinska insats kan använda i arbetet, vilket innebär att den individuella skolsköterskan måste göra en egen bedömning och hitta egna lösningar.

Elevhälsan har ett uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande, men Vägledningen till Elevhälsan (21) ger enbart vag och icke evidensbaserad vägledning när det gäller insatser för överviktiga elever. I vägledningen står bland annat att det är viktigt att värdera viktavvikelser tillsammans med andra faktorer, att personal som genomför mätningar bör ha ett empatiskt förhållningssätt och att det kan vara bra att komma överens med elev och vårdnadshavare om hur man ska tala om elevens eller familjens övervikt. Utöver detta finns inget stöd för skolsköterskorna kring hur de kan arbeta för att främja en hälsosam viktutveckling och stödja elever med övervikt.

Forskning visar att hälsofrämjande insatser i skolan bör bestå av flera komponenter, och gärna inkludera både familjen och lokalsamhället, för att ha effekt på barns mat- och rörelsevanor (22). Vid Karolinska Institutet pågår en utvärdering av programmet En frisk skolstart Plus, som är ett föräldrastödsprogram i förskoleklass med fokus på hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet (23–25). Detta föräldrastödsprogram visar lovande resultat men är ett universellt program, det vill säga riktar sig till alla barn oavsett viktstatus, och är inte en riktad intervention till barn och ungdomar som redan har utvecklat övervikt. Enligt en översikt kan Motiverande samtal (MI) användas vid behandling av barn med övervikt eller fetma, men på grund av brist på studier finns ingen evidens för effekt (26). I Örebro län har en metodbok tagits fram för elevhälsan med ett kapitel om bemötande av överviktiga elever, men inte heller detta arbetssätt har utvärderats. I dag finns alltså inget standardiserat och evidensbaserat arbetssätt för elevhälsan att bemöta elever med övervikt. Först när eleven utvecklat fetma finns riktlinjer om att remittera för behandling.

När det gäller behandling av fetma indikerar forskningen att det är viktigt att behandla vid så låg ålder som möjligt (27) samt att inkludera eller rikta behandlingen till föräldrar (28). I Sverige har fetmabehandling utvecklats som riktas till barnets föräldrar, bland annat i form av Södertäljemodellen (29) och metoden Mer och Mindre (30). Primärvården, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) samt barnkliniker har i uppdrag att behandla barn med fetma, men bara en bråkdel av alla barn med fetma erbjuds behandling i vården och ofta kommer de för sent, det vill säga när fetman har blivit allvarlig (31). Dessutom är behandling av fetma mycket tidskrävande och svår. Enligt den senaste årsrapporten från Barnobesitas Register i Sverige (BORIS) är det enbart vart femte barn med fetma i åldern 6–13 som efter tre års behandling inte längre har sjukdomen, och man ser en allvarlig tendens till försämrade behandlingsresultat över tid (31). Effektiva insatser, i ett skede innan fetma hunnit utvecklas, är därför mycket önskvärda.

## Utveckling av Mitt Brännpunktssamtal

I brist på en evidensbaserad metod för att samtala med elever med övervikt inom elevhälsan utvecklade skolsköterskan Anette Ekqvist (AE) under tio års tid samtalsmetoden Mitt Brännpunktssamtal, som förkortas "MittBpSamtal". Samtalsmetoden utvecklades under 2005–2014 med stöd från Allmänna Arvsfonden, och i samarbete med Tyresö Korpen.

Med stöd från Stockholms läns landsting utvecklades, med start 2014, också en webbsida (mittbp.se) och ett webbverktyg (BPIT). Med start 2015 och till dagens datum har runt 800 skolsköterskor och barnsjüksköterskor grundutbildats i metoden MittBpSamtal och runt 650 familjer har tagit del av samtal, med utgångspunkt i metoden. Någon formaliserad manual har inte funnits och metoden har inte utvärderats vetenskapligt. På webbsidan finns information och verktyg för de två målgrupper Brännpunkten riktar sig till:

- barn med övervikt eller fetma och deras föräldrar
- alla som i sin profession möter barnen, såsom skolsköterskor, barnsjüksköterskor och barnläkare.

MittBpSamtal drivs av Brännpunktens ideella förening på uppdrag av Stockholms läns landsting (SLL) och inom ramen för HPÖ. Samtalsmetoden bygger på ett empatiskt förhållningssätt med barnet i fokus. Som stöd får skolsköterskorna bland annat tillgång till webbverktyget BPIT med frågor att använda tillsammans med barn och föräldrar under samtalen. Efterfrågan på utbildning och stöd har varit stor, eftersom professionen upplever övervikt och fetma bland barn som en mycket svår och känslig fråga.

Bakom utvecklingen av, och arbetet med, MittBpSamtal ligger mångårig erfarenhet inom elevhälsan. Med tanke på det stora behovet av evidensbaserade metoder för att förebygga och behandla övervikt och fetma bland barn och ungdomar är det av stor vikt att utvärdera metoden MittBpSamtal. Under 2017 fick Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) inom SLL i uppdrag att genomföra en pilotstudie, med syfte att utvärdera metodens genomförbarhet. Pilotstudien har genomförts på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL inom ramen för HPÖ och med stöd från SLL:s Innovationsfond. För att kunna utvärdera genomförbarheten av MittBpSamtal har CES, i samarbete med AE, dokumenterat metoden i en manual (bilaga 1).

# Syfte

Det primära syftet med denna pilotstudie var att testa genomförbarheten av samtalsmetoden Mitt Brännpunktssamtal enligt manual, inom elevhälsans ram. Ett ytterligare syfte var att studera vilka utmaningar skolsköterskor möter i samtal om övervikt med barn, ungdomar och föräldrar.

## Frågeställningar

Vad upplever skolsköterskor och andra yrkesverksamma som utmanande i samtal om övervikt med barn, ungdomar och deras föräldrar?

Hur var följsamheten till metoden och manualen i pilotstudien?

Vilka beteendeförändringstekniker förekom i de genomförda samtalen?

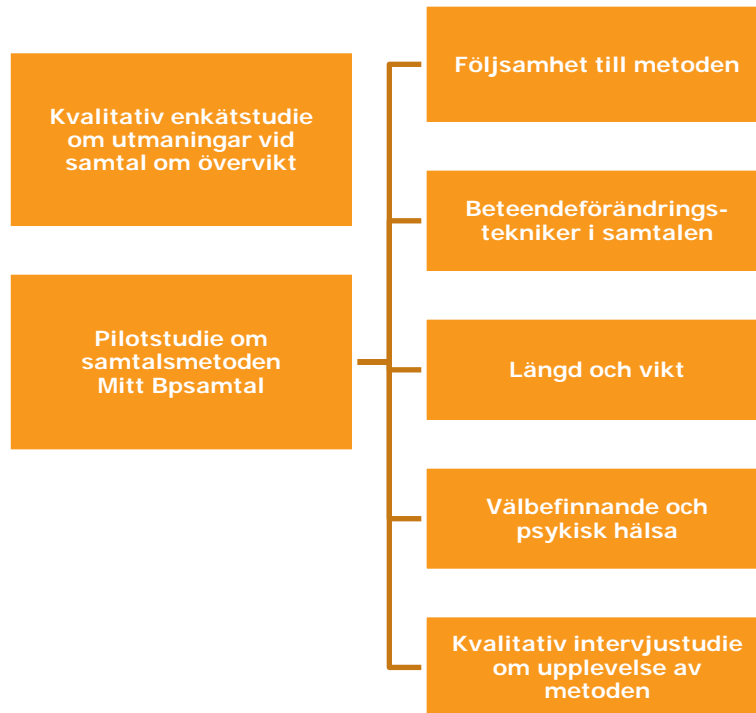
Hur fungerade det att dokumentera deltagarnas längd och vikt, samt hur förändrades BMI:s hos deltagarna under interventionen?

Hur fungerade det att dokumentera välbefinnande och psykisk hälsa, samt hur förändrades dessa värden hos deltagarna under interventionen?

Hur upplevde skolsköterskor, elever och föräldrar metoden?

# Metod

Utvärderingen omfattar ett antal delstudier. I metoddelen beskrivs initialt samtalsmetoden Mitt Brännpunktssamtal. Därefter beskrivs de olika delstudierna som omfattar en kvalitativ enkätstudie om utmaningar vid samtal om övervikt samt pilotstudien, inklusive både processmått och effektmått (figur 1).



Figur 1. Översikt över delstudier som ingår i rapporten.

## Samtalsmetoden Mitt Brännpunktssamtal

Samtalsmetoden Mitt Brännpunktssamtal (MittBpSamtal) är riktad till elever 6–20 år med övervikt. Barn med fetma bör enligt det regionala vårdprogrammet kring övervikt och fetma remitteras till Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) (20). Det här sker inte alltid i praktiken, och därför kan MittBpSamtal i vissa fall även användas för samtal med barn med fetma.

MittBpSamtal syftar till att stödja elever med övervikt eller fetma att stabilisera sin vikt eller minska sitt BMI. Fokus ligger på *hur* förändringen kan ske och utgår alltid från barnets egen önskan om förändring och förslag på att nå förändring, så kallad *egenordination*. MittBpSamtal har rötter i motiverande samtal (MI) och alla samtal ska utföras i MI-anda, ett förhållningssätt som innefattar en atmosfär och ett bemötande präglat av empati, acceptans, samarbete och respekt för självbestämmande.

I samtalet används också olika beteendeförändringstekniker som motiverar till livsstilsförändringar, tillsammans med konkreta verktyg som underlättar för barn att nå sina förändringsmål. Den tänkta förändringsprocessen beskrivs här genom en så kallad programteori (figur 2). Programteorin förklarar den tänkta orsakskedjan i interventionen, det vill säga vilka faktorer som ska påverkas för att få en effekt, samt vilka de önskade (32).

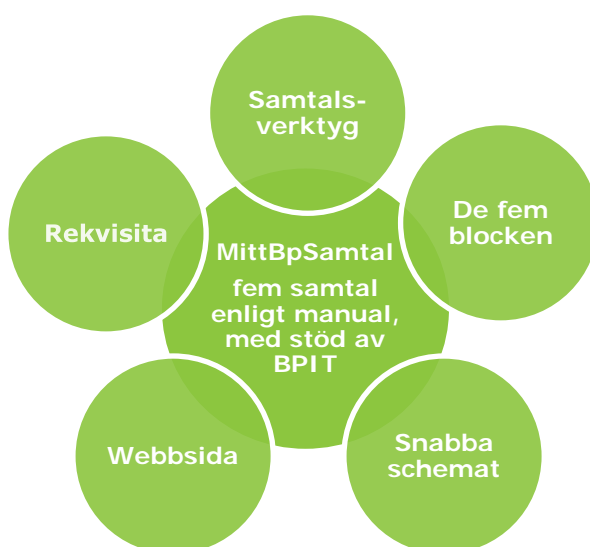
Inflöde	Aktiviteter	Material	Intermediära utfall	Beteende-utfall	Hälsoutfall
Fortbildning/handledning för skolsköterskor	MittBpSamtal	Manual Rekvisita till samtalet Webbsida	Kunskaper /förmågor Tilltro till egen förmåga Socialt stöd/förebilder Utbud (mat och aktivitet)	Matvanor Fysisk aktivitet Stillasittande	BMI Psykisk hälsa/välbefinnande
Tänkt orsakskedja					

Figur 2. Programteori för metoden MittBpSamtal.

Skolsköterskor har erbjudits att delta i utbildning i metoden samt handledning via e-post, chatt eller sociala medier. Under 2017 utvecklades en manual som beskriver innehållet i metoden (bilaga 1). Manualen sammanställdes av Sofie Jonsson (SJ) och Liselotte Schäfer Elinder (LSE) på CES, i samarbete med AE. I manualen beskrivs dels Brännpunktens verktyg och dels samtalen, vilka också i korthet beskrivs här.

### Brännpunktens verktyg

Genom metoden MittBpSamtal får skolsköterskan stöd genom olika samtalsverktyg, flera så kallade *block* samt det *snabba schemat*. Metoden inkluderar också rekvisita såsom exempelvis stressboll, hopprep, guldmedalj och material för sockerutställning, i form av en *Brännpunktskasse*. Skolsköterskor som använder metoden har också tillgång till en webbsida, där det är möjligt att läsa information och ladda ner material. En översikt över metodens delar ges i figur 3.

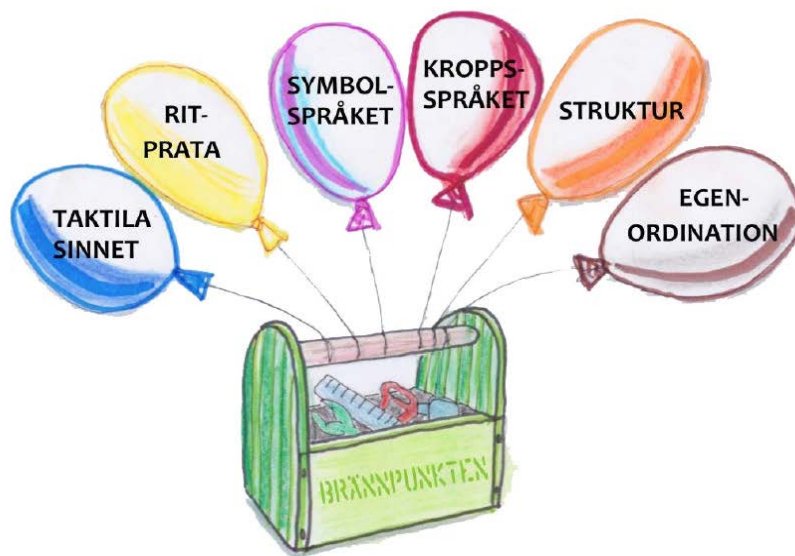


Figur 3. Översikt över samtalsmetoden Brännpunkten och dess verktyg.

## Samtalsverktyg

MittBpSamtal innehåller ett flertal samtalsverktyg för att underlätta kontakten mellan elev och vuxen, det vill säga skolsköterska eller förälder. De samtalsverktyg som ingår är:

- *Taktila sinnet* – bemötande med taktilt material i mottagningsrummet såsom en stressboll, samt med till exempel hand- eller fotmassage till eleven.
- *Ritprata* – för de barn som enklare kommunicerar tankar och känslor genom det de ritat.
- *Symbolspråk* – liknelser via symbolbilder i stället för ord, till exempel VAS-skala (graderad skala 0–10), bilder eller metaforer.
- *Kroppsspråk* – för de barn som enklare kommunicerar tankar och känslor via kroppen.
- *Struktur* – enkla, positiva och konkreta samtal som gynnar följsamhet.
- *Egenordination* – barnen bestämmer sig för och skriver ner vilka förändringar de vill genomföra med hjälp och stöd från anhöriga och skolsköterskan.



De fem blocken

MittBpSamtal inkluderar också fem så kallade block. Blocken är områden relaterade till övervikt, och inom vilka eleven kan uppleva mer eller mindre problem. Vanligtvis väljer eleven att fokusera på ett till tre av de fem blocken, beroende på var elevens obalans ligger. De fem blocken är:

1. *Mat och portioner* – för elever som är vana att ta för stora portioner, ta om mat vid flera tillfällen eller småäta mellan måltider.
2. *Sött och onyttigt* – för elever som äter godis flera dagar i veckan, köper stora godispåsar eller smygäter sötsaker.
3. *Fysisk aktivitet och energibalans* – för elever som är fysiskt inaktiva, inte deltar i skolidrotten och blir stillasittande framför datorn eller teven.
4. *Självvärde och självkänsla* – för elever som lider av dålig självkänsla, skäms över sin kropp och ofta tänker negativa tankar om sig själv.

5. *Rädslor och sjukdomar* – för elever som känner rädsla för olika sjukdomstillstånd, till exempel hjärtinfarkt och diabetes.

Snabba schemat och i egen takt

*Snabba schemat* används när eleven vill skapa en snar förändring och är beredd att följa *snabba schemats* struktur till punkt och pricka. Schemat består av fem grundbultar som omgående medför viktstabilitet eller viktnedgång. De fem grundbultarna innefattar:

- Tre deciliter mat, resten grönsaker för barn tio år och uppåt. Föräldrarna mäter alltid upp maten hemma.
- Tre timmar svettas i veckan. Fysisk aktivitet – vad gillar du att göra?
- Morgonvikt en gång i veckan. Viktstopp såklart! Alltid vägning tillsammans med en vuxen.
- Koll på socker. Obs! Allt som är sött triggas igång suget. Minska och byt ut till smartare alternativ.
- Massa pepp! Från förälder, anhöriga och skolsyster. Inge hopp om att det går att lyckas.

Om eleven väljer att göra förändringarna i egen takt används samma grundbultar, men i den takt eleven önskar. Eleven gör också förslag till *egenordination* och även föräldrarna kan komplettera med *egenordination*.

#### Samtal med elever och föräldrar

Enligt manualen inkluderar MittBpSamtal en inledande kontakt (samtal) och därefter fem samtal samt uppföljning tre månader efter det sista ordinarie samtalet. Den inledande kontakten med eleven sker vanligtvis via hälsosamtalet, men i vissa fall även genom spontan kontakt på elevens initiativ. Kontakten med eleven är tänkt att ge en lägeskontroll när det gäller elevens fysiska och psykiska hälsa. Den inledande kontakten med föräldrarna sker via telefonsamtal från skolsköterskan som ger information och erbjudande om träffar med elev och föräldrar. Fokus under telefonsamtalet ligger på barnet och syftar till att förmedla barnets känslor och önskemål som framkommit i kontakten med eleven. Efter den inledande kontakten erbjuds eleven fem samtal tillsammans med föräldrarna under en period på cirka sex månader.

Uppstartssamtalet sker på skolsköterskans mottagning då både elev och föräldrar är närvarande. Samtalet är tänkt att engagera både elev och föräldrar, med fokus på elevens vilja och motivation att stoppa sin viktuppgång. Som inledning på samtalet används webbverktyget BPIT (10+ eller 13+ beroende på barnets ålder), och därefter fortsätter samtalet kring det eller de block där eleven upplever obalans. Under samtalet tas beslut kring huruvida eleven ska följa *snabba schemat* eller göra förändringar i egen takt. Uppföljningssamtalen sker på sköterskans mottagning, då både elev och föräldrar är närvarande, med fokus på elevens vilja och motivation. Webbverktyget BPIT (återbesöksenkäten) används och samtal genomförs med utgångspunkt i det eller de block där eleven har obalans. Ny mätning av vikt genomförs och mot slutet av samtalen gör eleven förslag till ny *egenordination*.

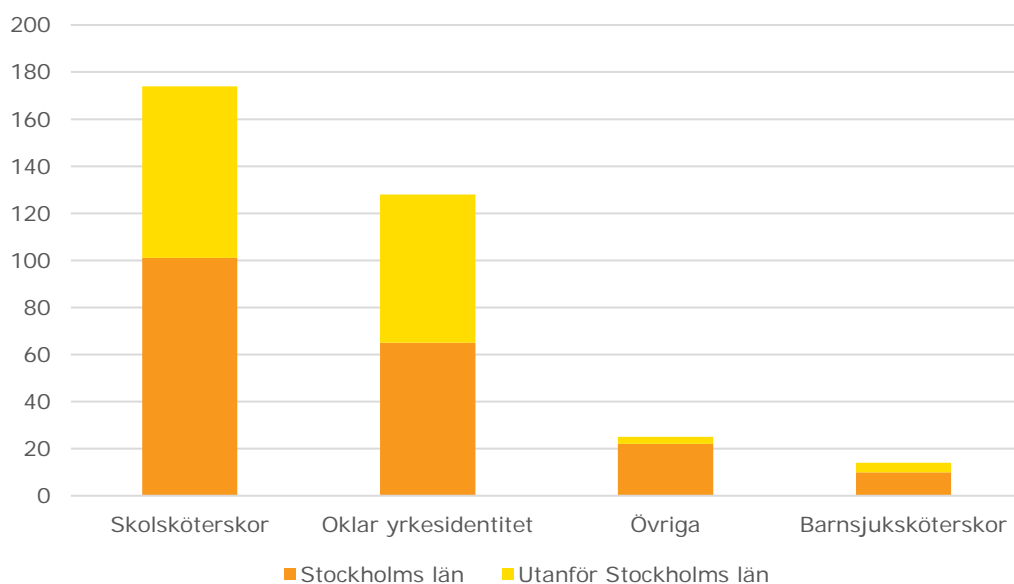
## En kvalitativ enkätstudie om utmaningar vid samtal om övervikt

För att undersöka skolsköterskors och andra yrkesverksammas uppfattningar om utmaningar i samtal om övervikt med barn och föräldrar samlades enkäter in från utbildningstillfällena i metoden Brännpunkten. Utbildningstillfällena inkluderade både heldagsutbildningar och tvåtimmarsutbildningar som gavs mellan 2015 och 2018. Utbildningarna arrangerades av AE från Brännpunktens ideella förening och riktades i första hand till skolsköterskor, men även personer som tillhörde andra yrkeskategorier som möter barn inom elevhälsan eller vården välkomnades. Enkäterna distribuerades vid samtliga tillfällen vid utbildningens start och inkluderade två frågor:

- Vad behöver du? Förväntningar på dagen...?
- Vad tycker du är det svåraste ... på individnivå i mötet med elev/föräldrar/anhöriga?

### Deltagare

Enkäten besvarades av sammanlagt 341 personer, varav 174 uppgav sig vara skolsköterska eller både skolsköterska och barnsjuksköterska, 14 uppgav sig vara barnsjuksköterska och 128 underlät att besvara frågan om yrkestillhörighet. Övriga 25 innehade något av följande yrken: sjuksköterska, skolläkare, kurator, dietist, hälsopedagog, socialpedagog, verksamhetschef, konsult eller student. Med tanke på att utbildningen i första hand riktades till skolsköterskor är det rimligt att anta att den största andelen av dem som underlät att besvara frågan om yrkestillhörighet också var skolsköterskor. Att flertalet av dessa var skolsköterskor bekräftas också av AE, som arrangerade utbildningarna. Sammanlagt 198 av skolsköterskorna och de andra professionella arbetade i Stockholms län och 143 arbetade i andra län i Sverige (figur 4).



Figur 4. Yrkeskategorier och geografisk spridning bland personer som besvarat enkäten.



## Analys

Enkäterna lästes igenom flera gånger för att få en känsla för innehållet. Enkäter från professionella inom respektive utanför Stockholms län analyserades först separat för att upptäcka eventuella skillnader mellan de två olika geografiska grupperna. Eftersom inga tydliga skillnader upptäcktes integrerades analysen senare till en sammanhängande helhet. Svaren på enkätfrågorna analyserades med kvalitativ innehållsanalys, enligt den procedur som beskrivits av Graneheim och Lundman (33). Inledningsvis identifierades meningsbärande enheter, som benämndes med koder. Koderna jämfördes, baserat på likheter och olikheter, och sorterades in i underkategorier och kategorier. Slutligen definierades ett tema, baserat på innehållet i kategorierna. Analysen genomfördes av Helena Bergström (HB).

## Pilotstudien

Pilotstudien var en före-efter-studie för att testa genomförbarheten av samtalsmetoden MittBpSamtal. Ett 20-tal skolsköterskor från kommuner i Stockholms län, som tidigare haft kontakt med AE, tillfrågades om deltagande i pilotstudien och tre av dessa accepterade. Skolsköterskorna bjöds in att delta i den en dag långa grundutbildning kring MittBpSamtal som brukar erbjudas till intresserade skolsköterskor. De bjöds dessutom in till en heldagsworkshop som togs fram specifikt för skolsköterskorna i pilotstudien.

En av skolsköterskorna hade gått grundutbildningen vid ett tidigare tillfälle, och de övriga två gick den då den erbjöds inom ramen för pilotstudien. Denna utbildningsdag inkluderade en genomgång av hela metoden inklusive samtalsverktygen, de fem blocken samt skolsköterskans ledarskap i mötet med familjen. Under workshoppen fick deltagarna möjlighet att gå igenom webbverktyget på nytt samt diskutera upplägg av pilotstudien och metoder för datainsamling. Utöver dessa inledande dagar erbjöds skolsköterskorna under projekttiden upp till fem timmars handledning från AE. Två av skolsköterskorna utnyttjade fyra timmars handledning, och en utnyttjade tre timmars handledning.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting erbjöd ekonomisk ersättning till deltagande skolor för de extra timmar skolsköterskorna spenderade i projektet, och skolorna kunde välja att använda denna ersättning för att vid behov ta in ersättare för ordinarie skolsköterska. Målsättningen var att skolsköterskorna tillsammans skulle rekrytera cirka 20 barn och ungdomar till studien. Inklusionskriterier var att barnen skulle vara 10–16 år och ha övervikt. Åldersgränsen på tio år sattes för att eleverna självständigt skulle kunna svara på enkäter.

Projektet har beviljats etiskt tillstånd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholms län (2017/2481-31). Deltagare och föräldrar informerades om att deltagande i projektet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. Både deltagare och föräldrar lämnade skriftligt samtycke. Alla deltagare i projektet utlovades konfidentialitet vid rapportering.

## Följsamhet till manualen

Följsamhet handlar om i vilken utsträckning genomförandet av ett program eller en metod följer beskrivningen av programmet eller metoden (32). I den här pilotstudien studerades följsamhet genom att undersöka hur väl skolsköterskorna följde manualen vid genomförandet. Följsamheten dokumenterades genom att skolsköterskorna fyllde i en samtalsöversikt där de efter varje samtal antecknade datum för samtalet, information om elevens vikt och längd samt eventuella informationsavvikelser. Alla samtal spelades också in med diktafon, med undantag av samtalen med en av de sex eleverna eftersom denna elev avböjde inspelning. Nedanstående faktorer noterades för beskrivning av följsamhet:

1. **Antal genomförda samtal.** Enligt manualen ska fem behandlingssamtal genomföras under sex månader. Följsamheten bedömdes som god om minst fyra behandlingssamtal genomförts under fem-sex månader.
2. **Samtalslängd.** Enligt manualen ska varje samtal ta cirka 60 minuter. Följsamheten bedömdes som god om samtalen varade minst 45 och högst 75 minuter.
3. **Användning av Brännpunktens verktyg.** Enligt manualen får skolsköterskan stöd av webbverktyget BPIT, sex samtalsverktyg, fem så kallade block samt det *snabba schemat*. Följsamheten bedömdes som god om skolsköterskan med varje elev använde BPIT vid minst två av samtalen, använde minst tre av samtalsverktygen och vid minst ett tillfälle talade om blocken och *snabba schemat*.
4. **Närvaro av föräldrar.** Enligt manualen ska föräldrar närvara vid samtliga samtal. Följsamheten bedömdes som god om föräldrar närvarade vid minst tre av de fem samtalen.

För att beskriva innehållet i samtalen noterades dessutom valda block och uppsatta mål för beteendeförändring. All data kring följsamhet fördes in i en Excel-databas och beskrevs deskriptivt, i relation till ovan definierade faktorer.

## Beteendeförändringstekniker

På senare år har en taxonomi över beteendeförändringstekniker utvecklats (34) som syftar till att skapa en konsistent terminologi och därmed möjlighet till jämförelse mellan olika beteendeförändringsinterventioner. Taxonomin inkluderar i dagsläget 93 beteendeförändringstekniker fördelade inom följande 16 områden:

- 1) mål och planering
- 2) återkoppling och registrering
- 3) socialt stöd
- 4) utveckla kunskap
- 5) naturliga konsekvenser
- 6) jämförelse av beteende
- 7) association
- 8) upprepning och substitution
- 9) jämföra utfall

- 10) belöning och hot
- 11) reglering
- 12) förelöpare
- 13) identitet
- 14) planerade konsekvenser
- 15) självövertygelse
- 16) dold inläring.

Projektmedarbetare från CES gick igenom taxonomin tillsammans med AE, och bedömde att 61 av de 93 beteendeförändringsteknikerna kan ingå i MittBpSamtal, utifrån hur metoden är beskriven. För att undersöka vilka av dessa 61 beteendeförändringstekniker som verkligen används i samtalen togs en checklista fram, där de 61 teknikerna översattes till svenska, samt kompletterades med en kort exemplifiering av vad de kan innehålla inom ramen för MittBpSamtal (bilaga 2).

En av författarna (HB) lyssnade på alla 26 inspelade samtal och bedömde vilka beteendeförändringstekniker som ingick i varje samtal, utifrån den framtagna checklistan. Innan start genomgick HB den internetbaserade träning som finns på webben på [www.bct-taxonomy.com](http://www.bct-taxonomy.com), och som krävs för att uppnå kompetens för att bedöma beteendeförändringstekniker enligt taxonomin. Bäst reliabilitet uppnås om två bedömare lyssnar på samtalen oberoende av varandra och jämför kodningen. Detta var inte möjligt på grund av begränsningar i tid. För att uppnå konsekvens och samstämmighet diskuterades kodningen och eventuella frågetecken regelbundet med LSE och SJ. Använda beteendeförändringstekniker noterades i en Excel-databas och redovisades därefter utifrån i hur många samtal de olika teknikerna användes.

### **Bakgrundsdata**

Information om de deltagande elevernas kön och ålder (födelsedatum) samlades in från skolsköterskorna. Elevernas föräldrar fyllde i en enkät med uppgifter om kön, födelsedatum, födelseland, antal år i Sverige, högst avklarad utbildning, antal år i skola, civilstånd, typ av försörjning, vikt, längd och antal barn.

### **Längd och vikt**

Efter varje samtal genomförde skolsköterskan standardiserade mätningar av längd och vikt, och förde in i barnets journal. Uppgifterna från det första och det sista (femte) mättillfället dokumenterades inom ramen för utvärderingen och fördes in i en Excel-databas. För att klassificera viktstatus beräknades BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) som jämfördes mot ålder- och könsspecifika isoBMI, gränsvärden definierades enligt International Obesity Task Force (35). IsoBMI vuxna, och är alltså gränsen för fetma.

För att kunna beskriva förändring av viktstatus användes BMI<sub>sds</sub>, vilket är ett mått på hur mycket ett barns BMI avviker från en referenspopulation, med hänsyn till barnets ålder och kön. Ett BMI<sub>sds</sub> som är lika med noll tyder på att barnet är normalviktigt. Karlberg et al.s svenska referenspopulation användes (36) och uträkningen gjordes i statistikprogrammet SPSS. Inget test gjordes för att bedöma om skillnaden i vikt före och efter intervention var statistiskt signifikant, eftersom underlaget var för litet för att resultatet av ett sådant test skulle kunna anses säkert.

## Välbefinnande och psykisk hälsa

Välbefinnande och psykisk hälsa bedömdes med två olika instrument: Styrkor och svårigheter hos barn (SDQ-Sve) (37) och KIDscreen-52 (38). Enkäterna användes för att undersöka interventionens eventuella positiva och negativa effekter på psykisk hälsa. Båda enkäterna administrerades av skolsköterskan vid ett tillfälle före det första samtalet, samt vid ett tillfälle efter det sista (femte) samtalet. Enligt instruktion skulle eleverna besvara enkäten utan att visa svaren för skolsköterskan. Enkäterna skulle därefter läggas i kuvert som förseglades och skickades till CES. Det visade sig dock att en av skolsköterskorna valde att se elevernas svar, för att vid behov kunna ge adekvat stöd.

För att fånga upp ifall någon elev blivit känslomässigt påverkad av att besvara enkäten frågade skolsköterskorna hur det kändes att besvara enkäten. Så fort enkätsvaren inkom till CES gjordes en bedömning för att upptäcka om någon av de deltagande eleverna var i riskzonen för allvarlig psykisk ohälsa. Om detta skulle vara fallet beslutades att information skulle återkopplas till skolsköterskan så att hon skulle kunna följa upp på sedvanligt vis, genom kontakt med vårdnadshavare och skolkurator samt vid behov med första linjens psykiatri eller Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Detta behövdes inte i något av fallen.

Styrkor och svårigheter hos barn (SDQ-Sve)

SDQ-Sve används för att bedöma barns beteende och utifrån denna bedömning få en uppfattning om barns psykiska hälsa. SDQ-Sve finns som självskattning för 11–16-åriga ungdomar, och denna version användes. Formuläret består inledningsvis av 25 påståenden och mäter både styrkor och svårigheter. Styrkorna kallas prosocialt beteende och innefattar till exempel omtänksamhet och generositet. Svårigheterna inkluderar hyperaktivitet/koncentrationssvårigheter, beteendeproblem, kamratrelationsproblem och emotionella symptom. Dessa 25 påståenden har tre svarsalternativ i form av stämmer inte, stämmer delvis och stämmer helt, vilka motsvarar en poäng mellan 0–2. Utfallet för varje elev beräknades som två olika summor, en för de frågor som mäter prosocialt beteende och en för de frågor som mäter svårigheter. Resultatet jämfördes sedan med de gränsvärden som används internationellt (39).

Utöver dessa 25 påståenden finns en fråga om huruvida barnet upplever svårigheter kring sina känslor, koncentrationsförmåga, beteende eller att komma överens med andra. Om barnet svarar ja på denna fråga finns fyra följdfrågor. Dessa fem sista frågor poängsattes enligt instruktioner och bedömdes separat, fråga för fråga. Resultatet av dessa ytterligare frågor redovisas inte i denna rapport, på grund av det begränsade antalet deltagare.

KIDscreen-52

KIDscreen-52 är ett frågeformulär om hälsa för barn och ungdomar, som riktar sig till flickor och pojkar i åldrarna 8–18 år. Formuläret innehåller sammanlagt 52 frågor inom följande tio olika områden:

- 1) fysisk aktivitet och hälsa
- 2) känslor
- 3) allmän sinnesstämning
- 4) självuppfattning
- 5) din fritid
- 6) din familj

- 7) pengar
- 8) dina kompisar
- 9) skola och inlärning
- 10) mobbning.

Varje fråga har fem svarsalternativ som poängsätts 1–5, antingen med svarsalternativen inte alls, lite grann, sådär, mycket och jättemycket eller med svarsalternativen aldrig, sällan, ibland, ofta och alltid. Utfallet för varje elev beräknades som summan av poäng inom varje område. Denna summa räknades sedan om till procent av full poäng inom varje område för att kunna jämföras med europeiska referensvärden (40).

### **Upplevelse av metoden MittBpSamtal**

En kvalitativ studie genomfördes för att undersöka skolsköterskornas, elevernas och föräldrarnas upplevelse av metoden MittBpSamtal. Kvalitativ metod användes eftersom det är en lämplig metod när man vill undersöka informella mönster och oväntade interaktioner (41). Intervjuer användes som datainsamlingsmetod eftersom denna metod ger förståelse för deltagarnas uppfattningar (42). Samtliga elever och föräldrar som tagit del av minst tre samtal bjöds in att delta i intervjuer, och skolsköterskorna bjöds in till en fokusgruppsdiskussion eller en individuell intervju. Sammanlagt tre barn, fyra föräldrar och tre skolsköterskor deltog i den kvalitativa studien. Barnen var i åldern 10–14 år, varav två flickor och en pojke. Samtliga intervjuade föräldrar var mammor.

#### Intervjuer

En av författarna (HB) genomförde alla intervjuer. HB hade aldrig haft kontakt med deltagarna tidigare, med undantag av skolsköterskorna som hon, i egenskap av utvärderare, haft kontakt med på telefon och via e-post under studietiden. Två av skolsköterskorna deltog i en fokusgrupp och en av skolsköterskorna intervjuades individuellt, eftersom hon inte hade möjlighet att närvara vid det första tillfället.

Fokusgruppsdiskussionen med skolsköterskor varade en timme och 58 minuter och den individuella intervjun varade 55 minuter. Både fokusgruppen och den individuella intervjun genomfördes i någon av skolsköterskornas rum på någon av skolorna. Intervjuerna med föräldrar varade i genomsnitt 43 minuter (38–49 minuter) och intervjuerna med elever varade i genomsnitt 28 minuter (24–31 minuter). Dessa intervjuer genomfördes antingen i familjens hem eller i någon av skolsköterskornas rum, förutom en föräldrintervju som genomfördes på telefon. Sammanlagt inkluderades nio intervjuer i analysen, varav en fokusgrupp (tabell 1). Intervjuerna genomfördes mellan april 2018 och oktober 2018. Alla intervjuer spelades in och transkriberades, utom telefonintervjun där endast anteckningar togs, av praktiska och tidsmässiga skäl.

**Tabell 1. Deltagare i intervjustudie.**

Deltagare	Antal intervju- personer	Kön, kvinnor/män flickor/pojkar	Ålder genomsnitt (min–max)
Skolsköterskor	3*	3/0	-
Föräldrar	4	4/0	-
Elever	3	2/1	11,3 (10–14)

\*Två av skolsköterskorna intervjuades gemensamt.

### Intervjuguider

Tre olika semi-strukturerade intervjuguider användes, en för eleverna, en för föräldrarna och en för skolsköterskorna. Frågorna täckte områden som har betydelse för implementering, baserat på "Consolidated Framework for Implementation Research" (CFIR) (43). De inkluderade frågeområdena var följande:

- interventionens egenskaper
- yttre miljö, såsom kommunen
- inre miljö, såsom skolan
- behandlarens egenskaper
- process.

De tre guiderna hade liknande innehåll, men anpassades efter de tre olika målgruppernas förutsättningar.

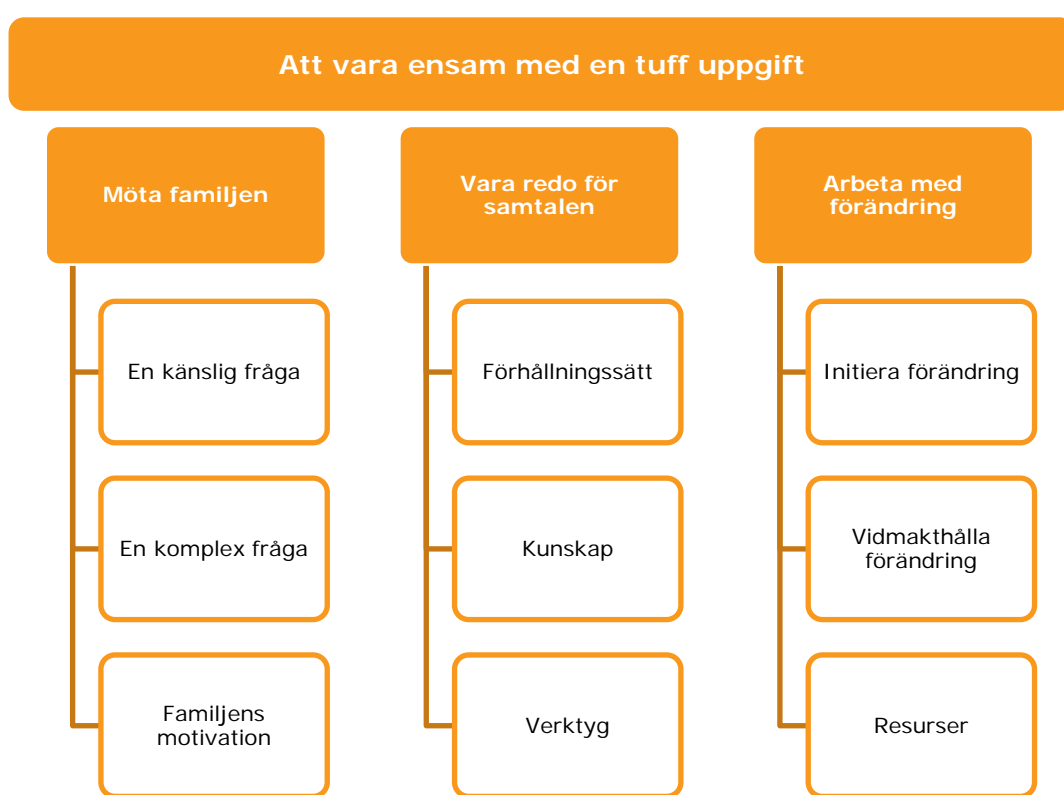
### Analys

Alla inspelade intervjuer transkriberades ordagrant, och utskrifterna lästes igenom flera gånger för att få en känsla för innehållet. Intervjuer med skolsköterskor, föräldrar respektive elever analyserades först separat för att upptäcka eventuella skillnader mellan grupperna. Eftersom både skillnader och likheter identifierades, integrerades analysen till en sammanhängande helhet, samtidigt som karakteristika som skilde grupperna åt noterades. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys, enligt den procedur som beskrivits av Graneheim och Lundman (33). Inledningsvis identifierades meningsbärande enheter, som benämndes med koder. Koderna jämfördes, baserat på likheter och olikheter, och sorterades in i kategorier och underkategorier. Slutligen definierades ett tema, baserat på innehållet i kategorierna. Analysen genomfördes av HB.

# Resultat

## Utmaningar vid samtal om övervikt

Baserat på enkäter som besvarats av 341 skolsköterskor och andra yrkesgrupper som genomför samtal om övervikt med barn, ungdomar och deras föräldrar identifierades det övergripande temat "att vara ensam med en tuff uppgift" och tre beskrivande huvudkategorier: 1) möta familjen, 2) vara redo för samtalen samt 3) arbeta med förändring. En översikt av resultaten ges i figur 5. Resultatet beskriver utmaningar som skolsköterskor och andra professionella som arbetar med barn upplever vid samtal om övervikt med barn, ungdomar och deras föräldrar. Informanterna beskrivs i texten som skolsköterskor.



Figur 5. Tema samt kategorier som beskriver utmaningar vid samtal om övervikt med barn, ungdomar och deras föräldrar.

### Tema: Att vara ensam med en tuff uppgift

Skolsköterskor och andra professionella upplever att det är svårt att prata med barn, ungdomar och deras föräldrar om övervikt och fetma. Skolsköterskorna är dessutom ofta ensamma i utmaningarna kring att möta familjen, göra sig redo för samtalen och att arbeta med förändring i ett längre tidsperspektiv.

### Kategori 1: Möta familjen

Den första utmaningen skolsköterskan ställs inför när en elev har övervikt är mötet med familjen. Övervikt och fetma upplevs många gånger som en mycket känslig fråga och är

dessutom en komplex fråga, som inkluderar psykiska och sociala faktorer. Familjens motivation kan för skolsköterskan upplevas som avgörande för möjligheten att ge stöd.

En känslig fråga

Frågan om övervikt och fetma beskrevs som ett känsligt, laddat och ofta tabubelagt ämne, fyllt av skuld och skam. Att lyfta frågan med eleven eller föräldrarna uppfattades som utmanande och kunde ibland upplevas som att inkräkta i familjens privata sfär. Det beskrevs som vanligt förekommande att båda elever och föräldrar tar illa upp och känner sig kränkta eller ifrågasatta. Elever kan reagera genom att bli ledsna eller upprörda; föräldrar kan reagera genom att bli arga eller genom att försvara sig.

*"Att det är så känsligt och väcker så starka reaktioner hos föräldrarna. Att det inte är riktigt okej att prata om det och att det är ett stort problem, men inte något man ens nämner." /Oklar yrkesidentitet*

*"Mycket stigma kring övervikt. Många känner sig anklagade. Många anser att de 'prövat allt' och 'inget har fungerat'." /Skolsköterska*

En komplex fråga

Övervikt hos barn och ungdomar uppfattades som en komplex fråga, som dels handlar om mat- och rörelsevanor, och dels handlar om sociala och psykiska aspekter. Skolsköterskorna beskrev att det många gånger kan vara så att flera i familjen har övervikt och att barnet påverkas av familjens levnadsvanor, som inte alltid är de bästa. Familjerna har också olika förutsättningar när det gäller till exempel ekonomi, möjligheter att skjutsa till aktiviteter och kunskap om hälsosamma levnadsvanor. En del familjer har en annan kulturell bakgrund, vilket enligt en del av skolsköterskorna kan påverka hur familjen ser på till exempel barnens vikt.

*"Frustrationen med yngre elever där föräldrarna har ett så stort ansvar gällande maten hemma. Eleverna vill, men det är föräldrar som handlar maten och förstår inte syftet med att hjälpa sitt överviktiga barn." /Skolsköterska*

I en del familjer finns psykisk ohälsa, antingen hos barnen eller föräldrarna. Barnen kan må dåligt på grund av övervikten, eller ha en helt annan problematik som överskuggar problemet med övervikt. Barnet eller föräldrarna kan också ha en neuropsykiatrisk, kognitiv eller fysisk funktionsnedsättning som påverkar mötet med skolsköterskan eller förmågan att hantera utmaningar i vardagen. Hur barnet och föräldrarna klarar av att hantera olika situationer påverkas också av relationerna inom familjen, samt av den sociala miljön i skolan. Situationer som nämndes av skolsköterskorna inkluderar bland annat föräldrar som är skilda, föräldrar som inte ger barnet det stöd det behöver och föräldrar som pratar "över huvudet" på barnen. När det gäller skolan nämndes lärare och fritidspersonal som inte ser problematiken eller har en annan inställning till problematiken än vad skolsköterskan har.

*"När man ser att det är många olika problem, socialt, skola, fetma. Hur möter man dessa som redan är tyngda?" /Skolsköterska*



Familjens motivation

Enligt informanterna kan det vara svårt att få de överviktiga barnens föräldrar att komma till elevhälsan. Ett problem som beskrevs är att föräldrar inte ser att barnen är överviktiga eller att de inte förstår att övervikten är ett hälsoproblem. En del beskrev att vissa föräldrar anser att de redan gör "rätt" och därför inte är intresserade av stöd.

*"Det svåraste är ju att man inte når föräldrarna. Det är inte så många som 'nappar' på att komma på samtal om övervikt."/Skolsköterska*

Det inträffar att föräldrar nekar samarbete eller meddelar att de vill att skolsköterskan ska låta bli att väga eller ge råd till deras barn. Det finns också elever som själva inte vill väga sig eller prata om övervikten. Dessutom kan det finnas olika uppfattningar i familjen. Det kan antingen vara barn och vårdnadshavare som har olika åsikt eller de båda föräldrarna som är oense och kanske anklagar varandra.

*"Svårt när föräldrar är tysta och inte säger något eller inte är med på banan trots att de säger att de är det till 100 procent. Eleven vill, och har tips på sin förändring och föräldrarna 'glömmer'". /Oklar yrkesidentitet*

## **Kategori 2: Vara redo för samtalet**

Den andra utmaningen skolsköterskan ställs inför handlar om att vara redo för samtalen med barnen och föräldrarna. Skolsköterskan behöver hitta ett bra förhållningssätt vid samtal med elever och föräldrar. För att känna sig trygg inför samtalet behöver skolsköterskan också ha kunskaper om ämnet och verktyg för att kunna genomföra samtalet på ett bra sätt.

Förhållningssätt

Skolsköterskorna gav uttryck för många funderingar kring förhållningssätt vid mötet med barn och föräldrar. En fundering handlade om hur ett samtal om barnets övervikt kan inledas. Skolsköterskorna funderade också över hur de kan få till en bra dialog, hur de kan kommunicera på ett respektfullt sätt och hur de kan bära sig åt för att säga "rätt" saker. När det gäller att samtala med elever funderade skolsköterskorna över hur samtalet bäst kan anpassas för barn i olika åldrar. Funderingarna handlade bland annat om hur samtalet inleds med yngre och äldre barn och om hur mycket information som ska ges till yngre barn. När det gäller att samtala med föräldrar beskrev flera att det kan vara svårt att prata med föräldrar, bland annat när föräldrarna inte vill se att det finns ett problem.

*"Att hitta rätt ord för att inte kränka barn eller vuxna. Upplever att de flesta tar illa upp och blir ledsna eller förbannade."/Skolsköterska*

Ett återkommande ämne var att det är svårt att prata om denna känsliga fråga på ett bra sätt. Skolsköterskorna beskrev att de vill undvika att kränka och att väcka skuld och skam. Utmaningen är att lyfta frågan om barnets övervikt utan att barnet eller föräldrarna intar försvarsposition. Skolsköterskorna uttryckte också att de är oroliga att försämra barnets eller tonåringens självkänsla, att skapa oro och stress eller att starta en process som kan leda till ätstörningar. Det upplevdes som en utmaning att få eleverna att trivas med sina kroppar och samtidigt bli motiverade att ändra levnadsvanor.

*"Att prata om något som kan stjälpa i stället för att hjälpa. Att bidra till att de är stolta och glada över sig och sina kroppar, men också leda framåt mot bättre mående fysiskt och psykiskt." /Skolsköterska*

#### Kunskap

För att kunna förmedla information till elever och föräldrar behöver skolsköterskorna kunskap om övervikt och fetma, hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och om metoder för att främja goda vanor. Skolsköterskorna beskrev bland annat att de behöver kunskap om olika nivåer av övervikt och om prognos för viktning samt om aktuella kostråd för barn i olika åldrar. När det gäller kostråden upplevdes dagens kostråd av en del som en "djungel", och att det är svårt att veta vilka kostråd det finns evidens för. Flera skolsköterskor beskrev att det är viktigt att vara uppdaterad kunskapsmässigt och på så sätt känna sig säkra på att den information de förmedlar är korrekt.

*"Veta vad dagens kostråd egentligen säger. Tycker det är en djungel med olika rön. Vad gäller egentligen för de unga?" /Skolsköterska*

En uppfattning som förmedlades var att det är viktigt att känna sig trygg och säker i rollen som skolsköterska. Det framkom att man kan känna sig rädd för att misslyckas och att man kan uppleva att man behöver mod och styrka. Vidare uttryckte skolsköterskorna att de behöver kunskap om arbetsätt för att samtala om övervikt och motivera till livsstilsförändring. De beskrev att de behöver erfarenhetsutbyte genom att diskutera med kollegor samt att de behöver praktiska tips och råd. Utöver detta framkom att skolsköterskor kan behöva inspiration och påfyllning för att orka fortsätta med ett många gånger tungt arbete.

*"Efter att ha läst introduktionen har jag förväntningar på att få lära mig 'huret', vilket känns härligt då en ofta får utbildning i 'vad' och 'när' och lämnas kvar med att själv lista ut 'hur'". /Skolsköterska*

#### Verktyg

En uppfattning var att det behövs gemensamma och tydliga riktlinjer för elevhälsans arbete med övervikt, så att alla skolsköterskor arbetar på liknande sätt. Flera skolsköterskor uttryckte ett behov av vägledning, rutiner och strukturerade arbetsätt. Det framkom att det finns behov av stöd för att genomföra samtal med barn, tonåringar och föräldrar, i form av samtalsunderlag, verktyg för samtal eller samtals teknik. Andra uttryckte att de behövde stöd i form av arbetsredskap, hjälpmedel eller instrument.

*"Redskap för att känna mig trygg i mötet med föräldrar och barn gällande övervikt, men också för att känna att de får ett professionellt bemötande." /Oklar yrkesidentitet*

En del uppgav att de använder viktkurvan som ett verktyg för att illustrera och diskutera barnets viktutveckling, och andra efterfrågade andra typer av material att visa eller dela ut. Sådant som efterfrågades var material att ge till föräldrar, kostråd med bilder, färdigformulerade brev att använda sig av samt matdagböcker.

*"Hjälpmedel i samtalet med elev och föräldrar. Evidensbaserat stöd. Bra praktiska tips och jämförelser att kunna visa elever och föräldrar." /Skolsköterska*

### Kategori 3: Arbeta med förändring

Den tredje utmaningen skolsköterskan ställs inför handlar om att initiera och vidmakthålla förändringsarbetet för bättre levnadsvanor. Att vidmakthålla förändringar är svårt och det är viktigt med ett fungerande samarbete med familjen, samtidigt som resurserna ofta är begränsade.

#### Initiera förändring

En del skolsköterskor gav uttryck för att det är viktigt att belysa allvaret i samband med övervikten och på så sätt få elever och föräldrar att förstå vikten av förändring. De beskrev att det är viktigt att skapa medvetande, att inte förminska ämnet och att förklara vilka konsekvenser övervikt får för hälsan. Flera uttryckte att det är viktigt att vara tydlig, ärlig och att ge saklig information.

*"Få fram 'tyngden' i samtalet så man förstår vikten av att ta hjälp och förändra!" /Oklar yrkesidentitet*

Skolsköterskorna beskrev att de vill motivera och inspirera till livsstilsförändringar, men det framkom också att det många gånger är svårt att motivera. Det beskrevs som viktigt att inge hopp och att förmedla att det finns möjlighet till förändring. Det beskrevs också som viktigt att förklara vinsterna med viktning och motivera utifrån detta. En uppfattning var att det är viktigt att initiera förändring i tid och att göra eleverna delaktiga genom att till exempel stärka deras självkänsla och låta dem sätta egna mål.

*"Att få eleven motiverad till att göra förändringar och att få föräldrarna att ta ansvar för sitt barns problematik." /Skolsköterska*

#### Vidmakthålla förändring

När en förändring initierats ska förändringen vidmakthållas, vilket enligt skolsköterskorna kan vara en utmaning. Det betonades att det är viktigt att få till ett fungerande samarbete med familjen. Det lyftes att föräldrarna ofta är de som handlar och lagar mat i hemmet, och att det kan vara mycket svårt att få till livsstilsförändringar om föräldrarna inte är med "på tåget". Det poängterades att det är viktigt att få föräldrarna att ta ansvar och sätta gränser, och att det är viktigt att stödja de barn som inte har ett bra stöd hemma.

*"När det har gått exempelvis ett halvår och föräldrar säger att de sköter kost och rörelse bra, men barnet har ökat ännu mer i vikt!" /Skolsköterska*

Efter det första samtalet med eleven kan uppföljning genomföras, men det framkom att det fanns frågetecken kring hur ofta man ska följa upp och vad uppföljningen ska innehålla. Skolsköterskorna beskrev att det kan vara svårt att gå vidare om man inte får till en förändring. Om eleverna inte lyckas är det lätt att de blir besvikna och ger upp. Skolsköterskornas bästa tips var att hitta små förändringar som fungerar i praktiken, att föreslå motionsaktiviteter som passar eleven och fungerar för föräldrarna samt att stå ut med att det tar tid.

*"Att på något sätt få fram varför och hur det ska vara en bestående viktnedgång." /Skolsköterska*

## Resurser

En uppfattning var att tiden inte räcker till för att samtala om övervikt med alla elever som behöver det. Om hela familjen ska inkluderas blir det ännu svårare att hinna, och enligt en del fanns ingen möjlighet att arbeta med hela familjen. För att hantera tidsbristen menade en del att de måste prioritera eller kräva extra resurser. Ett förslag för att spara tid var att arbeta med överviktiga elever i grupp.

*"TIDEN räcker inte för deras samtal i min nuvarande skola. Har bara sex timmar per vecka på cirka 130 elever för allt skolsköterskearbete. Överviktiga elever hinner jag tyvärr inte ägna tid åt nu."/>* /Skolsköterska

En del av skolsköterskorna uttryckte att hela skolan borde involveras i det överviktsförebyggande arbetet. De som borde delta i arbetet inkluderade bland annat ledning, lärare och skolmatsalspersonal. Vidare gav en del av skolsköterskorna uttryck för att det är viktigt att det finns resurser inom kommunen, i form av nätverk för skolsköterskor och aktiviteter dit inaktiva elever kan hänvisas. Dessutom lyftes att samarbetet med dietist, barnfetmateam och BUMM måste fungera. För flera av skolsköterskorna var det oklart när de ska remittera, vart de ska remittera och vad som händer efter att de har remitterat.

*"Även lite 'vagt' med dietisttid i vardagen. Fungerar specialistvården om jag remitterar vidare? Får jag återkoppling..?"* /Oklar yrkesidentitet

## Beskrivning av deltagarna i pilotstudien

Sammanlagt tre skolsköterskor, som arbetade i fyra olika skolor i två olika kommuner, deltog i studien. Målet var att få ihop cirka 20 elever till pilotstudien. Detta lyckades inte. Enbart sex elever inkluderades och tog del av MittBpSamtal, varav en hoppade av efter ett samtal. Skolsköterskorna genomförde dock även MittBpSamtal med elever som inte inkluderades i studien, eftersom dessa antingen avböjde deltagande i studien eller inte mötte inklusionskriterierna. Detta innebär att skolsköterskorna i den kvalitativa intervjustudien kunde uttala sig om erfarenheter som sträcker sig utanför de elever som inkluderades i pilotstudien.

Av de sex elever som deltog var fyra flickor och två pojkar. Åldern varierade mellan 10 och 14 år, med en medelålder på 11,8 år. Alla elever hade med minst en förälder vid minst ett av samtalen. Fyra av de sex föräldrarna besvarade enkäten till vårdnadshavare, med bakgrundsuppgifter om föräldrarna. Dessa fyra föräldrar var samtliga gifta eller sambo, och samtliga hade arbete. Alla var födda i Sverige, med undantag av en förälder som var född i ett annat europeiskt land. Medelåldern var 46,9 år, genomsnittligt antal år i skola var 13,6 år och genomsnittligt BMI var 29,5 (tabell 2).

Tabell 2. Föräldrar till deltagande elever.

Föräldrar*	Ålder (min–max)	Antal år i skola (min–max)	BMI (min–max)
Kvinnor	45,8 (40–50)	15 (14–18)	27,7 (21,8–32,1)
Män	48 (42–53)	12,3 (11–14)	31,4 (25,6–34,7)
Totalt	46,9 (40–53)	13,6 (11–18)	29,5 (21,8–34,7)

\*Gäller de fyra föräldrar som besvarade enkäten om bakgrundsdata.

## Följsamhet

Följsamheten till metoden beskrivs utifrån hur väl genomförandet stämde överens med hur metoden beskrivs i manualen utifrån följande fyra aspekter:

- antal genomförda samtal
- samtalslängd
- användning av Brännpunktens verktyg
- föräldrars närvaro.

### Antal genomförda samtal

Två av de tre skolsköterskorna genomförde sammanlagt 26 samtal med sammanlagt sex elever (tabell 3). Den tredje skolsköterskan genomförde också samtal, men de inkluderades inte i studien eftersom eleverna antingen inte mötte inklusionskriterierna eller tackade nej till att delta i studien. De deltagarna eleverna deltog i mellan ett och fem samtal under pilotstudien. Enligt manualen ska fem samtal genomföras under sex månader, och sammanlagt fem av eleverna tog del av samtliga fem samtal under denna tidsperiod. Följsamheten för antal genomförda samtal bedömdes därför som god när det gällde fem av de sex eleverna.

### Samtalslängd

Samtalen varierade i längd mellan 37 och 153 minuter, och den genomsnittliga samtalslängden var 57,5 minuter (tabell 3). Samtalslängden beskrivs i manualen som cirka 60 minuter, och det beslutades att följsamheten skulle bedömas som god om samtalslängden var mellan 45 och 75 minuter. Sammanlagt 15 av samtalen (48 %) bedömdes enligt detta ha en god följsamhet gällande samtalslängd. Sammanlagt åtta av samtalen var kortare, medan tre av samtalen var längre.

### Användning av Brännpunktens verktyg

Webbverktyget BPIT användes vid samtliga samtal med fem av eleverna, och vid endast ett av samtalen med en av eleverna. Vid samtal med samtliga elever användes minst tre samtalsverktyg, och de samtalsverktyg som användes i störst utsträckning var *symbolspråket*, *struktur* och *egenordination*. Dessa samtalsverktyg användes vid samtal med samtliga elever. Samtalsverktyget *ritprata* användes med åtminstone hälften av eleverna. Det gick via inspelningar inte att identifiera om samtalsverktygen *taktila sinnet* och *kroppsspråket* användes, och därför är det möjligt att fler samtalsverktyg använts än vad som har noterats. Vid minst ett tillfälle talade skolsköterskorna med alla elever om *snabba schemat* och om något av blocken. Brännpunktens verktyg användes i stor utsträckning och följsamheten på denna punkt bedömdes därför som god, med undantaget att BPIT med en av eleverna användes i begränsad utsträckning.

### Föräldrars närvaro

Vid sju av samtalen deltog två föräldrar, vid elva av samtalen deltog en förälder och vid åtta av samtalen deltog ingen förälder. Av de fem elever som tog del av fem samtal hade tre stycken minst en förälder med vid varje samtal, medan två endast hade förälder med vid det första samtalet. Följsamheten ur detta perspektiv kunde därför bedömas som god för tre av eleverna. De elever som hade förälder med vid varje samtal var yngre än de två elever som endast hade med förälder vid det första samtalet.

Tabell 3. Översikt över genomförda samtal.

Elev	Antal samtal	Samtals-längd Minuter i genomsnitt (min–max)	BPIT Använd- ning i antal samtal (%)	Samtals- verktyg Totalt antal använda (%)	Block Totalt antal använda (%)	Snabba schemat Använd- ning eller inte (%)	Föräldrar Genom- snittligt antal/samtal (min–max)
A	5	46,4 (37–62)	5 (100)	4 (66,7)*	3 (60)	JA	1,6 (1–2)
B	5	54,5 (49–59)	5 (100)	4 (66,7)*	3 (60)	JA	1 (1–1)
C	5	74,2 (24–153)	1 (20)	3 (50)*	5 (100)	JA	0,4 (0–2)
D	5	71 (62–81)	5 (100)	4 (66,7)*	3 (60)	JA	1,2 (1–2)
E	1	41	1 (100)	3 (50)*	2 (40)	JA	2
F	5	45 (35–60)	5 (100)	3 (50)*	3 (60)	JA	0,4 (0–2)
Totalt	26	57,5 (24–153)	22 (84,6)	4 (66,7)*	5 (100)	6 (100)	1 (0–2)

\*Två av samtalsverktygen (taktila sinnet och kroppsspråket) gick inte att notera utifrån inspelade samtal.

### Valda block och mål för beteendeförändring

När det gäller de olika blocken var det, i samtalen, framför allt fokus på *mat & portioner* samt på *sött & onyttigt*. Dessa block diskuterades med samtliga elever. Blocket *energibalans & fysisk aktivitet* diskuterades med alla elever utom en. Blocken *självvärde & självkänsla* samt *rädslor och sjukdomar* diskuterades endast med en elev. Eleverna fick själva sätta mål för beteendeförändring och dessa mål handlade till exempel om att börja följa *snabba schemat*, att börja äta bättre mellanmål, att minska på söta drycker, att äta mer grönsaker, att börja med en ny fritidsaktivitet, att minska skärmtid, att förbättra sömnvanor eller att gå ner i vikt.

## Beteendeförändringstekniker

Av de 61 beteendeförändringstekniker som initialt bedömdes kunna ingå i MittBpSamtal identifierades vid kodningen sammanlagt 40 (tabell 4). Vid varje enskilt samtal användes i genomsnitt 9,9 beteendeförändringstekniker. De beteendeförändringstekniker som användes i minst hälften av de inspelade samtalen (det vill säga minst 11 av 21 samtal) var följande:

**1.1 Målsättning (beteende)** – att sätta eller komma överens om ett mål definierat i form av ett beteende som ska uppnås. Detta handlade i de aktuella samtalen exempelvis om att eleven beslutade sig för, eller kom överens om, att starta med *Snabba schemat*, att börja äta regelbundna måltider, att börja äta grönsaker eller att minska skärmtid.

**1.2 Problemlösning** – att analysera eller uppmuntra personen att analysera faktorer som påverkar beteendet och komma fram till, eller välja, strategier för att överbygga hinder. Detta handlade i de aktuella samtalen exempelvis om att ta bort mobiltelefonen från sovrummet för att kunna sova, att ta tuggummi vid sötsug, att göra iordning mellanmål dagen innan eller att leta efter godispåsar i mindre storlek.

**1.4 Handlingsplanering** – att uppmuntra detaljerad planering av utförande av ett beteende (måste inkludera antingen sammanhang, frekvens, varaktighet eller intensitet). Detta handlade i de aktuella samtalen exempelvis om att eleven skrev ner en plan för att börja med en träningsaktivitet, att familjen tillsammans planerade transport till och från träning eller att en plan gjordes för att eleven skulle kunna hämta anpassad mat i skolmatsalen.

**1.5 Genomgång av beteendemål** – att gå igenom tidigare satta beteendemål samt fundera över om målen behöver modifieras. Detta handlade i de aktuella samtalen om att skolsköterskan tillsammans med eleven diskuterade uppsatta mål och om eventuella förändringar i dessa.

**2.7 Återkoppling på beteendefall** – att mäta och ge återkoppling på utfallet av beteendet. Detta handlade i de aktuella samtalen om att skolsköterskan vägde eleven och återkopplade vikten till elev och föräldrar.

**3.1 Ospecificerat socialt stöd** – att ge råd om, arrangera eller erbjuda socialt stöd (till exempel från vänner, släktingar eller personal) samt berömma eller belöna utförandet av beteendet. Detta handlade i de aktuella samtalen exempelvis om att skolsköterskan uppmuntrade föräldrarna till att ge stöd, att föräldrarna ombads skriva ner hur de kunde ge stöd eller att föräldrarna fick förslag om att laga nyttig mat tillsammans eller ordna utmaningar i familjen kring till exempel antal steg.

**3.2 Praktiskt socialt stöd** – att ge råd om, arrangera eller erbjuda praktisk hjälp (till exempel från vänner, släktingar eller personal) för utförandet av beteendet. Detta handlade i de aktuella samtalen exempelvis om att skolsköterskan uppmanade föräldrarna att mäta upp maten åt eleven, göra iordning en låda med bra mellanmål åt eleven eller att använda en äggklocka för att alla i familjen skulle stanna tillräckligt länge vid matbordet.

**8.2 Ersätt beteende** – att uppmuntra byte av ett oönskat beteende mot ett önskat eller neutralt beteende. Detta handlade i de aktuella samtalen exempelvis om att byta tv-tid till datortid (för att minska snacks-ätande), att byta godis till frukt eller att byta läsk till vatten.

**10.4 Social belöning** – att arrangera en verbal eller icke-verbal belöning om, och endast om, det har funnits en ansträngning och/eller framgång i utförandet av beteendet. Detta handlade i de aktuella samtalen exempelvis om att skolsköterskan berömde eleven eller familjen för genomförda förändringar eller för träning som eleven höll igång.

Tabell 4. Beteendeförändringstekniker i MittBpSamtal.

Område	Beteendeförändringsteknik*	Inkluderad i antal samtal (%)
1. Mål och planering	1.1 Målsättning (beteende)	16 (72,2)
	1.2 Problemlösning	12 (57,1)
	1.3 Målsättning (utfall)	1 (4,8)
	1.4 Handlingsplanering	11 (52,4)
	1.5 Genomgång av beteendemål	14 (66,7)

	1.7 Genomgång av utfallsmål	1 (4,8)
	1.9 Förpliktelse	0 (0)
2. Återkoppling och registrering	2.2 Återkoppling på beteende	1 (4,8)
	2.3 Självregistrering av beteende	1 (4,8)
	2.4 Självregistrering av utfall	4 (19,1)
	2.6 Återkoppling av biologiskt hälsoutfall	1 (4,8)
	<b>2.7 Återkoppling på beteendefall</b>	<b>18 (85,7)</b>
3. Socialt stöd	<b>3.1 Ospecificerat socialt stöd</b>	<b>19 (90,5)</b>
	<b>3.2 Praktiskt socialt stöd</b>	<b>13 (61,9)</b>
	3.3 Känslomässigt socialt stöd	4 (19,1)
4. Utveckla kunskap	4.1 Instruktion hur man utför beteendet	8 (38,1)
	4.2 Information om vad som leder till ett beteende	4 (19,1)
5. Naturliga konsekvenser	5.1 Information om hälsokonsekvenser	6 (28,6)
	5.3 Information om sociala och miljökonsekvenser	1 (4,8)
	5.6 Information om känslomässiga konsekvenser	0 (0)
6. Jämförelse av beteende	6.1 Konkret demonstration av beteende	9 (42,9)
7. Association	7.1 Ledtrådar/påminnelser	2 (9,5)
	7.2 Signalera belöning	2 (9,5)
	7.5 Ta bort motbjudande stimuli	1 (4,8)
8. Upprepning och substitution	8.1 Beteendeträning	2 (9,5)
	<b>8.2 Ersätt beteende</b>	<b>11 (52,4)</b>
	8.3 Skapa vana	2 (9,5)
	8.4 Ändra vana	1 (4,8)
	8.6 Generalisera målbeteende	0 (0)
	8.7 Stegvisa uppgifter	1 (4,8)



9. Jämföra utfall	9.2 Argument för och emot	4 (19,1)
	9.3 Jämförande föreställning av framtida utfall	2 (9,5)
10. Belöning och hot	10.1 Materiell uppmuntran	1 (4,8)
	10.2 Materiella belöningar	0 (0)
	10.3 Ospecifik belöning	0 (0)
	<b>10.4 Social belöning</b>	<b>18 (85,7)</b>
	10.5 Social uppmuntran	1 (4,8)
	10.6 Ospecifik uppmuntran	1 (4,8)
	10.7 Självuppmuntran	0 (0)
	10.8 Uppmuntran vid måluppfyllelse	0 (0)
	10.9 Självbelöning	0 (0)
	10.10 Belöning vid måluppfyllelse	0 (0)
11. Reglering	11.2 Minska negativa känslor	0 (0)
	11.3 Bevara mentala resurser som underlättar beteendeförändring	2 (9,5)
12. Förelöpare	12.1 Ändra den fysiska miljön	5 (23,8)
	12.2 Ändra den sociala miljön	0 (0)
	12.3 Minska exponering för omständigheter som leder till oönskat beteende	0 (0)
	12.4 Distraktion	0 (0)
	12.5 Lägg till objekt i omgivningen	6 (28,6)
	12.6 Kroppsförändringar	0 (0)
13. Identitet	13.1 Identifiera sig själv som förebild	2 (9,5)
	13.2 Skapa ny identitet	0 (0)
	13.4 Värdera självidentitet	0 (0)
	13.5 Identitet associerad med ändrat beteende	0 (0)
14. Planerade konsekvenser	14.6 Situationsspecifik belöning	0 (0)

	14. Belöna alternativt beteende	0 (0)
15 Självövertygelse	15.1 Verbal övertygelse om förmåga	1 (4,8)
	15.2 Mental repetition av framgångsrik föreställning	0 (0)
	15.3 Fokusera på tidigare framgång	1 (4,8)
	15.4 Självövertalning	0 (0)
16 Dold inlärning	16.2 Imaginär belöning	4 (19,1)

\*Beteendeförändringstekniker som användes i minst hälften av de inspelade samtalen är markerade i fetstil.

## Längd och vikt

Att via skolsköterskan dokumentera deltagarnas längd och vikt för studien fungerade utmärkt. Det resulterade i att längd och vikt initialt samlades in från samtliga deltagande elever. Eftersom en av eleverna avbröt efter ett samtal finns dock längd och vikt både före och efter interventionen endast för fem av eleverna. Efter interventionen hade samtliga av dessa fem elever minskat i vikt, samtidigt som de hade vuxit på längden, vilket innebär att alla hade minskat sitt BMI. Av de fem elever som mätte längd och vikt både före och efter interventionen hade två initialt fetma och tre övervikt enligt International Obesity Task Force:s gränsvärden. Efter interventionen hade enbart en elev fetma, medan fyra hade övervikt.

Vid den första mätningen hade de deltagande eleverna ett genomsnittligt BMI:s på 2,38 (1,82–3,13) och vid mätningen efter avslutad intervention hade de ett genomsnittligt BMI:s på 2,01 (1,63–2,91). BMI:s 2,3 är en ungefärlig gräns för fetma (28) vilket innebär att genomsnittligt BMI:s sjönk under denna gräns. Före interventionen hade tre elever ett BMI:s över 2,3, medan endast en av eleverna hade det efter avslutad intervention.

## Välbefinnande och psykisk hälsa

Att dokumentera välbefinnande och hälsa med enkäterna SDQ-Sve och Kidscreen-52 fungerade bra, även om skolsköterskorna gav uttryck för att detta var ytterligare en arbetsuppgift som tog extra tid. Skolsköterskorna gav också uttryck för etiska betänkligheter i att be elever fylla i en enkät om psykiskt välmående utan att kunna följa upp svaren, samtidigt som det kan finnas forskningsetiska betänkligheter i att låta skolsköterskorna se forskningspersonernas ifyllda enkäter.

Fyra av sex elever besvarade enkäterna både före och efter interventionen. Dessa fyra elever var tre flickor och en pojke, mellan 10 och 14 år gamla. Resultatet av enkäten SDQ-Sve redovisas som en poäng på en skala, där högre poäng på skalan indikerar större svårigheter alternativt mer styrkor (tabell 5). Medelvärde för svårigheter föll inom gränsen för det normala, det vill säga 0–15, både före och efter intervention, även om det också fanns ett värde i gränsområdet mellan det normala och det onormala, det vill säga 16–19 (37).

**Tabell 5. SDQ-Sve före och efter intervention.**

Område	Mätning 1 Medel (min–max) *	Mätning 2 Medel (min–max) *
Svårigheter (totalt), poäng på skala 0–40	10,8 (4–19)	11,3 (4–17)
Styrkor (prosocial skala), poäng på skala 0–10	8,8 (8–10)	7,5 (5–10)

\*Baserat på de fyra elever som besvarade enkäten både före och efter intervention.

Resultatet av Kidscreen-52 presenteras med ett medelvärde för varje delområde i enkäten (tabell 6). Medelvärdet beskriver procent av full poäng på varje område, där högre poäng står för bättre välmående. Referensvärdena gäller för europeiska barn och tonåringar (39). I jämförelse med referensvärdena låg de elever som besvarade enkäten högre vid båda mätningarna med undantag av fysisk aktivitet och hälsa, som var lägre än referensvärdet för barn 12–16 år vid mätning 1.

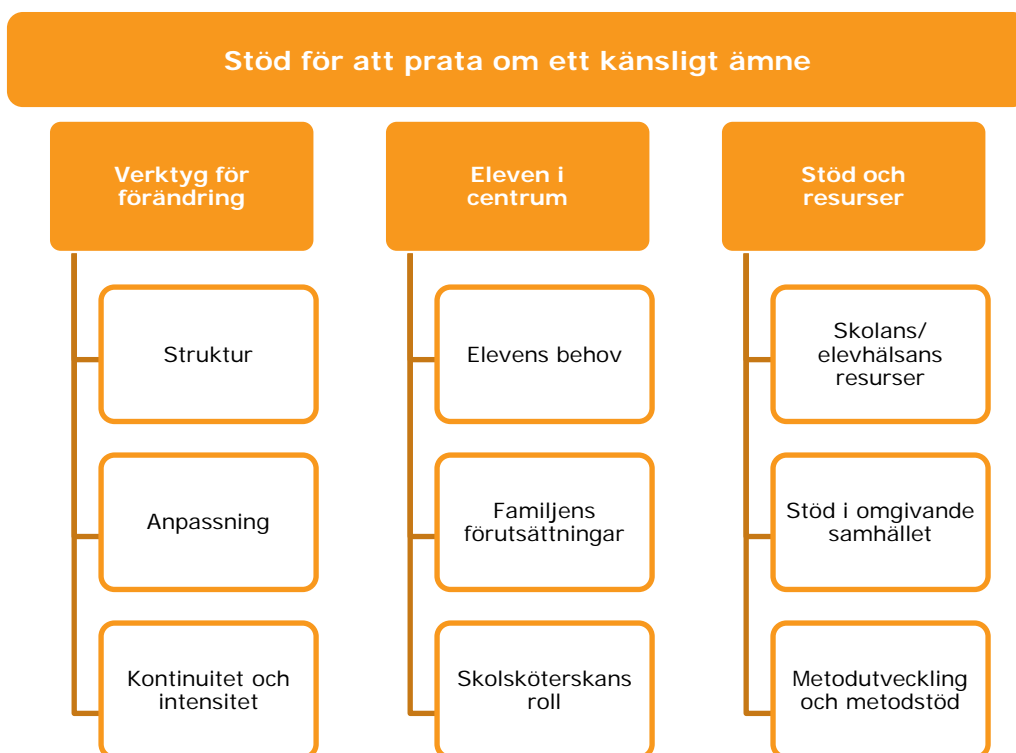
**Tabell 6. Kidscreen-52 före och efter intervention.**

Område	Mätning 1 Procent av full poäng, medel (min–max) *	Mätning 2 Procent av full poäng, medel (min–max) *	Referens- värden barn 8–11 år	Referens- värden barn 12–18 år
Fysisk aktivitet och hälsa	70 (44–88)	78 (56–88)	76,4	66,8
Känslor	86,7 (60–100)	90,8 (80–100)	82,6	74,3
Allmän sinnesstämning	87,1 (65,7–97,1)	89,3 (68,6–100)	82,1	77,1
Självuppfattning	82 (56–100)	80 (68–96)	82,5	69,8
Din fritid	86 (80–96)	85 (76–96)	76,3	71,4
Din familj	89,2 (80–96,7)	92,5 (83,3–96,7)	84,1	76,9
Pengar	90 (80–100)	93,3 (73,7–100)	68,2	72,5
Dina kompisar	80,8 (60–96,7)	74,2 (46,7–93,3)	74,9	73,3
Skola och inläring	85 (73,3–96,7)	85 (73,3–96,7)	75,1	63
Mobbning	95 (86,7–100)	98,3 (93,3–100)	85,2	90,3

\*Baserat på de fyra elever som besvarade enkäten både före och efter intervention.

## Upplevelse av metoden

Baserat på intervjuer med skolsköterskor, föräldrar och elever identifierades det övergripande temat ”stöd för att prata om ett känsligt ämne”, och tre beskrivande huvudkategorier: 1) verktyg för förändring, 2) eleven i centrum samt 3) stöd och resurser. En översikt över resultatet ges i figur 6. Resultatet beskriver skolsköterskors, föräldrars och elevers upplevelse av samtalsmetoden MittBpSamtal.



Figur 6. Tema och kategorier som beskriver skolsköterskornas, föräldrarnas och elevernas upplevelse av metoden.

### Tema: Stöd för att prata om ett känsligt ämne

Gemensamt för skolsköterskor, föräldrar och elever var att metoden upplevdes som ett stöd för att prata om ett känsligt ämne. Oavsett om skolsköterskan väljer att modifiera och anpassa metoden så utgör den en trygghet för skolsköterskan, samtidigt som föräldrar och elever upplever att de bemöts med respekt och får stöd.

### Kategori 1: Verktyg för förändring

Skolsköterskor, föräldrar och elever gav uttryck för att metoden fungerar som ett verktyg för förändring. Det är svårt för alla inblandade att prata om så känsliga ämnen som vikt och levnadsvanor, och då underlättar det att följa en strukturerad metod som samtidigt kan anpassas efter behov och förutsättningar. För att verkligen få till stånd förändring och att bibehålla förändrade vanor finns behov av kontinuitet och intensitet.

## Struktur

Skolsköterskorna beskrev att metoden erbjuder ett stöd att luta sig mot. Metoden ger trygghet och hjälper skolsköterskorna att veta hur de ska inleda samtalet. Webbverktyget ger bra struktur till samtalet och skolsköterskor, föräldrar och elever uppskattar modellen med frågor som ska besvaras vid datorn. Skolsköterskorna beskrev också att de hade stöd av mallar för telefonsamtal och brev, som de relaterade till metoden, men som inte finns beskrivna i manualen. En av skolsköterskorna beskrev att hon inte längre behöver vara rädd för att ha dessa samtal med eleverna.

*"Den här metoden gör att jag känner mig väldigt stark i det här jobbet. Förut har jag varit jätterädd." /Skolsköterska*

Trots en generellt positiv upplevelse av webbverktyget, tyckte skolsköterskor, föräldrar och elever att frågorna efter ett tag blev upprepanande, och det framkom önskemål om att frågorna skulle kunna varieras mer. Bland annat uttryckte både skolsköterskor och elever att de ville återkoppla till mål som satts upp vid det första samtalet, samt tydligare följa upp hur det går med de nya vanorna.

*"Efter tre samtal upplever jag att man skulle behöva ha andra frågor igen, tillfälle fyra, att man behöver gå tillbaka till typ första grejen, i alla fall några av de grejorna igen för att då har vi liksom, då har vi lärt oss båda två, vi bara slentrianmässigt svarar." /Skolsköterska*

En av föräldrarna uttryckte viss oro över att några av frågorna kunde väcka funderingar kring kroppen som inte fanns där tidigare. Skolsköterskorna önskade viss förbättring när det gällde de tekniska lösningarna, kring till exempel ljudkvalitet på filmer och möjlighet att skriva ut avgränsade delar av materialet. Eleverna önskade att de inledningsvis hade fått tydligare information om vad metoden handlade om och vad deltagandet skulle innebära för deras del.

*"Jag tycker nog att de ska berätta mer vad det handlar om. (---) Ja, för jag visste inte direkt vad det var, så jag tycker att de ska mer berätta innan man börjar med någonting." /Elev*

## Anpassning

Skolsköterskorna beskrev att de anpassade metoden genom att använda de delar som de själva var bekväma med eller som de upplevde passade bäst för den aktuella eleven. *Snabba schemat*, *egenordination* och att *ritprata* var exempel på uppskattade delar, medan *det taktila* samt områdena *självkänsla* och *sjukdomar* användes i mindre utsträckning av de deltagande skolsköterskorna. Också föräldrar och elever uttryckte att de tog till sig vissa delar mer än andra. En del uttryckte till exempel att de uppskattade *snabba schemat* och *egenordination*, medan andra beskrev att de haft mest nytta av filmerna på webbsidan.

*"Och sedan har jag sett att de har såhär videos på någon som heter Anette. (---) Ja, och dem har jag kollat på, allihop. (---) Jag tyckte de var bra, för hon kom med ett tips att använda stegräknare." /Elev*

Skolsköterskorna uttryckte att det är bra att ha en grund att utgå ifrån, men att det är viktigt att metoden är flexibel och kan anpassas efter behov. Bland annat upplevdes att metoden kan behöva anpassas efter barnets ålder. En annan sak som anpassades efter, var om föräldrarna deltog i samtalen eller inte. Det förekom till exempel att

skolsköterskorna valde att inleda med individuellt föräldrasamtal utan barnet närvarande, eller att flera av samtalen genomfördes utan närvarande förälder. Också elever och föräldrar hade olika åsikter om föräldrars närvaro under samtalen, och en uppfattning var att det ibland är bättre att föräldrarna inte är med.

*"Nej, hon var själv, hon ville det. För (skolsköterskan) sa, för vi kan ju höra lite vad (dottern) känner och sådär med tanke på att hon läste sig och då frågade jag (dottern), och då sa hon men nej, jag vill hellre prata själv med henne. Och då sa jag, då är det så, för det är dig det här handlar om. Det är du som ska må bra, så att det är på dina villkor." /Förälder*

Kontinuitet och intensitet

Skolsköterskor, föräldrar och elever var eniga om att det är viktigt med kontinuitet och att fem träffar egentligen är för lite för att åstadkomma en varaktig förändring. En del menade att man borde fortsätta längre på samma sätt, och andra menade att man efter de första fem träffarna kan minska på intensiteten och följa upp med glesare återträffar. Alla var överens om att det är viktigt med uppföljning, så att det påbörjade arbetet med en livsstilsförändring inte rinner ut i sanden.

*"Nej, jag tror inte det räcker med fem utan jag tror det behövs mer, men kanske, fem är bra som en bra start, kickstart liksom, men att man, det beror väl på barnen också, hur de känner, men att de i varje fall kanske kan komma och prata varannan vecka någon halvtimme och bara ventilera ur sig lite." /Förälder*

Någon av skolsköterskorna menade att metoden eventuellt kan kombineras med annat stöd, som till exempel fysisk aktivitet. Föräldrar och elever uttryckte önskemål om mer konkret stöd i form av till exempel kostschema, färdiga recept eller tips på nyckelhälsmärkta produkter.

*"Om jag har svårt att bli mer stabil med hälsosakerna så kan de ju ge tips på matsaker och vad man kan köpa och så, inte bara kolla Anettes videos utan ... (---) Ja, jag skulle velat ha fler tips, men jag tyckte jag klarar mig bäst själv också, jag tänker för andra. (---) Typ småtips som kan hjälpa en att ta större steg." /Elev*

## **Kategori 2: Eleven i centrum**

En av de saker som poängterades som positivt med metoden är upplevelsen av att eleven sätts i centrum. Skolsköterskor upplever att de utgår från eleven, föräldrar upplever att metoden genomförs på barnets villkor och eleverna upplever att de blir lyssnade till. Genom att sätta eleven i centrum kan skolsköterskan fokusera på elevens behov och anpassa efter familjens förutsättningar, samtidigt som skolsköterskan hittar sin roll i samtalet.

Elevens behov

Skolsköterskorna uttryckte att de genom metoden kan utgå från vad eleven vill ha hjälp med, och beskrev att det kändes tryggt att arbeta utifrån elevens önskemål. De menade att de genom metoden får möjlighet att lyfta barnperspektivet och uttryckte att de måste respektera och inte får svika barnen som vill ha hjälp. Föräldrarna betonade vikten av att arbeta med frågorna på barnets villkor och utifrån barnets önskemål.

*"Då var det ju hon som var i centrum, det var hon som skulle svara på frågorna och det, och sedan när det kom frågor till föräldrarna, hon bara, nu är det din tur mamma, nu får du svara på den här frågan liksom såhär. Det var hon som styrde alltihop. Och det tycker jag är jätteviktigt, det är ingen som, vuxen som har tvingat henne, alltså liksom det här måste du göra, utan det är hon som sköter det. Det är hon som ska ta hand om det här."/Förälder*

Genom att sätta eleven i centrum är det möjligt att ta hänsyn till varje elevs individuella behov. När det gäller fysisk hälsa och levnadsvanor nämndes sådant som mediciner, energibalans och brist på rörelseglädje. När det gäller psykisk hälsa nämndes till exempel självförtroende, självbild, ångest, mobbning och skolsituation. Dessutom nämndes särskilda behov såsom läs- och skrivsvårigheter, koncentrationssvårigheter eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Eleverna beskrev positiva egenskaper hos sig själva, såsom att gilla utmaningar och att tänka positivt, men också oro, nervositet och ensamhet. Det hände att de inte vågade be skolsköterskan om råd, även om de egentligen ville, men beskrev också att de hade förhoppningar inför samtalen och upplevde att de fick chans att få hjälp.

*"Jag mådde ju inte så bra och jag (---) men jag visste inte direkt var jag skulle kolla, och jag fick chansen att få hjälp och då tog jag den. (---) Jag hoppades på att få hjälp för att må bättre och det har jag ju fått."/Elev*

Familjens förutsättningar

Skolsköterskorna beskrev övervikt som ett problem som ofta involverar hela familjen, och att det många gånger är flera i familjen som har övervikt. För att ta tag i problemet spelar sådant in som föräldrarnas eventuella stress och tidsbrist samt deras engagemang, inställning och tidigare erfarenheter. Även föräldrarna själva uttryckte att det kan vara en utmaning att hinna med, och att det kan bli extra svårt att få till mötestider och samarbete om föräldrarna är separerade. Skolsköterskorna beskrev också att det i vissa kulturer kan vara förknippat med hög status att vara rund.

*"En av dem som kom på sommaren som jag började ha samtal med, en mamma då, en utländsk mamma, och för henne var ju, det här var ju som hebreiska när jag presenterade för henne för i hennes land är det ju fint och status att vara rund liksom, att vara smal är inte bra. Det tyder på något helt annat än vad det gör hos oss."/Skolsköterska*

Föräldrarna beskrev att de vill bidra med stöd och att de många gånger försöker göra livsstilsförändringar tillsammans med barnet. Ibland upplevde de att metoden påverkade hela familjen till att ändra vanor, och de beskrev olika exempel såsom begränsning av skärmtid, gemensamma utomhusaktiviteter och vatten i stället för läsk. Samtidigt beskrevs svårigheter och utmaningar, som att barnet blir hungrigt snabbt igen efter en måltid, att det är svårt att motivera till fysisk aktivitet och att de roligaste aktiviteterna kostar för mycket pengar.

*"För det är såhär, ja men ska du följa med mig ut på promenad, ska vi sticka till simhallen såhär. Om inte hon tycker det är kul då är det jättesvårt och det är liksom inte alltid man kan såhär, ja men nu ska vi åka och rida islandshäst. Ja, men det kan vi inte göra två gånger i veckan för det kostar 2 000 kronor liksom."/Förälder*

## Skolsköterskans roll

Skolsköterskorna beskrev sin roll i relation till de överviktiga eleverna och deras föräldrar som viktig, men svår. De beskrev att ämnet är känsligt, att det krävs fingertoppskänsla och att man ibland kan känna sig misslyckad för att det inte går som tänkt. Skolsköterskorna utgår från eleven och försöker motivera familjen och skräddarsy bemötandet. De beskrev att de till exempel använder positiv förstärkning och på olika konkreta sätt försöker visa hur man kan uppnå förändring, till exempel med hjälp av tallrikar för att visa portionsstorlek eller fyllda pet-flaskor för att visa vikt. Ibland menade skolsköterskorna att det allra viktigaste kan vara att lyssna på eleven.

*"Det som är fokus för mig det är ju faktiskt hur de mår, jag menar när de kommer tillbaka eller att de får bli lyssnade till, att man sitter i det här och gråten ..."* /Skolsköterska

Både föräldrar och elever beskrev skolsköterskan som en viktig kontakt i skolan och som en vuxen person som lyssnar. Föräldrarna menade att det är bra att eleven har en vuxen att prata med som inte är den egna föräldern, och uttryckte förtroende för skolsköterskans kompetens, samtidigt som de uttryckte oro för att samtalen skulle kunna resultera i matfixering eller viktfixering. Föräldrarna beskrev att vikten har betydelse, men att det allra viktigaste är att barnet mår bra. De intervjuade föräldrarna oroade sig för utveckling av övervikt och fetma, men de uttryckte ännu större oro för ätstörningar och psykisk ohälsa.

*"Man får vara lite försiktig så att, det sade jag till henne (skolsköterskan), jag vill inte ha en tonåring med anorexia på grund av att hon, hellre att hon väger 80 när hon är 12 än har en anorexia liksom."* /Förälder

### Kategori 3: Stöd och resurser

För att kunna arbeta med samtalsmetoden MittBpSamtal krävs enligt skolsköterskorna stöd och resurser, och för att skolsköterskorna ska kunna använda metoden i elevhälsan krävs tillräckliga resurser inom skolan och elevhälsan. Ett annat alternativ är att det omgivande samhället bidrar med stöd i form av annan instans som arbetar med samtalsmetoden. Metoden måste också utvärderas vetenskapligt och eventuellt utvecklas, och de som arbetar med metoden måste erbjudas metodstöd.

#### Skolans/elevhälsans resurser

Skolsköterskorna beskrev att de kunde behöva visst stöd från rektor, vilket inte nödvändigtvis behövde betyda engagemang från rektorns sida, samt att det skulle vara bra om det gick att utbyta erfarenheter kring metoden inom kommunens skolsköterskenätverk. En uppfattning var att det skulle underlätta om hela kommunen arbetade med metoden, och om man till exempel kunde anordna en gemensam konferensdag.

Den stora utmaningen handlade dock om tidsbrist. Även om elevhälsan inom pilotprojektet kunde ta in en ersättare för den tid skolsköterskan lade på MittBpSamtal, var det inte alla deltagande skolor som tyckte att det var enkelt att lösa problemet på det sättet. Skolsköterskorna har många arbetsuppgifter som ska utföras, och sådant som hälsokontroller och vaccinationer måste prioriteras. Skolsköterskorna beskrev att de vill ha tid för en metod som MittBpSamtal, men att det inte alltid är möjligt. Ibland kan skolsköterskan bara göra det allra nödvändigaste och även om övervikt är viktigt så kan frågor kring till exempel kriminalitet, droger, depression eller könsidentitet vara av mer akut karaktär. Allra svårast kan det vara om skolsköterskan arbetar i ett utsatt område, där det finns många olika problem.



*"Och sedan hade jag ju mina hörselkontroller däremellan och vaccination, alltså det är mycket i en skolsköterskas schema. Och sedan är det sjuorna jag har börjat med och de mår ju så mycket dåligt på grund av en massa andra saker så det är ju verkligen inte vikten i första hand."/>* /Skolsköterska

Eleverna ville framför allt få bekräftat att det var okej att vara frånvarande från lektioner på grund av skolsköterskebesök, samt att det inte skulle bli för svårt att ta igen missad lektionstid. För föräldrarna var det viktigt att få relevant information från skolan, inte minst om de inlett ett arbete tillsammans med skolsköterskan och hon sedan av någon anledning blir frånvarande. Både skolsköterskor och föräldrar beskrev att det underlättar om hela skolan arbetar hälsofrämjande, till exempel genom skolgårdar som uppmuntrar till fysisk aktivitet eller rörelse i klassrummen. Föräldrarna uppskattade också samverkan inom skolan kring individuella lösningar för barnet, så att till exempel idrottslektionerna kan anpassas för en viss elev eller att en elev kan få grönsaker i lunchmatsalen som hen tycker om.

*"Då får hon en egen tallrik med, liksom i matsalen. Personalen ställde upp direkt och bara, nej men då fixar vi en tallrik med hälften gurka, hälften morötter, färdigskuret bara för henne."/>* /Förälder

Stöd i det omgivande samhället

Både skolsköterskor och föräldrar nämnde BUMM, dit skolsköterskan kan remittera vid fetma. Ett alternativ som föreslogs var att MittBpSamtal skulle kunna genomföras på BUMM, men det förekom också förslag på att samtalen skulle kunna utföras på vårdcentral eller en särskild instans man kan remittera till som endast genomför MittBpSamtal. Förutom att det skulle avlasta skolsköterskan skulle en sådan instans kunna utveckla ännu bättre kompetens kring metoden.

*"Det är nog jättebra att vi kan fånga upp och remittera men jag skulle inte, kanske inte ens BUMM utan till en egen enhet som är superspecialiserad på BP eller någonting."/>* /Skolsköterska

Skolsköterskorna uttryckte också önskemål om att kunna skriva ut Fysisk aktivitet på recept (FaR) eller skicka elever till aktiviteter på till exempel Friskis & Svettis. Det lyftes att övervikt är ett folkhälsoproblem och att man måste få politikerna att förstå vikten av tidiga insatser. Det lyftes också att skolsköterskor ibland får utstå kollektiv kritik, i till exempel sociala medier, för att de talar med barn om vikt, vilket gör att arbetet kan kännas tungt.

*"Men jag är också lite så där förbannad över den här vikt-, den här, det är ju säkert det här inlägget som har kommit på, det är en människa som har skrivit att vi skolsköterskor ..."*

*"Jag läste inte det, för jag blir bara förbannad."/>* /Skolsköterskor

Metodstöd och metodutveckling

Skolsköterskorna upplevde att det är viktigt att utvärdera metoden MittBpSamtal vetenskapligt, men riktade viss kritik mot upplägget av denna studie. De upplevde att tidsplaneringen var för snäv och framför allt upplevde de att studien kom igång för sent på året, vilket inte passade verksamheten och innebar att de hade svårt att hinna rekrytera elever.

*"Egentligen hade den här informationen varit bra att ha fått typ såg i maj så vi hade kunnat få sugit på det här och så i början av augusti, för det är många som har kanske uppehållstjänst och är ledig hela sommarlovet. Då kan man säga så här, mm, jo men det här kanske verkar, och så refresh liksom precis vid skolstart, bara jo men vill ni vara med, nu kör vi. Då är det ju på en helt annan arena."/>* /Skolsköterska

Skolsköterskorna var överens om att det tar tid att lära sig metoden, och att de måste få genomföra ett visst antal samtal för att känna sig trygga. De menade att skolsköterskor som ingår i en studie måste ges utrymme att lära sig och bli trygga i metoden – innan en utvärdering påbörjas.

*"Jag säger inte att det ska vara hundra, men jag säger att jag tror att det finns en siffra här, att vi behöver ha ett visst antal familjer och färdiga samtal för att känna, nej men nu har jag liksom, nu vet jag hur man skriver alfabetet."/>* /Skolsköterska

Både skolsköterskor och elever uppgav att enkäterna som användes i studien, som en del av utvärderingen, fungerade bra att fylla i, även om skolsköterskorna beskrev att det blev en extra arbetsbelastning. Både skolsköterskor och elever upplevde också att en del frågor kunde väcka jobbiga känslor och tankar, och skolsköterskorna uttryckte att det inte kändes bra att inte kunna se svaren på frågorna, för att vid behov direkt kunna ge stöd till eleven.

*"Det var inte svårt, för jag har ju fyllt i enkäter förut så det går ganska snabbt att fylla i dem men, ja vissa av frågorna var lite jobbiga att svara på tyckte jag. (---) Nej, men det var såhär ifall jag var nöjd med mig själv och sånt och, ibland visste jag inte riktigt vad jag skulle svara."/>* /Elev

# Diskussion

## Utmaningar vid samtal om övervikt

Det ingår i elevhälsans uppgifter att bemöta barn med övervikt och fetma på ett professionellt sätt. I dagsläget saknas dock evidensbaserade program för denna uppgift inom skolans ram. Om ett barn har fetma ska elevhälsan remittera till en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, men denna hänvisning sker i dag i mycket begränsad omfattning enligt en rapport från BORIS, och effekterna är heller inte lysande (31). När det gäller elever med övervikt, och i praktiken också många gånger elever med fetma, måste skolsköterskan lita på sin egen kunskap och erfarenhet, och dessutom med begränsad tid till sitt förfogande.

Enligt enkätundersökningen som redovisas i denna rapport möter skolsköterskor flera olika utmaningar vid samtal om övervikt med barn, ungdomar och deras föräldrar. Och det är tydligt att professionen behöver kunskap och verktyg för att kunna ge familjerna stöd i denna känsliga fråga. Även när det är läge att remittera, beskrev skolsköterskorna osäkerhet kring förfarandet och vad som händer när en elev remitteras vidare. Med andra ord är det uppenbart att det finns ett behov av vägledning och en samtalsmetod med en tydlig manual.

## Följsamhet till metoden

Betydligt färre skolsköterskor och elever rekryterades än planerat. Trots att skolsköterskorna som deltog i denna pilotstudie var motiverade och hade en positiv inställning upplevde de att det var utmanande att rekrytera och genomföra samtal med så många elever som initialt planerades. Intervjuerna med skolsköterskorna visade att det finns flera orsaker som förklarar detta, varav en handlar om studiens upplägg och vikten av att ge skolsköterskorna möjlighet till framförhållning och planering. Att rekrytera elever och föräldrar till att delta i en samtalsmetod som MittBpSamtal kräver tid och engagemang. Och när samtalsmetoden ingår i en pilotstudie som inkluderar datainsamling, behövs ännu längre förberedelsetid. En annan viktig faktor handlar om skolsköterskornas tid för att genomföra samtal som dessa i sitt vardagliga arbete. Om samtalsmetoden MittBpSamtal genomförs enligt manualen tar den mycket tid i anspråk, och skolsköterskorna är ofta tungt belastade med arbetsuppgifter redan innan. Detta innebär att om metoden ska genomföras enligt manual kommer extra resurser krävas.

Följsamheten till manualen studerades genom att notera antal genomförda samtal, samtalens längd, användningen av Brännpunktens verktyg samt föräldrarnas deltagande. Följsamheten kunde bedömas som relativt god, även om vissa avvikelser förekom och vissa anpassningar gjordes. En avvikelse handlade om att samtal med de lite äldre eleverna i stor utsträckning genomfördes utan föräldrarnas närvaro. Det framkom i intervjustudien att skolsköterskor, föräldrar och elever i vissa fall upplevde att det var bättre att genomföra samtalen utan föräldrars deltagande, vilket kan förklara varför det också skedde. En annan avvikelse var att en av skolsköterskorna genomförde flera samtal utan stöd av webbverktyget BPIT. I intervjustudien framkom att frågorna i webbverktyget ibland upplevdes som upprepande, utan att återkoppla till de tidigare uppsatta målen, vilket kan förklara varför BPIT i ett av fallen valdes bort efter det första samtalet.

## Beteendeförändringstekniker

Samtalen som genomfördes i pilotstudien inkluderade i genomsnitt 9,9 beteendeförändringstekniker per samtal. Enligt två olika systematiska kunskapsöversikter över interventioner för att främja goda matvanor och/eller fysisk aktivitet bland barn och tonåringar inkluderar effektiva interventioner ett högre antal beteendeförändringstekniker jämfört med ineffektiva interventioner (44, 45). Enligt den ena översikten inkluderade effektiva interventioner i genomsnitt 10,5 beteendeförändringstekniker jämfört med 4 i ineffektiva interventioner (44). Enligt den andra översikten inkluderade effektiva interventioner i genomsnitt 10 beteendeförändringstekniker jämfört med 6,5 i ineffektiva studier (45). Detta talar för att MittBpSamtal kan vara en effektiv intervention.

Enligt den ena översikten var åtta av beteendeförändringsteknikerna unika för effektiva interventioner (44). Fyra av dessa stämmer överens med de nio tekniker som var mest vanligt förekommande i MittBpSamtal:

- 1.1 målsättning (beteende),
- 1.2 problemlösning
- 1.4 handlingsplanering
- 3.1 ospecificerat socialt stöd.

De ytterligare fyra beteendeförändringsteknikerna som enligt översikten var unika för effektiva interventioner (2.2 återkoppling på beteende, 2.3 självregistrering, 5.3 information om sociala och miljökonsekvenser och 8.7 stegvisa uppgifter) förekom alla i något av samtalen, men betydligt mer sällan.

Den andra översikten använde en äldre version av BCT-taxonomin, och därför är det svårare att göra exakta jämförelser. Några av de tekniker som användes i effektiva interventioner inkluderade: att ge information om koppling mellan beteende och hälsa, att uppmana till att praktisera beteende och att planera för socialt stöd eller sociala förändringar (45). Ytterligare en översikt som använt den äldre versionen av taxonomin kom fram till sex tekniker som visade sig effektiva vid behandlande interventioner:

- ge information om koppling mellan beteende och hälsa
- förändringar av omgivningen
- uppmana till övningar
- uppmana till att identifiera sig som förebild
- stresshantering/träning av känslomässig kontroll
- stärka generella kommunikationsfärdigheter.

Den enda tekniken som visade sig effektiv vid förebyggande interventioner var att uppmana till generalisering av målbeteende, vilket handlar om att uppmana en person till att prova en ny hälsosam vana också i andra situationer (46). Även här kan vi se vissa kopplingar mellan effektiva beteendeförändringstekniker i studierna och några av de nio tekniker som användes mest inom MittBpSamtal, bland annat när det gäller socialt stöd. Samtidigt kan man se att det finns utvecklingsmöjligheter i form av att addera ytterligare potentiellt effektiva beteendeförändringstekniker.

## Bedömning av elevernas hälsa

Längd och vikt kunde samlas in som planerat. På grund av få deltagande elever och pilotstudiens okontrollerade studiedesign var det inte möjligt att uttala sig statistiskt om effekter avseende barnens viktutveckling. Det är dock värt att notera att samtliga fem elever som tog del av alla samtal gick ner i vikt, vilket gör att MittBpSamtal kan vara en metod vars effekt på vikt är intressant att utvärdera i en större studie.

Eleverna klarade utan större svårigheter av att fylla i de två enkäterna om välbefinnande och psykisk hälsa: SDQ-Sve och Kidscreen-52. Skolsköterskorna uppgav dock att enkäterna tog ytterligare tid i anspråk, vilket måste tas hänsyn till och planeras för om de ska användas i framtida studier. Både skolsköterskor och elever uppgav i intervjustudien att vissa frågor i enkäterna kan väcka jobbiga tankar och känslor, varför det är viktigt att följa upp och erbjuda elever det stöd som eventuellt kan behövas. Själva interventionen, det vill säga samtalsmetoden, skulle i sig kunna tänkas att väcka negativa tankar och därför är det viktigt att ha både viktutveckling och psykiska hälsa som utfall av metoden. På grund av få elever och pilotstudiens okontrollerade studiedesign var det inte möjligt att uttala sig statistiskt om effekter avseende barnens välbefinnande och psykiska hälsa. En viktig preliminär slutsats är dock att inga tydliga tendenser kan ses som indikerar att interventionen skulle påverka elevernas psykiska hälsa negativt. En större effektstudie krävs för att undersöka eventuella positiva eller negativa effekter på psykisk hälsa.

## Upplevelse av metoden

Gemensamt för skolsköterskor, föräldrar och elever var att metoden upplevdes som ett stöd för att prata om ett känsligt ämne. Föräldrarna uppskattade att barnet sattes i centrum under samtalet, men hade olika uppfattningar om huruvida de själva borde delta vid samtalen eller inte. Enligt någon av skolsköterskorna fanns det också tillfällen då det kunde passa bra att ha samtal med föräldrarna, utan att barnet alls är närvarande. Manualen för MittBpSamtal säger att ska både elev och föräldrar vara med på samtalen oavsett elevens ålder. Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd om att samtala med barn är föräldrarna en viktig resurs (47), men det handlar sällan om antingen eller, utan ofta om olika grader av delaktighet. Inför ett samtal kan den professionella behöva bedöma hur delaktiga föräldrarna ska vara, bland annat med hänsyn till barnets ålder, mognad och inställning. Inför en eventuell revidering av manualen kan det vara bra att föra en diskussion om huruvida samtalen alltid ska genomföras både med barn och förälder, eller om det finns tillfällen när det är lämpligt att göra avsteg från detta.

Samtidigt som de intervjuade föräldrarna uppskattade att deras barn fick professionellt stöd framkom oro för att samtal om vikt och levnadsvanor skulle kunna leda till ätstörningar och andra former av ohälsa. En översiktsartikel visar att professionellt genomförda viktmnskingsinterventioner endast utgör en minimal risk för utveckling av ätstörningar hos barn och ungdomar (48), men trots detta är det viktigt att möta föräldrarnas oro och vara säkra på att det finns tid och möjlighet att följa upp en elev som inlett samtal. Vid en eventuell effektutvärdering är det viktigt att undersöka eventuella negativa effekter av samtalsmetoden MittBpSamtal.

Både skolsköterskor och elever uppskattade modellen med frågor som ska besvaras vid en dator, men hade också synpunkter som kan bidra till ytterligare förbättringar. En upplevelse var att frågorna efter några gånger blev upprepanande och inte tillräckligt tydligt knöt an till de mål som satts upp vid det första samtalet. Det kan därför vara

viktigt att se över webbverktyget och de frågor som inkluderas i det. Skolsköterskorna beskrev också att de anpassade metoden och använde de delar som de själva var mest bekväma med eller som bäst passade den aktuella eleven. En intervention kräver ofta en viss grad av anpassningsmöjlighet för att kunna skräddarsys för individuella förutsättningar och behov (43). Samtidigt är det viktigt att veta vilka delar i en metod som är nödvändiga för att skolsköterskan ska kunna anses följa metoden. När det gäller MittBpSamtal refererade skolsköterskorna också till vissa delar som de associerade till metoden, såsom mallar för telefonsamtal och brev, som inte finns inkluderade i manualen i dag. Vid en översyn av manualen kan dessa delar behöva ses över. Dessutom skulle en utbildningsmanual kunna tas fram, för att formalisera innehållet i utbildningarna.

## Skolan som hälsofrämjande arena

Som hälsofrämjande arena, har skolan fördelen att den når alla barn i samhället som är i skolåldern. Enligt en översikt av översikter vad gäller insatser för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet, finns evidens för effektiva insatser i skolmiljö (22). Det som i första hand ger effekt är multikomponentinterventioner, som inkluderar både en utbildningskomponent och en miljökomponent – till exempel i form av utemiljöer som främjar fysisk aktivitet, och som gärna involverar både familjen och lokalsamhället.

En lovande svensk intervention i skolmiljö är "En frisk skolstart". Den riktar sig till alla barn i förskoleklass oavsett viktstatus, och inkluderar hälsoinformation till föräldrar, Motiverande samtal med föräldrar och klassrumsaktiviteter för barnen (23–25). "En frisk skolstart" har bland annat visat positiva effekter på grönsaksintag och en minskning i konsumtion av ohälsosam mat. Effekterna har dock visat sig relativt kortlivade, och därför är slutsatsen att interventionen behöver intensifieras eller förlängas för att ge effekter på lång sikt. För närvarande testas "En frisk skolstart Plus", där interventionen kompletterats med ett webbaserat test om riskfaktorer för typ 2-diabetes för föräldrarna, samt med ett större fokus på interaktionen mellan barn och föräldrar (25).

Forskningen visar att interventioner för att främja matvanor och fysisk aktivitet ofta behöver vara omfattande för att få effekt, pågå under lång tid, inkludera flera komponenter och involvera flera arenor (22). Skolan har bra förutsättningar eftersom barn och unga spenderar många år i skolan, och eftersom det dessutom finns möjlighet till samverkan med föräldrar och lokalsamhälle. Skolan kan bidra till att vända överviktstrenden genom att erbjuda en stödjande skolmiljö för alla barn, i kombination med extra insatser för de barn som behöver det.

## Behov av effektstudie

För att utvärdera effekter av samtalsmetoden MittBpSamtal på vikt och andra hälsoindikatorer behöver en studie med avsevärt högre deltagarantal genomföras, gärna med en kontrollgrupp som inte tar del av interventionen. För att en sådan studie ska kunna genomföras med hög följsamhet behöver skolsköterskor ges längre tid för förberedelse och rekrytering av elever, samt god tid att lära sig och praktisera metoden. Eftersom resultaten av denna studie visar att skolsköterskorna har brist på tid att genomföra MittBpSamtal enligt manual bör skolsköterskorna erbjudas ersättare för den tid de lägger ner. Ett alternativ kan vara att metoden genomförs av externa

skolsköterskor, av annan yrkesgrupp eller i annan verksamhet, såsom exempelvis BUMM.

## Styrkor och svagheter

En styrka med denna studie är att interventionen är väldefinierad och beskriven i en manual. Ytterligare en styrka är att vi vid utvärderingen har använt validerade instrument. Syftet var enbart att studera genomförbarhet och vi kan därmed inte uttala oss om statistisk säkerställda effekter av metoden på BMI eller psykisk hälsa. Om detta ska göras behövs ett väsentligt större deltagarantal. En svaghet i denna studie är att de deltagande skolsköterskorna, av flera olika anledningar, fick kort om tid för rekrytering, vilket påverkade genomförandet. Samtidigt bidrar erfarenheterna kring planering och rekrytering med viktiga lärdomar, och är ett viktigt resultat utifrån syftet att studera genomförbarhet.

Övervikt och fetma bland barn, framför allt i resurssvaga områden, är ett stort och kostsamt samhällsproblem som leder till en stor sjukdomsburda – både fysisk och psykisk – samt till social ojämlikhet i hälsa. Här behövs mer forskning och samverkan mellan kommuner och landsting. Den här rapporten är ett viktigt kunskapsunderlag i det fortsatta arbetet med Handlingsprogram övervikt och fetma.

## Slutsatser

- Skolsköterskor inom elevhälsan och andra professionella som arbetar med barn inom vården upplever ett behov av information, verktyg, stöd och stärkt kostkompetens för att samtala med barn, ungdomar och deras föräldrar om övervikt.
- Skolsköterskorna i pilotstudien upplever att de har stöd av samtalsmetoden MittBpSamtal, och att de med hjälp av metoden känner sig säkrare i att kunna stödja elever med övervikt och deras föräldrar.
- Samtalsmetoden MittBpSamtal inkluderar ett flertal lovande beteendeförändringstekniker som är associerade med effektiva interventioner, vilket talar för att detta kan vara en effektiv metod – men förbättringspotential finns.
- Samtliga elever i pilotstudien som tog del av alla fem samtal minskade i vikt, vilket talar för att det är intressant att göra en reguljär process- och effektutvärdering.
- Det finns många elever med övervikt som skulle kunna vara aktuella för samtalsmetoden MittBpSamtal, men rekrytering av elever och föräldrar tar tid. Det är också svårt för skolsköterskor att få tiden att räcka till för att genomföra denna insats enligt manual, parallellt med övriga arbetsuppgifter. Extra resurser kommer krävas, speciellt i resurssvaga områden.
- Följsamheten till metoden var i pilotstudien relativt god, även om vissa avvikelser från och anpassningar av manualen gjordes.
- Manualen bör ses över och förtydligas avseende:
  - vad som är metodens primära och sekundära mål
  - vilka delar som alltid bör ingå och vilka delar som är valbara

- vilka åldersgrupper metoden passar för och hur den kan anpassas för olika åldrar
- huruvida både förälder och barn alltid måste delta tillsammans och när avsteg från detta eventuellt kan göras.

Det kan också vara lämpligt att ta fram en formaliserad utbildningsmanual.

- Samtalsmetoden MittBpSamtal bör utvärderas avseende om den behöver differentieras för olika målgrupper, såsom elever i olika åldrar eller elever med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
- Framtida implementering av samtalsmetoden skulle med fördel kunna genomföras i en hel kommun, så att det finns möjlighet till samverkan och erfarenhetsutbyte skolsköterskor emellan.



# Förkortningar

BCT	Beteendeförändringstekniker (Behavioural Change Techniques)
BMI	Body Mass Index
BMIstds	Body Mass Index Standard Deviation Score
BORIS	Barn Obesitas Register i Sverige
BP	Brännpunkten
BPIT	Brännpunkten IT (Brännpunktens webbverktyg)
BUMM	Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CES	Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
FaR	Fysisk aktivitet på recept
HPÖ	Handlingsprogram övervikt och fetma
IOTF	International Obesity Task Force
MI	Motiverande samtal (Motivational Interviewing)
IsoBMI	Ålder- och könsspecifikt BMI som används för barn
SDQ-Sve	Styrkor och svårigheter hos barn (The Strengths and Difficulties Questionnaire), svensk version
SLL	Stockholms läns landsting

# Referenser

1. Report of the commission on ending childhood obesity. World Health Organisation, 2016.
2. Sjöberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, Mårild S. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatrica*. 2008;96:118-123.
3. Lissner L, Sohlstöm A, Sundblom E, Sjöberg A. Trends in overweight and obesity in Swedish schoolchildren 1995-2005: has the epidemic reached a plateau? *Obesity Reviews*. 2010;11:553-559.
4. Sundblom E, Petzold M, Rasmussen F, Callmer E, Lissner L. Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *International Journal of Obesity*. 2008;32:1525-1530.
5. Årsrapport Barnhälsovård i Stockholms län 2017. Barnhälsovårdsenheten. Stockholms läns landsting, 2017.
6. Singh AS, Mulder C, Twisk JC, van Mechelen C, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*. 2008;9(5):474-488.
7. Telema R. Tracking of physical activity from childhood to adulthood: A review. *Obesity Facts*. 2009;2(3):187-195.
8. Biddle SJH, Pearson N, Ross GM, Braithwaite R. Tracking of sedentary behaviours of young people: A systematic review. *Preventive Medicine*. 2010;41(5):345-351.
9. Craigie AM, Lake AA, Kelly SA, Adamson AJ, Mathers JC. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*. 2011;70(3):266-284.
10. Sjöberg A, Moraeus L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U, Lissner L. Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obesity Reviews*. 2011, 12:305-314.
11. Riksmaten Ungdom 2016-2017. Så äter ungdomar i Sverige. Del 1 Livsmedelskonsumtion bland ungdomar i åk 5, åk 8 och åk 2 på gymnasiet. Livsmedelsverket, 2018.
12. Nyström CD et al. Active Healthy Kids Sverige 2018. En sammanställning av barns och ungdomars fysiska aktivitet.
13. Magnusson MB, Hulthén L, Kjellgren KI. Obesity, dietary pattern and physical activity among children in a suburb with a high proportion of immigrants. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2005;18(3):187-194.
14. Moraeus L, Lissner L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U, Sjöberg A. Multi-level influences on childhood obesity in Sweden: societal factors, parental determinants and child's lifestyle. *International Journal of Obesity*. 2012;36(7):969-976.
15. Elinder LS, Heinemans N, Zeebari Z, Patterson E. Longitudinal changes in health behaviours and body weight among Swedish school children - associations with age, gender and parental education - the SCIP school cohort. *BMC Public Health*. 2014;14.

16. Folkhälsans utveckling - Årsrapport 2017. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2017.
17. Global Burden of Disease. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
18. G. B. D. Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England journal of medicine*. 2017;377 (1):13-27.
19. Så kan vi vända trenden. Handlingsprogram övervikt och fetma 2016-2020. Stockholms läns landsting, 2015.
20. Regionalt vårdprogram Övervikt och fetma. Stockholms läns landsting, 2016.
21. Vägledning för elevhälsan. Socialstyrelsen, Skolverket, 2016  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20394/2016-11-4.pdf>.
22. Bergström H, Lynch C, Rahman MS, Elinder LS. Insatser för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. En kartläggande litteraturöversikt. Karolinska Institutet, 2017-05-02.
23. Nyberg G, Sundblom E, Norman A, Bohman B, Hagberg J, Elinder LS. Effectiveness of a universal parental support programme to promote healthy dietary habits and physical activity and to prevent overweight and obesity in 6-year-old children: the healthy school start study, a cluster-randomised controlled trial. *PLoS One*. 2015;10(2), e0116876.
24. Nyberg G, Norman A, Sundblom E, Zeebari Z, Elinder LS. Effectiveness of a universal parental support programme to promote health behaviours and prevent overweight and obesity in 6-year-old children in disadvantaged areas, the Healthy School Start Study II, a cluster-randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2016;13(1):4.
25. Elinder LS, Patterson E, Nyberg G, Norman A. A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting – study protocol for a parallel group cluster randomised trial. *BMC Public Health*. 2018;18:459.
26. Borello M, Pietrabissa G, Ceccarini M, Manzoni GM, Castelnuovo G. Motivational Interviewing in Childhood Obesity Treatment. *Frontiers in Psychology*. 2015, 6.
27. Danielsson P, Svensson Y, Kowalski I, Nyberg G, Ekblom O, Marcus C. Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity treatment success and dropout rate. *Obesity Facts*. 2012;5:34-44.
28. Altman M, Wilfey DE. Evidence update on the treatment of overweight and obesity in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015;44(4):521-37.
29. Bolin A, Insulander L. Föräldrautbildning. Manual – teori – gruppleddarplan. För föräldrar till barn med fetma, enligt Södertäljemodellen. Södertälje Barnmottagning och Överviktscentrum Norrtull, 2010.
30. Ek A, Lewis Chamberlain K, Ejderhamn J, Fisher PA, Marcus C, Chamberlain P, Nowicka P. The More and Less Study: a randomized controlled trial testing different approaches to treat obesity in preschoolers. *BMC Public Health*. 2015;15:735.
31. BORIS Barn Obesitas Register i Sverige. Årsrapport 2017. Stockholm, 2017.
32. Fraser MW. Intervention research: developing social programs. Oxford; New York: Oxford University Press; 2009.

33. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105–12.
34. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2013;46(1):81-95.
35. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity*. 2012;7(4):284-94.
36. Karlberg J, Lou ZC, Albertsson-Wikland K. Body mass index reference values (mean and SD) for Swedish children. *Acta Paediatrica*. 2001;90(12):1427-34.
37. Malmberg M, Rydell AM, Smedje H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic journal of psychiatry*. 2003;57(5):357-63.
38. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2008;11(4):645-58.
39. The Kidscreen questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. The Kidscreen Group Europe. 2006.
40. Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire for age 4-17 or 18+. <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/c0.py>
41. Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd edition ed: Sage Publications; 2002.
42. Berg B, Lune H. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* 2012.
43. Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, Lowery J: Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*. 2009, 4:50.
44. Hynynen ST, van Stralen MM, Sniehotta FF, Araújo-Soares V, Hardeman W, Chinapaw MJM, Vasankari T, Hankonen N. A systematic review of school-based interventions targeting physical activity and sedentary behaviour among older adolescents. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2016;9(1):22-44.
45. Hendrie GA, Brindal E, Corsini N, Gardner C, Baird D, Golley RK. Combined home and school obesity prevention interventions for children: What behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness? *Health Education & Behavior*. 2012;39(2):159-71.
46. Martin J, Chater A, Lorencatto F. Effective behavior change techniques in the prevention and management of childhood obesity. *International Journal of Obesity*. 2013;37:1287-1294.
47. Att samtala med barn. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen, 2018.

48. Meghan L, Butryn MS, Wadden TA. Treatment of overweight in children and adolescents: Does dieting increase the risk of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37:285-293.

# Bilagor

Bilaga 1. Brännpunkten och MittBpSamtal. Manual  
Testversion 2018

## Brännpunkten och MittBpSamtal

Manual **Testversion 2018**



## Innehåll

Bakgrund till metoden MittBpSamtal .....	4
Del 1: Brännpunktens verktyg .....	5
Samtalsverktyg.....	5
De fem blocken.....	6
1. Mat och portioner.....	7
2. Sött och onyttigt .....	7
3. Fysisk aktivitet och energibalans .....	8
4. Självvärde och självkänsla.....	8
5. Rädsla och sjukdomar .....	9
Snabba schemat och i egen takt .....	9
Del 2. Samtalet .....	11
Inledande kontakt med elev.....	11
Inledande kontakt – föräldrar.....	12
Samtal 1 (uppstartssamtal) .....	12
Samtal 2–5 .....	14
Elevkontroll.....	15
Praktiska råd .....	16
Bilaga .....	17
Webbverktyget BP IT .....	17

## Bakgrund till metoden MittBpSamtal

Ungefär vart femte skolbarn i Sverige har i dag övervikt eller fetma, vilket orsakar både fysiskt och psykiskt lidande på kort och lång sikt. Elevhälsan har till uppgift att arbeta hälsofrämjande och förebyggande, men evidensbaserade program saknas. Resurserna på Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) räcker inte till för att behandla alla barn och tonåringar med fetma. Samtalsmetoden MittBpSamtal har därför utvecklats inom elevhälsan i Stockholms län av skolsköterska Anette Ekqvist och riktar sig till elever med övervikt eller fetma som inte har remitterats till BUMM. BP-metoden bygger på motiverande samtalsteknik och är tänkt att på ett lustfyllt sätt hjälpa eleven att hitta sin personliga väg till "hur" beteendeförändringen ska gå till. Eleven besvarar ett antal frågor i samtal med skolsköterskan som handleder med hjälp av ett webbverktyg (BP IT) och föräldrarna är närvarande. Metoden syftar till att stödja eleven i att hitta sin väg att stabilisera sin vikt ('växer i sin vikt') eller minska sitt BMI.

På webbplatsen [www.mittbp.se](http://www.mittbp.se), under rubriken "*Kom igång-tips och handledning*" hittar du mer information om MittBpSamtal. Här kan du ta del av webbverktyget BP IT (10+; 13+; uppföljningsenkät) samt hitta mer information om de fem blocken, samtalsverktygen, snabba schemat, föräldrakontakt med mera.

Manualen har sammanställts av Sofie Jonsson och Liselotte Schäfer Elinder, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, i samarbete med Anette Ekqvist. Manualen är en testversion som under våren 2018 kommer prövas i en pilotstudie. Manualen kan komma att ändras efter genomförd studie.

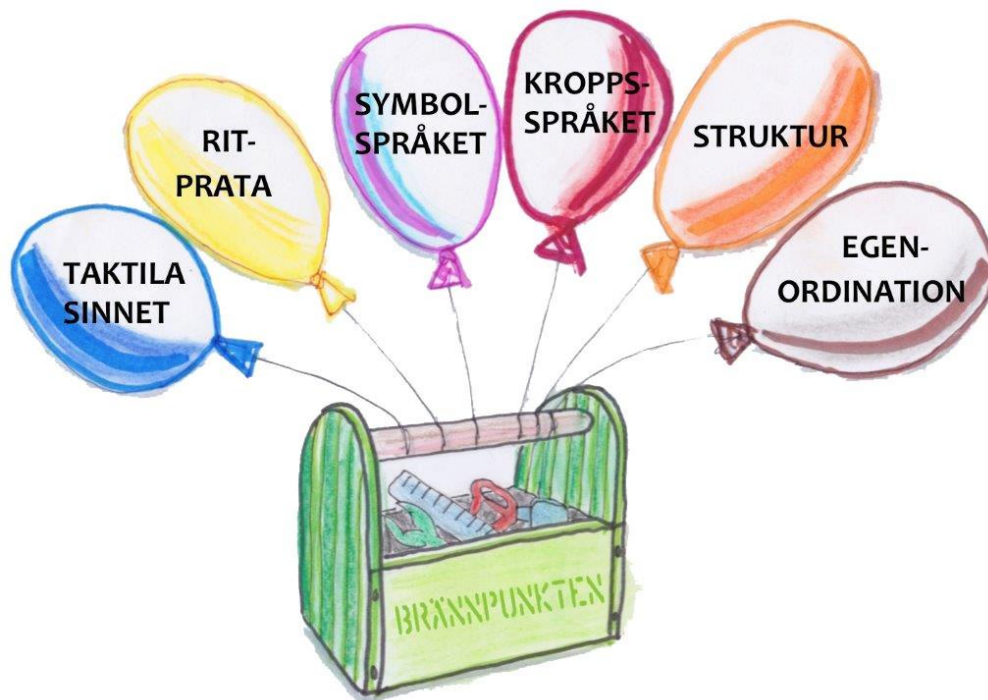


## Del 1: Brännpunktens verktyg

BRÄNNPUNKTENS samtalsmetod MittBpSamtal är framtagen utifrån ett barn- och ungdomsperspektiv och har använts sedan år 2009. Mer än 650 familjer har hittills deltagit i samtalen. Drygt 450 skolsköterskor/barnsjuksköterskor har tagit del av metoden och har tillgång till det digitala materialet. Metoden använder sig av beteendeförändringstekniker som motiverar till livsstilsförändringar men innehåller även konkreta verktyg som underlättar för barn att nå sina förändringsmål. Metoden har rötterna i motiverande samtal (MI) och alla samtal utförs i MI-anda, ett förhållningssätt som innefattar en atmosfär och ett bemötande präglat av empati, acceptans, samarbete och respekt för självbestämmande.

Inom BRÄNNPUNKTEN används MittBpSamtal som ett samtalsverktyg för att fånga problematiken och samtidigt inleda motiveringsarbetet kring de livsstilsförändringar som krävs för att eleven ska bromsa en ohälsosam viktuppgång. Fokus ligger på *hur* förändringen kan ske och utgår alltid från barnets egen önskan om förändring och förslag på att nå förändring (egenordination). MittBpSamtal fungerar via ett webbverktyg (BP IT) där eleven fyller i en enkät vid datorn samtidigt som skolsköterskan handleder elev och föräldrar med stöd av webbverktyget. Till stöd finns även ett nedladdningsbart handledningsmaterial som bygger på motivationshöjande samtal ur ett barnperspektiv på Brännpunktsvis. Handledningsmaterialet utgår från de fem block som MittBpSamtal arbetar utifrån (läs mer om de fem blocken nedan).

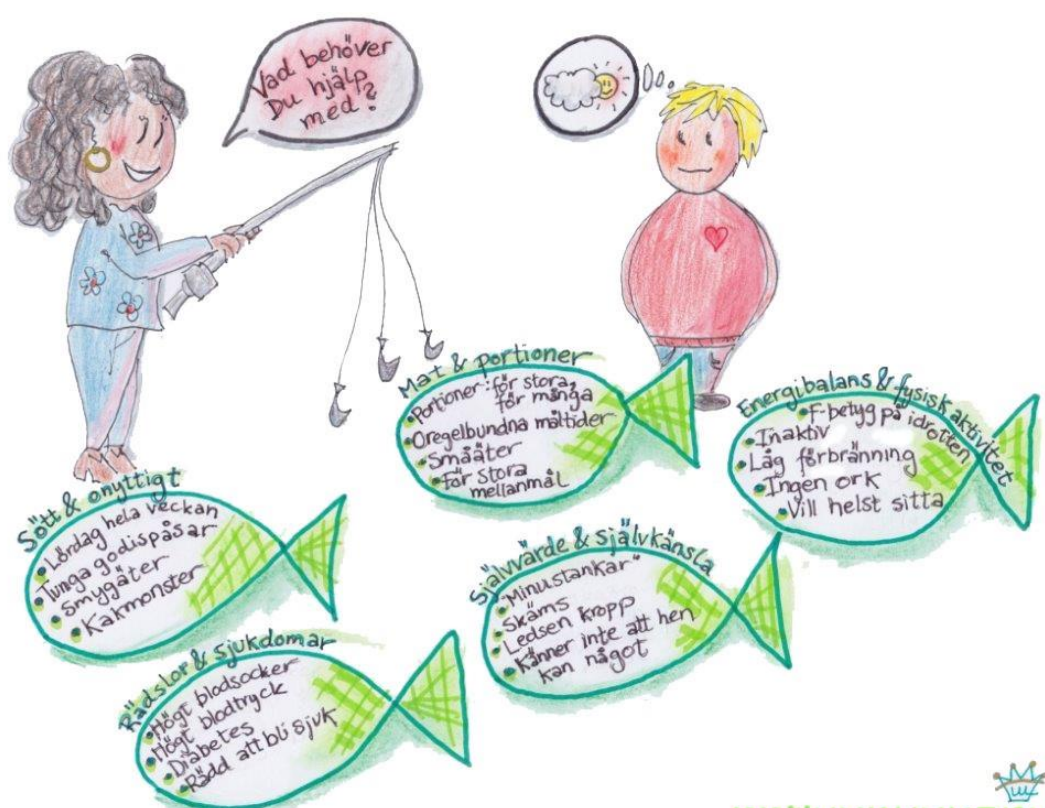
### Samtalsverktyg



Samtalsmetoden innehåller flertalet samtalsverktyg för att underlätta kontakten mellan elev-vuxen (förälder och skolsköterska). Följande verktyg förekommer i anpassad grad i samtalen:

- Taktila sinnet – bemötande med taktilt material i mottagningsrummet, samt taktilt bemötande med exempelvis hand-, eller fotmassage till eleven
- Ritprata – för de barn som enklare kommunicerar tankar och känslor genom det de ritat
- Symbolspråk – liknelser via symbolbilder istället för ord t.ex. VAS-skala – graderad skala i siffror eller bild eller metaforer
- Kroppsspråk – för de barn som enklare kommunicerar tankar och känslor via kroppen
- Struktur – Enkla, positiva och konkreta samtal som gynnar följsamhet
- Egenordination – barnen bestämmer sig för och skriver ner vilka förändringar de vill genomföra med hjälp och stöd från anhöriga och skolsköterskan

## De fem blocken



**BRÄNNPUNKTEN**  
Illustration: Ulrika Ohlsson

MittBpSamtal arbetar utifrån fem block, vanligtvis med 1–3 fokusområden i taget, beroende på var elevens obalans ligger. Samtalsfokus ligger alltid enbart på de blocken som eleven har obalans i. Blocken är:

1. Mat och portioner
2. Sött och onyttigt
3. Fysisk aktivitet och energibalans
4. Självvärde och självkänsla
5. Rädslor och sjukdomar

Nedan följer en närmare beskrivning av de fem blocken med tillhörande rekvisita samt egenordination (elevens eget förslag till förändring).

## 1. Mat och portioner

För en elev som har vanan att ta för stora portioner, ta om mat vid flera tillfällen eller småäta mellan måltider används material från blocket ”mat och portioner”. Eleven får hjälp med att strukturera sina måltider vad gäller storlek och innehåll samt verktyg för att hantera suget efter mat.

### Rekvisita

Fysiska tallrikar; dl-mått; sockerbitar; äggklocka; ätpinnar; rött/gult kort; bild på 3 dl mat och resten grönt; bild på tallriksstorlek; bild på kostcirkel av ”skräpmat”; bild på regelbundna måltider; elevens egna knytnävar som mått på portionsstorlek.

Exempel på egenordination:

- Lära sig äta rätt mängd mat utifrån ålder, till exempel genom att successivt minska antalet portioner, från tre till två portioner första veckan och från två till en portion andra veckan.
- Ät regelbundet: frukost, lunch, middag och små mellanmål där i mellan
- Ät en grönsak mellan måltider om suget uppstår
- Låt grönsakerna stå på bordet och grytorna på spisen
- Ät vardagsmat ofta och helgmat, så som pizza eller hamburgare, sällan
- Byt ut/lägg till, exempelvis öka fiberintag/minska kolhydratsintag för att bli mätt
- Ät medvetet, till exempel långsammare; sträva efter att känna mättnadskänslan i kroppen
- Drick smart, till exempel ett glas mjölk per dag räcker; se upp med söta drickyoghurt och juice
- Hitta strategier för att stå emot hunger och sug, exempelvis: rött/gult kort; rensa/låsa in frestelser; rörelse; taktila övningar
- Arbeta med gränssättning gentemot familj/anhörig/vän genom att lyfta barnets vilja och önskan om att sluta öka i vikt
- Hitta strategier för att hantera känslouttryck på annat sätt än att smygäta/smygköpa
- Inrätta ett belöningschema (ej mat) för att förstärka nya goda vanor

## 2. Sött och onyttigt

För en elev som äter godis flera dagar i veckan, köper stora godispåsar eller smygäter sötsaker används materialet från blocket ”sött och onyttigt”. Eleven får exempelvis hjälp med att hantera sitt sötsug och hitta alternativ till sitt sockerintag.

### Rekvisita

500ml MER i flaska; 500ml Coca-Cola; godispåsar i varierad storlek, godisbitar i varierad storlek; tuggummin; HPÖ sockeraffischen; sockerbitar; bilder på veckodos av sött och onyttigt, plockepinn eller kortlek – lek istället för att mumsa

Exempel på egenordination:

- Begränsa eller undvika tillsatt socker och söta eller feta livsmedel

- Ersätta socker med smartare val
- Sluta dricka sötade drycker, till exempel läsk, MER, RedBull
- Hitta strategier för att hantera sockerintag bland kompisar, i skolcafeterian, på idrottsarenan, efter träning, på biografen med mera
- Hitta strategier för att stå emot sug och frestelser, till exempel rött/gult kort; rensa/låsa in frestelser; rörelseövningar; taktila övningar
- Arbeta med gränssättning gentemot familj/anhörig/vän genom att lyfta barnets vilja och önskan om att sluta öka i vikt
- Hitta strategier för att hantera känslouttryck på annat sätt än att smygäta/smygköpa
- Inrätta ett belöningsschema (ej mat) för att förstärka nya goda matvanor

### 3. Fysisk aktivitet och energibalans

För en elev som är fysiskt inaktiv, som inte deltar i skolidrotten och som efter skolan ofta blir stillasittande framför till exempel datorn eller teven, finns hjälp och stöd i blocket ”fysisk aktivitet och energibalans”. Eleven får exempelvis hjälp med att hitta möjlighet och lust till rörelse och tips kring praktiska verktyg som ökar mängden fysisk aktivitet.

#### Rekvisita

Hopprep; stegräknare; BORG-skalan; FaR blanketter; bild på energibalansen; ”hur går det på idrotten”

Exempel på egenordination:

- Öka vardagsmotionen, till exempel gå/cykla till skolan, ta trappor istället för hiss, inspirera till utelek
- Hitta/bejaka rörelseglädje genom att se över tillgängliga alternativ, till exempel hopprep, stegräknare, studsatta, fysiska dataspel (zombie run, zumba etc)
- Hitta någon i nätverket som kan inspirera till/vara med och delta i den fysiska aktiviteten
- Peppa genom till exempel egen musikspellista till promenaderna
- Kartlägga möjlighet till fysisk aktivitet i föreningslivet, exempelvis: vilken tid/dag passar, ekonomiska förutsättningar, extra stöd (FaR)
- Skapa förståelse för energibalansen genom veckovis vägning tillsammans med vuxen
- Se över och eventuellt justera sömnen - sov nio till tio timmar per natt
- Reglera antalet speltimmar eller förtjäna speltid genom ökad fysiskaktivitet
- Inrätta ett belöningsschema för att förstärka nya goda rörelsevanor

### 4. Självvärde och självkänsla

För den elev som lider av dålig självkänsla, som skäms över sin kropp och ofta tänker negativa tankar om sig själv finns blocket ”självvärde och självkänsla”. Eleven får exempelvis hjälp med att identifiera och hantera sina negativa tankar samt praktiskt träna på att tänka positivt om sig själv.

### Rekvisita

Spegel; bild på känslövågen; plus/minus; VAS-skala i siffror eller trafikljus; papper och färgpennor för ritprat; guldmedalj; "jag vaknar vacker"; "klumpen i magen"; "hur mår du på insidan"

Exempel på egenordination:

- Identifiera positiva och negativa tankar/känslor med plus-, och minuslista
- Hitta strategier som lyfter – inte sänker, till exempel "må-gott-bubbla"
- Kartlägg utanförskapskänsla – hitta någon att prata med detta om och bli sedd, till exempel mobbingteam
- Skriv ned/rita negativa tankar/känslor i en dagbok och avsluta varje sida med något positivt
- Öva självvärde framför spegeln – jag är bra, jag är bäst, jag gör mitt bästa
- Skapa frizon i hela hemmet där negativa och destruktiva kommentarer och handlingar inte får finnas
- Träna på positiva självvärdeslekar, exempelvis: följa John – jag är bra som jag är (för små barn)
- Träna på att "gå som en vinnare" – "jag gör mitt bästa och duger bra precis som jag är" (för större barn)
- Byt ut tröstätandet mot belöning i form av något som gör att både kropp och knopp mår bra

## 5. Rädsla och sjukdomar

För en del elever leder övervikten till en stark rädsla kopplat till olika sjukdomstillstånd, till exempel hjärtinfarkt och diabetes. I blocket rädsla och sjukdomar får eleven förståelse för de olika sjukdomstillstånden och hjälp att minska både risken och rädslan för sjukdomen.

### Rekvisita

Ritprat (sköterskan) kring diabetes och högt blodtryck; bild på "vislande hjärtat".

Exempel på egenordination:

- Skapa förståelse för energibalans och minska rädsla genom att uppleva viktstopp (steg 1)
- Minska rädsla genom att uppleva viktnedgång (steg 2)

## Snabba schemat och i egen takt

"Snabba schemat" och "I egen takt" är två tillvägagångssätt som tillämpas inom MittBpSamtal. Grunden och förutsättningen för båda sätten bottenar i att kunna ta till sig ny kunskap, samt att logistiskt få till det praktiska. Det handlar om att hitta vägar som eleven kan ta i sin vardag med föräldrar som stöd, till exempel att inspirera och hjälpa barnet till att sätta larm på mobilen för att komma ihåg att äta frukost eller mellanmål. Båda parter ska jobba – eleven med sina bitar och föräldrar med att exempelvis stöda

bort skräpmat och handla rätt mat. Föräldern behöver även lära sig stötta och peppa vid stunder som utmanar. Att sätta gränser på ett kärleksfullt och fördomsfritt sätt. Det kan vara när eleven känner sug, hunger eller har svårt att komma igång med träningen. Det kan också vara när barnet behöver hjälp med att vända den negativa självbilden eller vidmakthålla nya vanor.

”Snabba schemat” används när eleven vill skapa en snar förändring och är beredd att följa snabba schemats struktur till punkt och pricka. Schemat består av fem grundbultar som omgående medför viktstabilitet eller viktnedgång.



De fem grundbultarna är:

- Tre dl mat, resten grönsaker för barn tio år och uppåt. Föräldrar mäter alltid upp maten hemma.
- Tre timmar svettas i veckan. Fysisk aktivitet – vad gillar du att göra?
- Morgonvikt en gång i veckan. Viktstopp såklart! Alltid vägning tillsammans med vuxen
- Koll på socker. Obs! Allt som är sött triggas igång suget. Minska och byt ut till smartare alternativ
- Massa pepp! Från förälder, anhöriga och skolsystem. Inge hopp om att det går att lyckas

#### **Rekvisita (till hemmet)**

Snabba schemat; snabba resultat – smart förbränning; ät regelbundet, få stopp på suget; mellanmålet – det lilla målet; smarta sockertips; sockerkoll; sockerkoll – utrymmesschema; energibalans; svettas 60 min, tre gånger i veckan – ifyllningsschema; recept FaR; koll på vikt; egenordination; belöningschema; viktstopp; vakna vacker; medfödda styrkor i vår hjärna

”I egen takt” innehåller samma grundbultar som ”snabba schemat” men eleven gör förändringen i sin egen takt. Samtalsfokus ligger alltid enbart på de blocken som eleven har obalans i.

## Del 2. Samtalet

Tidschema för samtal:

Inledande kontakt med elev

Samtal 1 – uppstartssamtal

Samtal 2 – 2 veckor efter uppstartssamtal

Samtal 3 – 6 veckor efter uppstartssamtal

Samtal 4 – 10 veckor efter uppstartssamtal

Samtal 5 – 14 veckor efter uppstartssamtal

Elevkontroll – 3 månader efter samtal 5

De fem behandlingssamtalen är cirka 60 minuter långa. Om eleven ökar i vikt mellan träffarna behöver beslut fattas kring huruvida återbesökstiden ska tidigareläggas. Nedan beskrivs samtliga samtal i detalj.

	Block-obalans	Eleven	Föräldraegenskaper
Grön	Obalans i 1-2 block	Hjälp till självhjälp. Lättsam, villig, medveten, självgående	Vilja och förmåga att stödja
Gul	Obalans i 1-4 block	Villig, medveten, lätt ledsen/påverkad, relativt glad	Vilja och förmåga, saknar kunskap
Röd	Obalans i alla 5 block eller annat: NPF-diagnos, mobbad, kris i familj	Villig, ledsen, ensam, för svårt eller diagnos(er), mobbad, etc	Vill hjälpa sitt barn dock mycket skydd och försvar som påverkar förmågan att stödja. Det handlar om okunskap, osäkerhet eller oförmåga

### Inledande kontakt med elev

Det inledande samtalet sker vanligtvis via hälsosamtalet men i vissa fall även genom spontan kontakt på elevens initiativ. Samtalet är tänkt att ge en lägeskontroll samt skapa möjlighet att ge några enkla handfasta råd till eleven utifrån respektive block. Fokus ligger på elevens intresse och vilja och tanken är att samtalet ska inspirera och motivera till förändring, antingen med hjälp av föräldrar eller via hjälp till självhjälp.

Innehåll i samtal:

- Mätkontroll: längd-, vikt-, och BMI-kurva
- Psykiskt mående: VAS-skala med siffror eller smileys; ritprat (se beskrivning under rubriken "samtalsverktyg") med mera.
- Genomgång av elevens tillväxtkurva. Var är eleven nu och var kommer den hamna beroende på ex. viktstopp eller fortsatt viktökning
- Blockfokus (1-3 block) och anamnes (omfattning av anamnes är beroende av tillgänglig tid under samtalet)

- mat och portioner: portionsstorlek; antal portioner med mera.
- sött och onyttigt: mängd av sött och onyttigt; mysschema med mera.
- fysisk aktivitet och energibalans: skärmtid; stillasittande; vardagsmotion; föreningsaktivitet med mera.
- självvärde och självkänsla: att duga för sig själv; att lyckas genom att positiv förstärkning och fokusering, få förståelse för hur negativa tankar jobbar och skapar negativa känslor och låg självbild, att bryta den destruktiva processen.
- rädslor och sjukdomar: var finns rädslan och hur ser den ut med mera.
- eventuellt redan nu stödja eleven via egenordination om eleven vill komma igång innan första samtalet, exempelvis: hoppa läskan; minska antalet portioner
- eventuellt redan nu ta beslut kring användningen av "snabba schemat" eller "i egen takt"

## Inledande kontakt – föräldrar

Den inledande kontakten med föräldern sker via telefon från skolsköterskan med information och erbjudande om träffar med elev och förälder. Helst ska båda föräldrarna delta. Fokus under telefonsamtalet ligger på barnet och syftet är att förmedla barnets känslor och önskemål som framkommit i det inledande samtalet med eleven. Samtalet ska kännas hoppningivande och motivationshöjande för föräldern. Under samtalet berörs barnets tillväxtkurva och vilken typ av förändring som gynnar ett viktstopp/viktminskning. Tillväxtkurvan skickas därefter hem med ytterligare information om viktstopp/viktminskning.

## Samtal 1 (uppstartssamtal)

Uppstartssamtalet sker på skolsköterskans mottagning och både elev och föräldrar är närvarande. Mottagningsrummet ska vara trevligt inbjudande och gärna ha något taktilt att erbjuda när samtalen utmanar. Det kan vara en stressboll, pennor/papper att rita på eller VAS-skolor för både elev och förälder att visa känslan genom. Samtalet är tänkt att engagera både elev och förälder, med fokus på elevens vilja och motivation att stoppa viktuppgång.

Undersök alltid hereditet för fetma, eventuell underproduktion av sköldkörtelhormon eller annat sjukdomsrelaterat tillstånd som kan vara orsak till nuvarande vikt. Gör en ny vägning om det gått lång tid sedan föregående vägning och visa BMI-kurvan. Samtalet utgår från det/de block där obalansen finns och innefattar tillhörande rekvisita och samtalsverktyg. Inledande i samtalet används webbverktyget BP IT (10+ eller 13+ beroende på barnets ålder) som finns på webbplatsen [www.mittbp.se](http://www.mittbp.se). Under samtalet tas beslut kring huruvida eleven ska följa "snabba schemat" eller "i egen takt". Eleven gör förslag till egenordination och som komplement kan föräldern också ha en egenordination att utgå från för egen del. Det kan till exempel innefatta att föräldern följer med barnet på promenad tre dagar i veckan, att föräldern bara äter sött på lördagar eller att föräldern tränar på att säga nej i situationer som utmanar barnets målsättning.





#### Verktyg för att motivera föräldrar:

- Gränssättning: föräldrarna är ledare, inte kompisar. Barnet blir hjälpt genom tydliga gränser. Kärleksfullt men bestämt visar föräldern vägen. Sätt gränser i det barnet önskar hjälp med, exempelvis: skärmtid; antal portioner; sockerintag, komma igång med träning
- Ledarskap: att leda barnet till att själv få växa och utvecklas till en självständig individ som vet vad sunda levnadsvanor innebär. Föräldern ska hjälpa barnet att leda sig självt genom uppmuntran och bekräftelse i det som fungerar
- Ålderstrappan: undersök när barnet började lägga upp mat själv och om det är rätt mängd. Om barnet tar för mycket – lär om – gör rätt genom att föräldrarna alltid doserar mängden mat
- Tåget: se till i samtalet att du har alla med dig på tåget. Om någon förälder eller barnet verkar distraherade blir resultaten sämre. Fråga vad som krävs för att få personen engagerad. Ibland kan inte föräldern vara engagerad av egna skäl, fråga då om det finns andra personer i nätverket som kan vara resurs för barnet
- Teamet: familjen är ett team men det är föräldrarna som är ledare och har gemensamma regler kring när exempelvis mat och sötsaker äts, när skärmtid sker eller när det passar med träning i schemat. Enade föräldrar gör processen roligare och skapar bättre resultat
- Mållkurvan: prata nuläge och framtidsmål. Vilka hinder för att nå mål finns? Vilka möjligheter finns? Visualisera hur det känns att nå mål
- Piloten: bli piloten i ditt eget plan! Var och en behöver styra sitt eget plan, det går inte om man bara sitter vid sidan av och tittar på. Det finns både stöd och support att få men att förändra vanor är var och ens eget beslut
- Ansvar 50-50: vilka har ansvaret för att detta ska gå bra? Skolsköterskan kan stödja, peppa och hjälpa till 50 procent, resterande 50 procent är föräldrarnas ansvar
- Framtidsutsikter: alla överviktiga barn vill nå förändring. Desto tidigare en förändringsprocess inleds, desto större chanser till förändring i vikten. Om det överviktiga barnet inte når en förändring vet vi att det i vuxen ålder kan innebära exempelvis: svårigheter att få arbete; ökad risk för diabetes typ 2; högt blodtryck; hjärt- och kärlsjukdomar eller problem med fertiliteten

- Tillväxtkurva – viktstopp: Använd motivationshöjande samtal kring viktstopp genom att först visa på viktkurvan vad som händer om viktstopp sker och därefter visa vad som händer om viktökningen får fortsätta utan åtgärd

Se även över möjligheten att involvera ytterligare personer som extra stöd. Det kan till exempel vara: andra anhöriga än föräldern, släktingar, övrigt nätverk eller socialtjänst. Om familjen vill kan även skolans måltidspersonal, fritidspersonal, idrottslärare eller en mentor hjälpa till. Slutligen bokas ny tid för uppföljningssamtal.

## Samtal 2–5

Uppföljningssamtalen sker på sköterskans mottagning och både elev och föräldrar är närvarande med fokus på elevens vilja och motivation. Ny mätning av vikt genomförs och BMI-kurvan visas. Samtalet utgår från det/de block där obalansen finns och innefattar både rekvisita och samtalsverktyg. I samtalet används webbverktyget BP IT (återbesöksenkäten). Fokus ligger enbart på de positiva aspekterna:

- Vad har fungerat på din egenordination sedan sist vi sågs? Förstärk det som fungerar.
- Hur kändes det förut/hur känns det nu? Fånga måendet.
- Hur kan jag hjälpa dig idag? Möt upp eleven där den är i sin process. Lyssna in behov.
- Är det något du vill veta mer om för att nå dina mål? Erbjud kunskapspåfyllnad, fördjupning, upprepning.
- Vad har du fått med dig idag? Vilka är dina 3 steg till nästa gång vi ses? Ny egenordination.

Mot slutet av samtalet gör eleven förslag till ny egenordination (elevens eget förslag till förändring anpassat till där elev och familj befinner sig) utifrån valt blockfokus. Det kan innebära; bara popcorn och glass som lördagsgodis; mamma ska säga ”nej, bara en portion” när tjetet dyker upp. Egenordinationen kan vara en upprepning av tidigare mål, vidmakthållande av nuvarande mål eller tillägg av något nytt som kommit upp under samtalet. Blockfokus kan skifta från ett samtal till ett annat. Fokus är på elevens vilja och önskan.



## Elevkontroll

Elevkontrollen är till för att följa upp elevens framsteg och vanligtvis sker mötet mellan elev-skolsköterska på mottagningen. Ny mätning av längd och vikt samt visning av BMI-kurva med uppföljande samtal av hur det gått de senaste månaderna. Belys och förstärk elevens egen kraft och förmåga att påverka sin egen situation, att förändring är möjlig.

Sköterskan skickar hem kurvan plus kort anteckning med positiv bekräftelse till föräldrarna alternativt ringer om tid finns.

Framtida insatser är beroende av resultatet:

- Ingen viktökning: avsluta kontakt och återta eleven i den allmänna rutinkontrollen som sker årligen
- Liten viktökning: Identifiera i vilket block obalansen ligger. Använd lämpliga verktyg för att komma på banan igen; telefonsamtal hem eller erbjudande om ny tid för familjesamtal
- Stor viktökning: erbjud remittering till aktuell vårdenhet, till exempel BUMM

## Praktiska råd

### En tyst grupp

Barn och ungdomar med övervikt/fetma är ofta en tyst målgrupp, vi ska förstärka deras röst och vara extra lyhörda. En liten nickning eller ett svagt ”jag trivs inte med kroppen” behöver lyssnas till och förmedlas vidare till föräldrar, skolpersonal och övriga nätverk.

### Rätt till normalvikt

Alla barn och ungdomar har rätt till normalvikt om de själva önskar det. Vi vuxna ska hjälpa dem uppnå det. I samtalet är du barnets allierade. Tala till barnet i första hand, föräldrarnas bidrag i samtalet är något du efterfrågar vid behov. Att förmedla barnets ord, tankar och känslor kring att ha en för tung kropp är det som når fram och motiverar föräldrar, det som startar förändringsarbetet.

### Föräldrakontakt

Föräldrar vill hjälpa sina barn att lyckas. Det börjar med att Du skapar en relation och ett tillåtande klimat. Det är de mjuka orden som leder arbetet framåt. Uppmuntra det sunda som de berättar och gräv där du står utan pekpinna eller skrämsele. Var inte rädd för känslostormar som kan komma till ytan – övervikt är komplext.

### Situationsanpassat ledarskap

Att få hjälp med en tydlig struktur både muntligt och skriftligt ger ökad chans till genomförbarhet. Var konkret med rekvisita och bilder. Anpassa dig efter barnets behov och 'gräv där ni står'. Familjen har svaren. Lyssna, anpassa och ge tydliga råd. De flesta vet hur man ska göra för att minska i vikt genom att äta mindre och röra på sig mer. Skolsköterskans arbete ligger i att höra var det svåra finns och lösa upp det. Dels genom att själv våga vara ett stöd i jobbiga känslor och hålla familjen där och dels genom att inspirera till smartare val i vardagen samt bidra med kunskap där luckor finns.

### Övriga interna/externa aktörer

- Hemkunskapspedagogen – samverka kring exempelvis frukostmenyer. Komponerar smarta måltider att ta med till hemmet och lär barnen tyda innehållsdeklarationer.
- Idrottspedagogen – samverka kring extra stöd för de överviktiga eleverna, skapa miljö och möjlighet för att lyckas slå en kullerbytta eller stå på händer.
- Kökspersonal – samverka kring aktuella riktlinjer för kost. Kan miljön i matsalen utvecklas till ett mer lekfullt och hälsopedagogiskt rum?
- Lärarlaget – samverka kring nolltolerans av kränkande kommunikation och arbeta för en sockerfri skola i till exempel cafeteria, på utflykter eller runt högtider. Anordna grupparbeten kring vilseledande reklam och öka kunskapen kring till exempel dolt socker.
- Rektor – uppmuntra till att söka stadsbidrag för att förstärka elevhälsan, t.ex. medel för personalförstärkning för detta ändamål med hänvisning till SFS 2016:400, se skolverkets webbplats.
- Elevhälsoportalen – ett digitalt verktyg som syftar till att förse skolor och förskolor med tips och råd om evidensbaserade hälsofrämjande insatser.
- Föreningslivet – en del föreningar har specialiserat sig på arbete med föreningsinaktiva och överviktiga barn. Samverka genom att ta del av information kring hur familjerna kan komma dit eller bjud in till samverkan på skolan via till exempel idrottslyftet.

# Bilaga

## Webbverktyget BP IT

Webbverktyget BP IT innefattar två separata åldersbaserade enkäter för uppstartssamtal, 10+ för barn från 10 år samt 13+ för ungdomar från 13 år. Del 2 består av uppföljningsfrågor som ställs vid varje enskilt uppföljande samtal hos skolsköterskan.

### **Del 1. Enkäter för uppstartssamtal (10+ & 13+)**

#### **ENKÄT 10+ (enkät för barn från 10 år)**

Fråga 1-5, 11-17, 19-20, 22, 24 består av ifyllbara kommentarsfält som svarsalternativ.

Fråga 4, 6-10, 18, 21-23 består av en VAS-skala mellan 1-10 som svarsalternativ

\*Känslöknapp är en valbar emoji som med sin färg (t ex: röd, gul, grön) motsvarar något av följande svarsalternativ: dåligt; inte bra; varning; sådär; bra; kanon.

\*\*Fråga riktade till föräldrarna/vårdnadshavarna

\*\*\*Fråga riktad till skolsköterskan

1. Vill du ha hjälp med kroppen, att vikten passar med längden?
2. Hur känns det i dig när kroppen är för tung? Klicka på en känslöknapp\* som visar hur du känner.
3. Vad tänker du när kroppen är för tung. Klicka på en känslöknapp\* som passar dina tankar om det.
4. Utanför, retad, mobbad. Har du känt så någon gång?
5. Om kroppen var lättare, vad skulle hända för dig då?
6. Hur mycket önskar du att vikten passar med längden?
7. Hur mycket hjälp behöver du av oss vuxna?
8. Hur mycket är du beredd att satsa/kämpa?
9. Föräldrar. Ni är ett jätteviktigt stöd. Hur mycket är ni beredda att satsa för att hjälpa till och stötta på bästa sätt?\*
10. Sköterska, hur mycket kan du hjälpa till?\*\*\*
11. Vet du varför kroppen blivit för tung? När började det?
12. OK, vad behöver du börja med, för att komma i balans?
13. Hur går det för dig att äta lagom för din ålder och längd? (portionerna, mellanmålen, småätande?)\*
14. Hur går det med det söta/onyttiga för dig? Lördagsgodis eller ”lördag hela veckan”? (myset, godis, storleken på godispåsen, kompispodis, läsk, energidryck, glass, kakor?)\*
15. Hur är det med din ork och din styrka? (springa ikapp, klättra, snabbhet, på rasten, på idrotten, hänger du med?)\*
16. Hur är det för dig på din insida, det som inte syns? Pratar du snällt till dig själv? Eller trycker du ned dig själv? Klicka på rätt känslöknapp\* som visar hur du har det.

17. Hur är det med din hälsa? (Hur mår kroppen? Har du problem med något? Är du orolig för sjukdomar?)\*
18. Snabba schemat betyder att man äter 1 portion/person vid måltid, är fysiskt aktiv 3 timmar/vecka, äter lite godis samt kollar vikten 1gg/v. Kör man schemat perfekt minskar man med 2 kg/månad. Vi lovar. Är du intresserad att kolla mer på det?
19. Snart klara! Byt energi – ställ dig upp, sträck på dig! OK, nu har du fått massa smarta grejer du kan göra. Vad är du sugen på att börja med? Skriv ned 3 saker på ett vitt papper att ta med hem!
20. Nu har du verkligen jobbat bra. Vi börjar bli klara, så hur känns det just nu?\*
21. Hur stor är chansen att du fixar det som du bestämt här idag?
22. Föräldrastöd. Hur mycket kommer ni hjälpa till? Att sätta gränser, säga nej och kanske vara stränga? Kommer ni vara typ ”småpoliser”? Det behövs oftast! Det är ni som handlar maten! Det är ni som peppar och följer med till motionspasset! Det är ni som bestämmer över skärmtid, eller hur?\*\*\*
23. Sköterska, hur mycket kan du finnas med som stöd?\*\*\*
24. Om 2-3 veckor träffas vi här igen för att hålla motivationen på topp! Fyll i tid och datum nedan så kommer det med på utskriften som ni får med er hem.

### ENKÄT 13+ (enkät för ungdomar från 13 år)

Fråga 10-15; 19-26; 28-29; 31; 33 består av ifyllbara kommentarsfält som svarsalternativ.

Fråga 13-18; 27; 30-32 består av en VAS-skala mellan 1-10 som svarsalternativ

\*Känslknapp är en valbar emoji som med sin färg (t ex: röd, gul, grön) motsvarar något av följande svarsalternativ: dåligt; inte bra; varning; sådär; bra; kanon.

\*\*Fråga riktade till föräldrarna/vårdnadshavarna

\*\*\*Fråga riktad till skolsköterskan

1. Vill du ha hjälp med hur du kan göra för att få balans i kroppen? Att vikten passar med längden?
2. Hur är dina känslor när det handlar om kroppen? Klicka på rätt känslknapp\*, hur det känns för dig?
3. Hur går dina tankar om dig själv? Klicka på rätt känslknapp\* som visar hur du har det på insidan och rita gärna en bild om det på ett vitt papper.
4. Utanför, retad, mobbad. Har du känt något sådant? Om ja, hur mycket då?
5. Hur viktigt är det för dig att få hjälp så att vikten passar med längden?
6. Hur viktigt är det för dig att inte öka ett enda kilo till?
7. Hur mycket hjälp behöver du av oss vuxna för att nå dit du vill?
8. Hur mycket är du beredd att satsa?
9. Föräldrar. Ni är ett jätteviktigt stöd! Hur mycket är ni beredda att satsa för att hjälpa till på bästa sätt?\*\*\*
10. Vet du varför det har blivit såhär, att kroppen blivit ”för tung” för sin längd? Vad har hänt? Hur började det?
11. OK, om du vet varför kroppen blivit för tung, vad behöver du då sluta med eller börja med?
12. När kroppen hamnat i obalans beror det ofta på att man har svårt i något eller några av de 5 blocken: Mat & portioner – det blir för mycket; Sött och onyttigt – det blir för ofta; Fysisk aktivitet och energibalans – det blir för lite; Självkänsla och självvärde – tänker eller känner dåligt om mig själv; Rädslor och sjukdomar – problem eller oro att bli sjuk. Skriv vilket eller vilka block som är svåra för dig.
13. Hur går det för dig att äta lagom mycket för din ålder och kroppsstorlek? (portionerna, mellanmålen, småätandet).\*
14. Hur går det med det söta/onyttiga för dig? Lördagsgodis eller ”lördag hela veckan”? (myset, godis, storleken på godispåsen, kompisgodis, läsk, energidryck, glass, kakor).\*
15. Hur är det med din ork och din styrka? (springa ikapp, flåset, snabbhet, få godkänt idrottsbetyg, vara med i en idrottsförening).\*
16. Hur har du det på din insida, det som inte syns? Pratar du snällt till dig själv? Eller trycker du ned dig själv? Klicka på rätt känslknapp\* som beskriver hur du känner och tänker om dig själv.
17. Hur är det med din hälsa? (Hur mår kroppen? Har du problem med något? Är du orolig för sjukdomar?\*
18. Snabba schemat betyder att man äter 1 portion/person vid måltid, är fysiskt aktiv 3 timmar/vecka, äter lite godis samt kollar vikten 1gg/v. Kör man schemat

perfekt minskar man med 2 kg/månad. Vi lovar. Är du intresserad att kolla mer på det?

19. Snart klara! Byt energi – ställ dig upp, sträck på dig – sätt dig igen! OK, nu har du fått en massa kunskap om hur man kan göra. Vad är du sugen på att börja med? Skriv ned 3 saker på ett vitt papper att ta med hem!
20. Nu har du verkligen jobbat bra. Vi börjar bli klara, så hur känns det i dig just nu?\*
21. Hur stor är chansen att du fixar det som du bestämt här idag?
22. Föräldrastöd. Hur mycket kommer ni hjälpa till? Att sätta gränser, säga nej och kanske vara stränga? Kommer ni vara typ ”småpoliser”? Det behövs oftast! Det är ni som handlar maten! Det är ni som peppar och följer med till motionspasset! Det är ni som bestämmer över skärmtid, eller hur?\*\*\*
23. Stöd av sköterskan. Hur mycket kan du finnas som stöd?\*\*\*\*
24. Om 2-3 veckor träffas vi här igen för att hålla motivationen på topp! Fyll i tid och datum nedan så kommer det med på utskriften till hemmet.



## Del 2. Uppföljande enkät

Fråga 1-7, 10-14, 16-17 består av ifyllbara kommentarsfält som svarsalternativ.

Fråga 12-15 består av en VAS-skala mellan 1-10 som svarsalternativ

\*Känsloknapp är en valbar emoji som med sin färg (t ex: röd, gul, grön) motsvarar något av följande svarsalternativ: dåligt; inte bra; varning; sådär; bra; kanon.

\*\*Fråga riktade till föräldrarna/vårdnadshavarna

\*\*\*Fråga riktad till skolsköterskan

1. Hur känns det att komma hit idag? Välj den känsloknapp som känns rätt för dig just nu.\*
2. Visste du att vi mår som vi tänker? Så idag har vi bara fokus på de förändringar som fungerat, OK?
3. Är det något som du fixat på egenordinationen, men det har varit svårt, kanske till och med jättesvårt?
4. OK, föräldrar vad har fungerat för er? Hur har det gått med att handla smart? Kanske, bli en strängare förälder, fixa och dona, hämta och lämna, följa med? Ja, föräldrasakerna?\*\*\*
5. Hur tycker du att det har gått för föräldrarna? Har du fått den hjälp du behöver?\*
6. Har du funderat över om det är något mer som du vill passa på att fråga om eller lära dig om idag?
7. Föräldrar. Behöver ni fylla på med mer kunskap inom något block eller något tips kring ert ledarskap?\*\*\*
8. Ej fråga. Enbart länkar till kunskapsstöd på mittbp.se
9. Ej fråga. Enbart länkar till kunskapsstöd på mittbp.se
10. Snart klara! Byt energi – ställ dig upp, sträck på dig! OK, nu har du fått massa smarta grejer du kan göra. Vad är du sugen på att börja med? Skriv ned 3 saker på ett vitt papper att ta med hem!
11. OK föräldrar, hur kan ni fortsätta att stötta ert härliga barn på rätt sätt? Ta varsitt papper och skriv ned 3 saker ni kan bidra med för att ert barn ska nå sitt mål.\*\*
12. Hur mycket hjälp behöver du av oss vuxna?
13. Hur mycket är du beredd att satsa/kämpa tills nästa gång vi ses?
14. Föräldrar. Ni är jätteviktigt stöd, hur mycket är ni beredda att satsa för att hjälpa till och stötta ert barn på bästa sätt?\*\*\*
15. Sköterska, hur mycket kan du finnas med som stöd?\*\*\*
16. Nu har du verkligen jobbat bra! Vi börjar bli klara! Hur känns det i dig just nu?\*
17. Om 4 veckor träffas vi här igen för att hålla motivationen på topp! Fyll i tid och datum nedan så kommer det med på utskriften att ta med hem.

# Bilaga 2. Checklista BCT i MittBpSamtal

## CHECKLISTA beteendeförändringstekniker i MittBpSamtal

Kod ..... Samtal ..... Datum .....

Aktiv	Behavior change technique	Exempel	Kommentar
<b>1. Goals and planning – Mål och planering</b>			
	<b>1.1 Goal setting (behaviour) – Målsättning (beteende) – sätta eller komma överens om ett beteendemål inom området som ligger i fokus, t.ex. mat eller fysisk aktivitet</b>	Komma överens om/ bestämma/sätta mål om 3 dl mat, resten grönsaker, gå 5 dagar/vecka	
	<b>1.2 Problem solving - Problemlösning – analysera eller uppmana till att analysera faktorer som påverkar det icke önskvärda beteendet och hitta lösningsfokuserade strategier</b>	Be eleven analysera problemet och hitta strategier: ta ett tuggummi när kompisarna köper godis	
	<b>1.3 Goal setting (outcome) – Målsättning (utfall) – sätta eller komma överens om ett positivt utfallsmål som förändringen ska leda till</b>	Sätta mål om eller komma överens om viktstopp; viktminskning	
	<b>1.4 Action planning – Handlingsplanering – uppmana till planering av beteende (måste inkludera sammanhang, frekvens, varaktighet eller intensitet)</b>	Uppmuntra planering av promenad varje lördagsmorgon; boxning varje torsdag klockan 19	
	<b>1.5 Review behavior goal(s) – Genomgång av beteendemål – gå igenom tidigare satta beteendemål och vid behov modifiera</b>	Gå igenom beteendemål tillsammans: Fortsätt med promenad 5 ggr/vecka eller byt till cykel	
	<b>*1.6 Discrepancy between current behavior and goal – Diskrepans mellan nuvarande beteende och målbeteende</b>		
	<b>1.7 Review outcome goal(s) – Genomgång av utfallsmål – gå igenom tidigare satta utfallsmål och vid behov modifiera</b>	Gå igenom utfallsmål tillsammans. Behåll mål om viktnedgång eller ändra.	
	<b>*1.8 Behavioral contract – Beteendeförändringskontrakt</b>		
	<b>1.9 Commitment – Förpliktelse – be eleven bekräfta åtagande om att göra beteendeförändring</b>	Be eleven bekräfta/försäkra: Egenordination – jag kommer prioritera träning 3 dag/vecka	
<b>2. Feedback and monitoring – Återkoppling och registrering</b>			
	<b>*2.1 Monitoring of behavior by others without feedback - Observera beteende utan återkoppling</b>		
	<b>2.2 Feedback on behavior – Återkoppling på beteende – observera/mät beteendet och ge återkoppling</b>	Gå igenom antalet steg/dag på stegräknaren under senaste veckan	
	<b>2.3 Self-monitoring of behaviour – Självregistrering av beteende – utveckla metod för eleven att själv dokumentera beteende</b>	Planera hur eleven ska dokumentera antal steg/dag; antal FA-pass/vecka	
	<b>2.4 Self-monitoring of outcome(s) of behaviour – Självregistrering av utfall – utveckla metod för eleven att själv dokumentera utfall</b>	Planera hur eleven ska dokumentera vikt. Vägning i hemmet 1ggn/vecka	
	<b>*2.5 Monitoring of outcome(s) of behavior without feedback – Registrering av utfall utan återkoppling</b>		
	<b>2.6 Biofeedback – Återkoppling av biologiskt hälsoutfall – ge feedback avseende kroppen med mätinstrument</b>	Ge feedback från instrument: Genomgång av viktkurva	
	<b>2.7 Feedback on outcome(s) of behaviour – Återkoppling på beteendeutfall – observera/mät utfall och ge återkoppling</b>	Väg eleven vid uppföljande träff hos skolsköterskan och ge feedback	

3. Social support – Socialt stöd			
	3.1 Social support (unspecified) – Ospecificerat socialt stöd – ge råd om eller arrangera för socialt stöd	Be föräldrarna uppmuntra till dagliga promenader	
	3.2 Social support (practical) – Praktiskt socialt stöd – ge råd om eller arrangera för praktiskt stöd	Be en förälder ställa fram vågen varje fredag morgon	
	3.3 Social support (emotional) – Känslomässigt socialt stöd – ge råd om eller arrangera för känslomässigt stöd	Be en förälder följa med som känslomässigt stöd för att köpa nya träningskläder	

4. Shaping knowledge – utveckla kunskap			
	4.1 Instruction on how to perform the behavior – Instruktion hur man utför beteendet – ge råd om hur man utför beteendet	Ge råd om hur man gör "spegelträning"; hur man tar 3dl mat - resten grönsaker	
	4.2 Information about antecedents – Information om vad som leder till ett beteende – informera om vad som leder till ett visst beteende	Informera om situationer som kan trigga beteende. Be eleven ge exempel på när hen äter godis och varför den gör det just då	
	*4.3 Re-attribution – Skylla på någon annan anledning		
	*4.4 Behavioral experiments – Beteendexperiment		

5. Natural consequences – Naturliga konsekvenser			
	5.1 Information about health consequences – Information om hälsokonsekvenser - informera om konsekvenser för hälsan av ett visst beteende	Informera om hälsoriskerna med övervikt/fetma ser ut t.ex. diabetes; högt blodtryck	
	*5.2 Salience of consequences – Tydliggöra hälsokonsekvenser		
	5.3 Information about social and environmental consequences – Information om sociala- och miljökonsekvenser - informera om sociala och miljömässiga konsekvenser kopplat till ett visst beteende	Informera om konsekvensen av övervikt/fetma angående t.ex. skolk; framtida jobb; fertilitet; utanförskap	
	*5.4 Monitoring of emotional consequences – Registrering av känslomässiga konsekvenser		
	*5.5 Anticipated regret – Förväntad besvikelse		
	5.6 Information about emotional consequences – Information om känslomässiga konsekvenser – informera om känslomässiga konsekvenser av att utföra ett visst beteende	Berätta att fysisk aktivitet eller spegelövning kan påverka elevens självkänsla och självförtroende positivt	

6. Comparison of behavior – Jämförelse av beteende			
	6.1 <b>Demonstration of the behavior – Konkret visning av beteende</b> – visa hur ett beteende kan utföras, t.ex. på bild eller film	Visa bild på hur det ser ut när 3dl mat ligger på tallriken	
	*6.2 <b>Social comparison – Social jämförelse</b>		
	*6.3 <b>Information about others approval – Information om andras godkännande</b>		

7. Association - Association			
	7.1 <b>Prompts/cues – Ledtrådar/påminnelser – föreslå ledtrådar/påminnelser som hjälper till att främja beteendet</b>	Föreslå att sätta en påminnelsslapp på badrumsspegeln om "spegelträning"	
	7.2 <b>Cue signalling reward – Signallera belöning – inför någon form av belöning efter ett specifikt beteende, men inte för något annat</b>	Föreslå lappar i burk som belöning efter fysisk aktivitet; guldstjärnor vid nyttigare godisalternativ	
	*7.3 <b>Reduce prompts/cues – Minska antalet ledtrådar</b>		
	*7.4 <b>Remove access to the reward – Ta bort tillgång till belöning</b>		
	7.5 <b>Remove aversive stimulus – Ta bort motbjudande stimuli – ge råd om eller arrangera för att ta bort de beteenden/handlingar som inte främjar förändring</b>	Be föräldrar om att sluta <u>tiata</u> om träningen	
	*7.6 <b>Satiation - Mättnad</b>		
	*7.7 <b>Exposure - Exponering</b>		
	*7.8 <b>Associative learning – Associativt lärande</b>		

8. Repetition and substitution – Upprepning och substitution			
	8.1 <b>Behavioral practice/rehearsal – Beteendeträning – uppmuntra att öva på beteendet när det inte är nödvändigt, för att skapa vana och förbättra utförandet</b>	Uppmuntra till övning i nya/fler situationer: spegelträning; styrkeövning	
	8.2 <b>Behavior substitution – Ersätt beteende – uppmuntra till att byta beteende från det som är mindre bra till ett neutralt/bättre</b>	Uppmuntra till att byta ut en timme av skärmtiden till en timmes promenad; borsta tänderna istället för godis	
	8.3 <b>Habit formation – Skapa vana – uppmuntra övning av beteendet i en specifik miljö/situation så att miljön/situationen stärker vanan</b>	Uppmuntra till att väga sig varje fredag, direkt på morgonen	
	8.4 <b>Habit reversal – Ändra vana – uppmuntra till att öva på ett nytt beteende som ersätter ett gammalt oönskat</b>	Uppmuntra till att öva på att ta trappan istället rulltrappan	
	*8.5 <b>Overcorrection - Överkorrektion</b>		
	8.6 <b>Generalisation of target behavior - Generalisera målbeteendet – ge råd om att utföra det önskade beteendet som redan görs i en situation, i ytterligare situationer</b>	Ge råd om att ta trapporna överallt, precis som eleven redan gör i skolan	
	8.7 <b>Graded tasks – Stegvisa uppgifter – börja ett nytt beteende enkelt och öka sen svårighetsgraden</b>	Be eleven att trappa upp träningsprogram enligt egenordination	

9. Comparison of outcomes – Jämföra utfall			
	<b>*9.1 Credible source - Trovärdiga exempel</b>		
	9.2 Pros and cons – Argument för och emot – ge råd om att jämföra för- och nackdelar med att ändra beteende	Be eleven jämföra fördelar och nackdelar med hälsosamma vanor	
	9.3 Comparative imagining of future outcomes – Jämförande föreställningar av framtida utfall – uppmuntra till jämförelse mellan hur det kommer kännas i kroppen efter viktneidgång/viktuppgång	Be eleven beskriva tankar/känslor kring framtida viktcurvan beroende på upp-/nedgång	

10. Reward and threat – Belöning och hot			
	10.1 Material incentives (behavior) – Materiell uppmuntran – informera om materiell belöning vid beteendeförändring	Informera eleven om att hen får biobiljett av föräldern efter 10 träningspass	
	10.2 Material reward (behavior) – Materiella belöningar – se till att det kommer bli en materiell belöning vid beteendeförändring	Arrangera så att eleven får biobiljett av förälder som belöning efter 10 träningspass	
	10.3 Non-specific reward – Ospecifik belöning – se till att det kommer bli en ospecifik belöning vid beteendeförändring	Arrangera så att eleven får någon form av belöning av föräldrar efter 10 träningspass	
	10.4 Social reward - Social belöning – berömma/peppa vid beteendeförändring eller försök till förändring	Beröm eller peppa eleven efter promenad	
	10.5 Social incentive – Social uppmuntran – informera om att eleven kommer få beröm/pepp vid försök till förändring eller förändring sker	Informera om att eleven kommer få beröm när hen försökt eller genomfört förändring	
	10.6 Non-specific incentive – Ospecifik uppmuntran – informera om ospecifik belöning vid beteendeförändring	Informera eleven om att hen får någon form av belöning efter 10 träningspass	
	10.7 Self-incentive – Självuppmuntran – uppmuntra till att planera för att belöna sig själv vid beteendeförändring	Uppmuntra eleven och föräldrarna att fixa lappar med roliga saker att göra att dra ur burk som belöning	
	10.8 Incentive (outcome) – Uppmuntran vid måluppfyllelse – informera om belöning vid uppnått mål	Informera om att eleven kommer få guldstjärna vid varje viktstopp/minskning efter vägning	
	10.9 Self-reward - Självbelöning – uppmuntra till egen belöning vid önskat beteende	Uppmuntra eleven och föräldrarna att belöna sig med biofilm efter visst antal träningspass	
	10.10 Reward (outcome) – Belöning vid måluppfyllelse – se till att det kommer bli belöning vid framsteg mot målet eller uppnått mål	Se till att eleven får överenskommen biofilm från föräldrarna efter viktstopp i 3 månader	
	<b>*10.11 Future punishment – Framtida straff</b>		

11. Regulation - Reglering			
	<b>*11.1 Pharmacological support - Läkemedelsstöd</b>		
	<b>11.2 Reduce negative emotions – Minska negativa känslor</b> – ge råd om sätt att minska negativa känslor för att underlätta utförandet av beteendet	Ge råd om spegelträning för ökad självkänsla	
	<b>11.3 Conserving mental resources – Bevara mentala resurser</b> – ge råd om sätt som minskar den kognitiva ansträngningen för att underlätta beteendeförändring	Ge råd om att alltid använda dl-mått när eleven lägger upp mat	
	<b>*11.4 Paradoxical instructions – Motstridiga instruktioner</b>		

12. Antecedents - Förelöpare			
	<b>12.1 Restructuring the physical environment – Ändra den fysiska miljön</b> – ändra eller ge råd om att ändra i den fysiska miljön för att underlätta beteendeförändring	Ge råd om/föreslå att förvara kakor högst upp i skåpet; att inte ha skräpmat hemma	
	<b>12.2 Restructuring the social environment - Ändra den sociala miljön</b> – ändra eller ge råd om att ändra i den sociala miljön för att underlätta beteendeförändring	Ge råd om/föreslå att börja umgås mer med vänner som idrottar	
	<b>12.3 Avoidance/reducing exposure to cues for the behavior – Minska exponering för omständigheter som leder till oönskat beteende</b> – ge råd om att undvika eller reducera möjligheten till det ohälsosamma beteendet	Ge råd om/föreslå att inte följa med till affären när kompisarna ska köpa godis	
	<b>12.4 Distraction - Distraktion</b> – ge råd om eller ordna alternativ som distraherar	Ge råd om/föreslå att meditera när godissuget kommer	
	<b>12.5 Adding objects to the environment – Lägg till objekt i omgivningen</b> – lägg till verktyg/föremål som underlättar det nya beteendet	Dela ut dl-mått att mäta mat eller be föräldern ändra tallriksstorlek	
	<b>12.6 Body changes - Kroppsförändringar</b> – förändra kroppen för att underlätta beteendeförändring	Uppmuntra till att skaffa hjälpmedel för att kunna utföra fysisk aktivitet	

13. Identity - Identitet			
	<b>13.1 Identification of self as role model – Identifiera sig själv som förebild</b> – informera om att det egna beteendet kan vara förebild för andra	Informera föräldrar att de kan vara förebild för sina barn; barnet för andra barn	
	<b>13.2 Framing/reframing – Skapa en ny identitet</b> – föreslå ett nytt sätt att tänka för att förändra tankar och känslor kring beteendet	Föreslå ett nytt sätt att tänka: Istället för "jag får inte äta godis" - "jag får äta frukt och det mår min kropp bra av"	
	<b>*13.3 Incompatible beliefs – Oförenliga tankar</b>		
	<b>13.4 Valued self-identity - Värderad självidentitet</b> – föreslå att skriva om styrkor som bekräftar personens identitet som en del av beteendeförändrings-strategi	Föreslå att skriva en lista på personliga styrkor. Vid återbesök "vad har gått bra sen sist?"	
	<b>13.5 Identity associated with changed behavior – Identitet associerad med ändrat beteende</b> – ge råd om att skapa en ny identitet som någon som "tidigare hade det oönskade beteendet"	Be eleven att tänka på sig själv som f.d. otränad. "Så där mår jag förut – nu mår jag såhär"	

14. Scheduled consequences – Planerade konsekvenser			
	*14.1 Behavior cost – Kostnad av beteendet		
	*14.2 Punishment - Straff		
	*14.3 Remove reward – Ta bort belöning		
	*14.4 Reward approximation – Belöna försök till beteendeförändring		
	*14.5 Rewarding completion – Belöna genomförd beteendeförändring		
	14.6 Situation-specific reward – Situationsspecifik belöning – arrangera för belöning för att göra beteende i en situation men inte i annan	Se till att eleven får guldstjärna för att äta vid måltider men inte mellan måltider	
	*14.7 Reward incompatible behavior – Beteende som inte ger belöning		
	14.8 Reward alternative behavior – Belöna alternativt beteende – arrangera för belöning för att göra ett alternativt beteende istället för det oönskade	Se till att eleven får guldstjärna för val av fruktspekt istället för smågodis	
	*14.9 Reduce reward frequency – Minska belöningsfrekvensen		
	*14.10 Remove punishment- Ta bort straff		

15. Self-belief - Självövertygelse			
	15.1 Verbal persuasion about capability – Verbal övertygelse om förmåga – uppmuntra personen till att hen kommer att klara av förändringen/nya beteendet	Uppmuntra till att eleven kommer klara joggingturen	
	15.2 Mental rehearsal of successful performance – Mental repetition av framgångsrik föreställning – ge råd om att öva på att föreställa sig att göra beteendet på ett lyckat sätt	Ge råd om att öva på att föreställa sig framgång, "Gå som en vinnare"	
	15.3 Focus on past success – Fokusera på tidigare framgång – ge råd om att tänka på vad som gått bra sedan sist	Be eleven berätta om framgångar den senaste veckan; göra lista över sådant som funkat bra	
	15.4 Self-talk - Självövertalning – uppmuntra till att prata positivt till sig själv inför och under det nya beteendet	Uppmuntra eleven till spegelträning; peppa sig själv inför/under träningspass	

16. Covert learning – Dold inlärning			
	*16.1 Imaginary punishment – Imaginärt straff		
	16.2 Imaginary reward – Imaginär belöning – ge råd om att föreställa sig hur det kommer vara sen, hur eleven kommer må efter förändring	Be eleven rita/beskriva hur hen kommer må efter positiv viktförändring	
	*16.3 Vicarious consequences – Ställföreträdande konsekvenser		

\*Förekommer ej i samtalsmetoden







ISBN 978-91-87691-56-0



**Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING