

Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping

# Hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa

– en utmanande uppgift

Marie Golsäter



HÄLSOHÖGSKOLAN  
HÖGSKOLAN I JÖNKÖPING

DISSERTATION SERIES NO. 26, 2012

JÖNKÖPING 2012

© Marie Golsäter, 2012

Publisher: School of Health Sciences  
Print: Ineko AB

ISSN 1654-3602  
ISBN 978-91-85835-25-6

*Till alla barn och ungdomar*



# Sammanfattning

Det övergripande syftet med avhandlingen var att utforska och beskriva hälsosamtal utifrån elevers och sjuksköterskors perspektiv samt den verbala interaktionen dem emellan i kontexten av ett strukturerat hälsoverktyg.

I fokusgrupper har 74 elever och 23 skolsköterskor deltagit och ytterligare 14 sjuksköterskor har intervjuats individuellt. För att utforska den verbala interaktionen har 24 hälsosamtal med elever och skolsköterskor videoinspelats. Kvalitativ innehållsanalys har använts vid analysen av intervjuerna och den verbala interaktionen har analyserats kvantitativt med den pediatrika versionen av Roter Interaction Analysis System.

Om hälsosamtalen baserades på elevens egen situation beskrevs de som en process som gav möjligheter att påverka den egna hälsan. En förutsättning för ett elevcentrerat hälsosamtal var att eleverna var förberedda, kände sig delaktiga och respekterade samt att deras egen upplevelse var i centrum. Skolsköterskornas agerande hade avgörande betydelse för elevens upplevelse av och möjligheter att dra nytta av hälsosamtalet utifrån sina egna behov och önskningar. Ett hälsoverktyg kunde understödja samtalet genom att ge en struktur, öppna upp för en diskussion och öka förståelsen för individens situation. Hälsoverktyget kunde också hjälpa till att överföra information på såväl individ- som gruppnivå. I hälsosamtalen stod skolsköterskorna för den största delen av antalet yttranden. Eleverna agerade främst genom att berätta om sin hälsa och sina levnadsvanor och samtyckta till det sjuksköterskorna sa. Skolsköterskorna ställde frågor om hälsa och levnadsvanor och stämde av med eleverna för att förvissa sig om att de hade uppfattat eleven rätt. En dryg tredjedel av skolsköterskornas yttranden hade som syfte att göra eleverna aktiva och delaktiga i samtalen.

Sammanfattningsvis beskrevs hälsosamtalen som en möjlighet till ökad kunskap och insikt om den egna hälsan men avgörande var att mötet var elevcentrerat. Det ligger en utmaning i att anpassa hälsosamtalet utifrån varje elevs behov och önskningar och där kan ett hälsoverktyg bidra med struktur och understödja samtalet.

# Abstract

The overall aim of this thesis was to explore and describe health dialogues from pupils' and nurses' perspectives as well as the verbal interaction between them, in the context of a structured health and lifestyle tool.

Seventy-four pupils and 23 school nurses participated in focus group interviews, and further 14 nurses participated in individual interviews. To explore the verbal interaction, 24 health dialogues with pupils and school nurses were recorded using a video camera. The data from the interviews were subjected to qualitative content analysis and the verbal interactions were analysed using the paediatric version of the Roter Interaction Analysis System.

Health dialogues based on the pupil's own situation were described as a process that provided them opportunities to influence their own health. Prerequisites for a pupil-centered health dialogue were that the pupils were prepared, felt respected and like active participants, and that their own experiences were in focus. How the nurses acted was crucial to the pupils' experience of and possibility to benefit from of the health dialogue based on their own needs and wishes. A health and lifestyle tool could support the dialogue by constituting a structure, open up for discussion and contribute to an understanding of the individual's situation. The tool could also facilitate the transmittal of health information on an individual as well as a group level. In terms of utterances in the dialogues, the school nurses were the ones who talked the most. The pupils most frequently gave information about their lifestyle and agreed with the nurses. The nurses asked questions and provided information about lifestyle, and checked that they had understood the pupils. Just over a third of the nurses' verbal interaction approaches were aimed to make the pupil more active and participatory in the dialogues.

In conclusion, the health dialogues were described as an opportunity to gain knowledge about and insight into health and lifestyle, but a pupil-centered dialogue was considered crucial. The challenge is to adapt the health dialogue based on each pupil's needs and wishes, and a health and lifestyle tool could contribute structure and support the dialogue.

# Originalartiklar

Avhandlingen är baserad på följande artiklar, vilka hänvisas till med romerska siffror i texten

## Artikel I

Golsäter, M., Enskär, K., Lingfors, H., & Sidenvall, B. (2009). Health counselling: parental-oriented health dialogue - an innovation for child health nurses. *Journal of Child Health Care*, 13(1), 75-88.

## Artikel II

Golsäter, M., Sidenvall, B., Lingfors, H., & Enskär, K. (2010). Pupils' perspectives on preventive health dialogues. *British Journal of School Nursing*, 5(1), 26-33.

## Artikel III

Golsäter, M., Sidenvall, B., Lingfors, H., & Enskär, K. (2011). Adolescents' and school nurses' perceptions of using a health and lifestyle tool in health dialogues. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2573-2583.

## Artikel IV

Golsäter, M., Lingfors, H., Sidenvall, B., & Enskär, K. Health dialogues between pupils and school nurses; a description of the verbal interaction. (Inskickad för publicering)

Artiklarna har tryckts med tillstånd från respektive tidskrift.

# Innehåll

<b>Tack</b>	<b>10</b>
<b>Definitioner</b>	<b>12</b>
<b>Förkortningar</b>	<b>13</b>
<b>Introduktion</b>	<b>14</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>16</b>
Hälsa	16
Hälsofrämjande arbete	17
Hälsofrämjande omvårdnad	18
Hälsofrämjande omvårdnad för barn och ungdomar	20
Hälsosamtal	22
Hälsosamtal med barn och ungdomar	24
Verktyg vid hälsosamtal	27
<b>Motiv för studien</b>	<b>29</b>
<b>Syfte</b>	<b>30</b>
<b>Metod</b>	<b>31</b>
Design	31
Avhandlingens inramning och sammanhang	32
Utveckling av hälsoverktyg för hälsosamtal inom skolhälsovården	32
Urval och deltagare	38
Studie I	38
Studie II	38
Studie III	38
Studie IV	39
Datainsamling	39
Individuella intervjuer	39
Fokusgrupper	40
Videoinspelningar	41
Analys	42
Innehållsanalys	42
Kvantitativ analys av videoinspelningarna	43
Trovärdighet	44
Etiska överväganden	45
<b>Resultat</b>	<b>49</b>
Elevers uppfattningar om hälsosamtal och hälsoverktyg (II, III)	49
Fokus på mig och min situation	50
Möjlighet att påverka min egen hälsa	52
Sjuksköterskors erfarenheter av och uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyg i hälsosamtal (I, III)	53



Understödjer samtalet	54
Ökar förståelsen för individens situation	56
Innehåll och verbal interaktion i hälsosamtal mellan elever och skolsköterskor (IV)	57
<b>Diskussion</b>	<b>59</b>
Resultatdiskussion	59
Elevcentrerade hälsosamtal	59
Hälsosamtalets möjligheter och hinder för att främja hälsa	63
Hälsoverktygets betydelse för hälsosamtalet	67
Hälsosamtalen som en del av skolans hälsofrämjande arbete	70
Övergripande förståelse av hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa.	73
Metoddiskussion	74
Deltagare och urval	74
Datainsamling	75
Individuella intervjuer	75
Fokusgrupper	76
Videoinspelningar	77
De kvalitativa analyserna	78
De kvantitativa analyserna	78
<b>Slutsatser</b>	<b>80</b>
Betydelse för omvårdnaden	81
Fortsatt forskning	81
<b>Referenser</b>	<b>83</b>

# Tack

Detta avhandlingsarbete har utförts vid Forskarskolan Hälsa och Välfärd, Hälsohögskolan, Jönköpings Högskola. Jag vill tacka Hälsohögskolan, Futurum – Akademin för Hälsa och Vård Jönköpings läns landsting samt Ebba Danelius fond för finansiellt stöd.

Att genomföra forskarutbildningen hade inte varit möjligt utan engagemang och stöd från andra. Jag känner stor tacksamhet till alla Er som på något sätt bidragit och varit delaktiga till denna avhandling.

Jag vill rikta ett särskilt TACK till:

De barn och ungdomar som deltagit i studierna och med stor entusiasm och intresse delat med sig av sina erfarenheter och uppfattningar om hälsosamtal.

De sjuksköterskor inom barn- och skolhälsovården i Jönköpings län som på olika sätt har deltagit i studierna.

Karin Enskär, min huvudhandledare. Tack för att du med din vetenskapliga kunskap, ditt stora engagemang och din tilltro till min förmåga har fört avhandlingsarbetet framåt.

Birgitta Sidenvall och Hans Lingfors, mina bihandledare. Tack för ert stöd, vetenskapligt kunnande och alla konstruktiva råd.

CHILD gruppen vid Högskolan i Jönköping, för gemenskap och konstruktiva diskussioner.

Doktorander vid Forskarskolan Hälsa och Välfärd, för konstruktiva och givande seminarier samt värdefulla ”fikapauser”.

Pro colloquio, för alla livliga samtal om forskningens och livets olika sidor.

Marit Silén och Linda Johansson, så roligt vi haft tillsammans! Tack för att har gjort den här tiden så innehållsrik.

Arbetskamrater på Hälsohögskolan för trevlig arbetsgemenskap. Ett särskilt tack till Lennart Christensson, för all uppmuntran, handledning och trevligt sällskap på tåget. Thomas Johansson för all hjälp med bokning av bilar och rum samt Joachim Göransson - Hill för all hjälp när mina kunskaper om datorer inte räckt till.

Maria Harder och Anna Jonsson för alla givande diskussioner om både forskningen och livet.

Mina vänner och släktingar för trevlig och avkopplande gemenskap samt stöd och uppmuntran. Ett särskilt tack till Annelie för långa promenader och ”språklig hjälp”.

Till min familj, Björn, Erik och Linnéa, tack för att ni finns och berikar mitt liv på så många sätt. Utan er hade detta inte varit möjligt.

Jönköping,  
Januari 2012

*Marie Golsäter*

# Definitioner

**Barndialogen:** En plattform för samarbete mellan Jönköpings läns landsting och kommunerna i länet med avsikt att främja barn och ungdomars hälsa.

**Hälsobesök:** En särskild arbetsform med både hälsoövervakande och hälsofrämjande funktioner inom barn- och skolhälsovården (Socialstyrelsen, 1991, 2004).

**Hälsoverktyg:** Olika former av hälsoenkäter, hälsoprofiler och liknande som används vid hälsosamtal för att skapa förståelse för individens livssituation och vanor samt underlätta samtalet.

**Hälsokurvan:** Ett exempel på ett hälsoverktyg innehållande frågeformulär och en hälsoprofil för användning vid individuella samtal om hälsa och levnadsvanor.

**Hälsosamtal:** Samtal mellan patient och sjuksköterska med syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa.

**Levnadsvana:** Beteende i vardagliga aktiviteter som individen själv kan påverka. Vid förebyggande åtgärder fokuseras vanligen på mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, sömn och sexualitet (Socialstyrelsens termbank).

**Livsstil:** Från början närmast liktydigt med socioekonomisk standard men används nu i betydelsen vanligen personliga vanor utan referens till samhället runt omkring (Janlert 2000).

**Patient:** En individ som har kontakt med hälso- och sjukvården i någon form. Begreppet ska i första hand förstås som teoretiskt och kan kompletteras med ett mer kontextspecifikt begrepp t.ex. i mötet med skolsköterskan används begreppet elev (Dahlberg & Segesten, 2010).

**Skolhälsovård/Elevhälsa:** Skolhälsovården är det tidigare namnet på den verksamhet som har omfattat skolsköterskans och skolläkarens arbete. I

skollagen som tillämpas från och med juli 2011 upphör begreppet skolhälsovård och skolsköterskan och skolläkarens arbete är en del av elevhälsan. Inom elevhälsan arbetar också psykolog, kurator och specialpedagog i skolans hälsofrämjande arbete med fokus på sambandet mellan hälsa och lärande (Skollagen, 2010). I denna avhandling används företrädesvis begreppet skolhälsovård eftersom studierna är genomförda före juli 2011 och omfattar den del av elevhälsan där eleverna möter skolsköterskan.

## Förkortningar

<b>BHV</b>	Barnhälsovård
<b>SHV</b>	Skolhälsovård
<b>åk</b>	Årskurs, förkortningen används i tabeller

# Introduktion

I mitt arbete som barnsjuksköterska har intresset för barn och ungdomars hälsa varit i fokus både då jag arbetat med barn och ungdomar på sjukhus och i mitt arbete som skolsköterska. Alla möten jag haft med barn, ungdomar och föräldrar har inspirerat mig att ytterligare utforska hur omvårdnaden kan bedrivas för att på bästa sätt främja barns och ungdomars hälsa. En central del i mitt arbete som skolsköterska var de planerade hälsobesöken innefattande ett samtal om hälsa och levnadsvanor som erbjuds till barn och ungdomar vid flera tillfällen under deras skoltid. Många tankar och funderingar väcktes under dessa samtal, speciellt med avseende på hur barn och ungdomar själva upplevde samtalen samt hur dessa kunde vidareutvecklas som betydelsefulla delar i den hälsofrämjande omvårdnaden. Dessa samtal med avsikt att främja barns och ungdomars hälsa utgör ramen för detta avhandlingsarbete.

Barn och ungdomar i Sverige har i ett internationellt perspektiv en god hälsa men under senare år har framför allt psykisk ohälsa och ökad förekomst av övervikt framträtt som två områden som behöver uppmärksammas. En ökad förekomst av psykosomatiska besvär och psykisk ohälsa ses framförallt hos ungdomar och denna ökning är störst bland flickor (Socialstyrelsen, 2009). Liknande mönster ses också i ett europeiskt perspektiv (Barnekow & Muijen, 2009). Detta bekräftas också genom att elever med psykisk ohälsa i större utsträckning besöker skolhälsovården, även här är ökningen mest framträdande hos flickor (Clausson, Köhler, & Berg, 2008). Under de senaste två decennierna har förekomsten av övervikt hos barn och ungdomar fördubblats och övervikt och fetma utgör ett betydande hälsoproblem bland barn och ungdomar i Sverige (Socialstyrelsen, 2009), liksom i övriga världen (Barnekow & Muijen, 2009; Lobstein & Frelut, 2003). Även om den snabba ökningen av övervikt och fetma nu förefaller ha stannat av något både i Sverige (Socialstyrelsen, 2009) och i USA (Ogden, Carroll, Curtin, Lamb, & Flegal, 2010) är ca 15 – 20 % av alla barn och ungdomar i Sverige överviktiga (Socialstyrelsen, 2009).

Ett sätt att främja barn och ungdomars hälsa kan vara samverkan mellan aktörer som på olika sätt har ansvar för barn och ungdomars hälsa. Barndialogen är ett gemensamt forum för Jönköpings läns landsting och de tretton kommunerna i länet vars arbete syftar till att främja hälsa hos alla barn och ungdomar i länet (Jönköpings läns landsting, 2011). En viktig del i Barndialogens arbete är att vidareutveckla redan befintliga verksamheter och de interventioner som används för att säkerställa att barn och familjer får det stöd de önskar och behöver. Målet är att de olika verksamheterna ska fungera som en sammanhängande länk med det gemensamma målet; bästa möjliga hälsa hos barn och ungdomar. Arbetet inom Barndialogen har sin utgångspunkt i Förenta nationernas (FN) konvention om barns rättigheter med målet att sätta barns bästa i fokus (FN, 1989).

Inom ramen för Barndialogens arbete fokuserar ett område på barns och ungdomars levnadsvanor. Detta har sitt ursprung i ett vårdprogram vars syfte är att förebygga och behandla övervikt och fetma hos barn och ungdomar. I vårdprogrammet har barn- och skolhälsovård lyfts fram som två verksamheter med ett tydlig hälsofrämjande uppdrag som näst intill alla barn och familjer har kontakt med under barnets uppväxt. Den första kontakten med barnhälsovården (BHV) sker oftast när familjen nyligen kommit hem från BB och fortsätter sedan tills barnet börjar skolan vid 6 års ålder. Skolhälsovården (SHV) tar då över och fortsätter tills barnet slutar gymnasiet vanligtvis vid 19 års ålder. Basen i barn- och skolhälsovårdens arbete är de hälsobesök som regelbundet erbjuds i enlighet med de nationella riktlinjerna (SFS, 2010; Socialstyrelsen, 1991, 2004). Hälsobesöken omfattar både hälsoövervakande och hälsofrämjande delar och innefattar ett samtal om hälsa och levnadsvanor. Inom ramen för Barndialogens arbete bedömdes det därför som angeläget att närmare studera hur dessa planerade hälsosamtal genomförs och upplevs samt att utarbeta ett program för hälsosamtal med ett strukturerade hälsoverktyg med särskilt fokus på samtalen inom skolhälsovården.

Syftet med avhandlingen var att utforska och beskriva hälsosamtal utifrån elevers och sjuksköterskors perspektiv samt den verbala interaktionen dem emellan i kontexten av ett strukturerat hälsoverktyg.

# Bakgrund

Barns hälsa och levnadsvanor under uppväxten påverkar inte bara hälsan under uppväxten utan också hälsan som vuxen i form av t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes (Hayman et al., 2007). Vid användandet av den av Världshälsoorganisationen (WHO) utarbetade modellen för beräkning av förlorade levnadsår orsakade av ohälsa, funktionsnedsättning eller för tidig död har ett flertal levnadsvanor och dess konsekvenser visat sig ha betydelse för utfallet. Användandet av tobak, förekomst av övervikt och fetma, användande av alkohol, fysisk inaktivitet och lågt intag av frukt och grönsaker är viktiga faktorer utifrån svenska förhållanden (Allebeck, Moradi, & Jacobsson, 2006). Betydelsen av att göra barn och ungdomar delaktiga i och medvetna om den egna hälsans betydelse beskrivs som avgörande för individens framtida hälsa. Barn och ungdomar från 10-årsålder lyfts fram som en betydelsefull grupp där hälso- och sjukvården måste utvecklas för att möta behoven hos just denna åldersgrupp. En verksamhet som behöver utvecklas för att möta behoven hos dessa barn och ungdomar är skolhälsovården (Viner & Barker, 2005). Att från början främja en god hälsa hos familjen och i takt med att barnet växer göra barnet mer delaktigt och medvetet om hälsans betydelse och vilka faktorer som påverkar den, är därför målet med den hälsofrämjande omvårdnaden inom barn- och skolhälsovården.

## Hälsa

I WHO:s ursprungliga definition från 1948 beskrivs hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp vilket tydligt relaterar till en holistisk syn på hälsa. I "Ottawa Charter for Health promotion" vidareutvecklas hälsobegreppet och hälsa ses som en resurs i livet och innefattar också personliga och sociala resurser (WHO, 1986). Hälsa som en process i ständig rörelse beskrivs av Eriksson (1984) som definierar hälsa som ett sammanfört tillstånd av sundhet, friskhet och känsla av välbefinnande men inte med nödvändighet avsaknad av sjukdom. Individens upplevelse av hälsa beskrivs utifrån fyra hälsodimensioner; känsla av välbefinnande och känsla av illabefinnande som två motpoler och



förekomst eller frånvaro av objektiva tecken på ohälsa som de andra två motpolerna. Välbefinnande står för den subjektiva upplevelsen av hälsa och den senare för en mer objektiv bedömning (Eriksson, 1984). På liknande sätt definierar Dahlberg och Segesten (2010) hälsa som ett integrerat tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande där individen har möjlighet att leva på det sätt han eller hon önskar.

Hälsa och välbefinnande utifrån att känna tillhörighet till andra beskrivs av barn i åldern 10 – 12 år. Att uppleva sig inkluderad i gruppen och bli respekterad som den de är och att få stöd av både jämnåriga och vuxna innefattas i upplevelsen av hälsa. Relationer med andra och uppfattningen av sig själv framträder som centrala delar och hälsa beskrivs som en process i förhållande till den omgivning barnet möter (Kostenius, 2008). Hälsa som något som ständigt pågår beskrivs också av ungdomar i åldern 13 – 18 år som talar om att ha eller inte ha en frisk kropp och att ha eller inte ha goda relationer med andra. Meningsfulla fritidsaktiviteter och en tilltro till sig själv är också avgörande för deras upplevelse av hälsa (Lindholm & Eriksson, 1998).

Utifrån ovanstående ses hälsa i denna avhandling som en integrerad process som omfattar fysiska, psykiska och sociala faktorer med utgångspunkt i individens egen upplevelse och dess omgivning.

## Hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande arbete, omfattar både samhälls, grupp- och individnivå och definieras i Ottawadeklarationen (WHO, 1986) som en process med avsikt att möjliggöra för individen att förbättra sin hälsa genom att själv öka kontrollen över sin situation. Begreppet hälsofrämjande arbete har en tydlig inriktning på att främja hälsa, vilket är i linje med Antonovskys (2005) teori om salutogenes. Salutogenes fokuserar på vad som främjar hälsa och hur den kan stärkas i motsats till det patogena synsättet, vilket fokuserar på vad som orsakar sjukdom. Eriksson och Lindström (2008) diskuterar teorin om salutogenes i förhållande till Ottawadeklarationen där det samhälleliga och det individuella perspektivet av hälsofrämjande arbete integreras. Det hälsofrämjande arbetet beskrivs utifrån olika arbetsområden eller nivåer. Det skyddande perspektivet

med avsikt att minska risken för sjukdom är oftast befolkningsinriktat vilket innebär att individen själv intar en mer passiv roll. Arbetet med att förebygga sjukdom, det preventiva perspektivet är inriktat på individen själv som har en mer aktiv roll. Syftet är där att öka individens egna möjligheter att förebygga sjukdom och främja hälsa. Nästa område omfattar både hälsoundervisning och hälsofrämjande arbete där ansvaret för det hälsofrämjande arbetet också utvidgas till ett mer övergripande samhälleligt ansvar. Det tidigare arbetssättet där professionella ger information till individen är ersatt med lärande om hälsa utifrån ömsesidigheten i en dialog mellan individen och den professionella. Genom en dialog är individen aktivt deltagande och bemyndigad att göra sina egna val med stöd från den professionella. Den professionellas roll kan vara att visa på olika alternativ, göra individen medveten om olika faktorerens betydelse för hälsa och därmed göra hälsofrämjande val möjliga. Individen är här en aktiv deltagare i processen. Eriksson och Lindström (2008) diskuterar utifrån metaforen ”Hälsa i livets flod” att det preventiva perspektivet innebär att individen erhåller en flytväst som gör det möjligt att hålla sig flytande. Det hälsofrämjande perspektivet inklusive hälsoundervisning innebär att individen istället lär sig att simma på egen hand (Erikson & Lindström 2008). Även Tannahill (2009) diskuterar hälsofrämjande arbete utifrån att hälsoundervisning, förebyggande och skyddande arbete kan ses samverka i det hälsofrämjande arbetet, vilket också är utgångspunkten för barn- och skolhälsovårdens arbete utifrån det både hälsoövervakande och hälsofrämjande uppdraget på både grupp och individnivå (Clauson, 2008; Olander, 2003).

## Hälsofrämjande omvårdnad

Hälsofrämjande omvårdnad definieras utifrån en humanistisk människosyn där individens egen upplevelse av sin situation är det centrala. Den hälsofrämjande omvårdnaden bygger på ett förhållningssätt utifrån delaktighet, jämlikhet och dialog i mötet (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2008). Hälsofrämjande omvårdnad syftar till att möta individens behov av kunskap och stöd för att klara av sjukdom och stimulera till en hälsosam livsstil. Dialogen mellan individen och sjuksköterskan beskrivs som en avgörande del i den hälsofrämjande omvårdnaden där individens upplevelse är det centrala (Berg & Sarvimäki, 2003). Genom att utgå från individens livssituation får parterna en gemensam utgångspunkt att arbeta vidare med i den hälsofrämjande processen.

Det är i relationen som individen får kraft att vara delaktig i sin hälsoprocess (Eriksson, 1984). Att stärka och stödja en individs hälsoprocess beskrivs också av Dahlberg och Segesten (2010) som det övergripande syftet i vårdandet där hälsa beskrivs som målet för vårdandet.

I den hälsofrämjande omvårdnaden lyfts ”empowerment” fram som en avgörande del (Berg & Sarvimäki, 2003) vilket är i överensstämmelse med sjuksköterskans omvårdnadsarbete utifrån Eriksson (1984) och Dahlberg och Segesten (2010). Begreppet ”egen-empowerment” används för att beskriva processen i en dialog mellan individen och sjuksköterskan som bygger på en individcentrerad strategi med öppenhet för individens behov (Naidoo & Wills, 2009; Stewart, 2010). Individen får där möjligheter att reflektera över de egna insatsernas betydelse för hälsan och på det sättet underlättas för individer att göra hälsosamma val. En förutsättning för detta är att individen upplever sig ha kontroll genom att det finns ett jämlikt partnerskap i vårdrelationen (Kalnins, McQueen, Backett, Curtice, & Currie, 1992; Koelen & Lindström, 2005; Rodwell, 1996).

Tengland (2004) diskuterar empowerment som process i förhållande till folkhälsoarbete och omvårdnad och belyser att sjuksköterskans traditionella roll som expert kan utgöra ett hinder i förhållande till empowerment. Tengland menar att det finns en tradition inom omvårdnad att fokusera på riskfaktorer och riskbeteende vid rådgivning. Genom att utgå från de riskfaktorer som sjuksköterskan anser vara viktiga att fokusera på riskerar individens egen uppfattning om situationen att hamna i bakgrunden i motsats till empowerment tanken med partnerskap. Det centrala blir att lämna expertrollen och istället ta avstamp i individens egen beskrivning av situationen och vad den innebär för honom eller henne (Tengland, 2004). I detta förhållningssätt finns likheter med Erikssons (1984) och Dahlbergs och Segestens (2010) tankar om vårdrelationens process med utgångspunkt i individens egen berättelse.

Hälsofrämjande omvårdnad i denna avhandling avser arbete främst på individnivå. Dialogen mellan individen och sjuksköterskan syftar till att individen erhåller redskap och insikt om hur olika faktorer påverkar hälsan samt betydelsen av sin egen insats för att bevara och förbättra hälsan.

## Hälsofrämjande omvårdnad för barn och ungdomar

Under ett barns uppväxt påverkas hälsa och utveckling genom ett samspel mellan den miljö barnet växer upp i och de genetiska förutsättningarna barnet föds med. I centrum finns barnet, som ingår i olika system där familjen är det mest betydelsefulla för ett barns utveckling. Andra system som barnet ingår i är t.ex. skola och kamratgrupper. Barnets utveckling, påverkas därför utifrån hur dessa olika system interagerar med varandra, t.ex. hur föräldrar och skola samverkar. Faktorer som påverkar den enskilda familjen är därför av stor betydelse för ett barns utveckling och hälsa eftersom familjen är basen för barnets samspel med den omgivande miljön (Bronfenbrenner, 1979). Föräldrarna fungerar som förebilder för barnen vad gäller hälsa och levnadsvanor och påverkar därigenom barnens hälsa under uppväxten men också i vuxen ålder. Under uppväxten utvecklar barn och ungdomar en individuell syn på hälsa och levnadsvanor som i takt med utvecklingen allt mer påverkas av vänner, skola och andra omgivande faktorer (Tinsley, 2003).

En viktig arena för arbetet med att främja barn och ungdomars hälsa är skolan (WHO, 1986). Skolsköterskors arbete lyfts fram som en viktig del även om de haft svårt att forma sin roll i skolans övergripande hälsofrämjande arbete (Whitehead, 2011). Inom WHO:s arbete med Hälsofrämjande skolor har skolhälsovårdens inte haft någon central roll i det övergripande arbetet (Whitehead, 2006). Ett förbättrat hälsofrämjande arbete i skolan bygger på att skolsköterskor och lärare utifrån sina olika kompetenser tillsammans planerar och genomför arbetet. (Tossavainen, Turunen, Jakonen, & Vertio, 2004). Detta är i linje med den svenska skollagens intentioner med elevhälsans hälsofrämjande arbete (SFS, 2010).

Skolhälsovårdens dubbla tillhörighet till både utbildningsväsendet och hälso- och sjukvården och deras olika regelverk (Hillman, 2010; Socialstyrelsen, 2004) kan vara en orsak till skolsköterskornas svårigheter att synliggöra och få utrymme för sitt arbete i skolan. Inom ramen för skolans verksamhet kan också skolledarnas organisatoriska och administrativa perspektiv tillsammans med lärarnas pedagogiska perspektiv tendera att ha större legitimitet än skolsköterskans mer individinriktade perspektiv (Morberg, Dellve, Karlsson, & Lagerström, 2006; Morberg, Lagerström, & Dellve, 2011). Skolsköterskor kan diskutera och få förståelse för sitt arbete i samtal med lärare och skolledare men

när det gäller planering av tiden för att utföra arbetet upplever de att det ofta konkurrerar med elevernas planerade lektionstid. (Morberg, et al., 2006).

De individuella mötena med eleverna beskrivs som en viktig del i skolsköterskornas hälsofrämjande arbete och tillgänglighet och tid för de individuella samtalen lyfts fram som betydelsefullt för att kunna möta elevernas behov. Kunskap om enskilda elevers hälsosituation och deras professionella tystnadsplikt är också faktorer som stärker skolsköterskornas position i skolan (Morberg, et al., 2006). Elevers, föräldrars och lärares förväntningar att skolsköterskan ständigt ska vara tillgänglig på sin mottagning för enskilda besök kan dock försvåra för skolsköterskorna att vidareutveckla sitt arbete samtidigt som det framställs som en nödvändighet för att kunna få utrymme i organisationen (Morberg, et al., 2006; Morberg, et al., 2011).

Skolhälsovården har förändrats från ett mer kontrollinriktat arbete utifrån barnets hälsa och utveckling till ett mer hälsofrämjande arbete. Basen har varit och är de individuella hälsobesöken där utgångspunkten är barnets hälsosituation både fysiskt, psykiskt och socialt (Socialstyrelsen, 2004). I Socialstyrelsens riktlinjer (2004) och Skollagen (SFS, 2010) är begreppet ”hälsoundersökning” ersatt med ”hälsobesök” vilket visar på en mer hälsofrämjande inriktning i motsats till det tidigare mer kontrollinriktade arbetssättet. Denna utveckling av arbetet är i linje med WHO:s definition av hälsofrämjande arbete (WHO, 1986).

Ett hälsobesök erbjuds i förskoleklass, årskurs 4, 7 alternativt 8 samt första året på gymnasiet. Som en viktig del i hälsobesöket ingår ett hälsosamtal där eleven ges möjlighet att diskutera sin egen hälsa och sin skolsituation med skolsköterskan. Hälsosamtalet föreslås omfatta skolsituation, relationer, fysisk aktivitet och inaktivitet, mat, sömn, tobak, alkohol, narkotika och dopning, sexualitet och upplevd hälsa anpassat till de olika åldersgrupperna (Socialstyrelsen 2004). I kompetensbeskrivningen för att arbeta som specialistsjuksköterska inom skolhälsovård framhålls att målet är att främja hälsa och förebygga ohälsa. Med dialogen som redskap medverkar hälsosamtal till att barn och föräldrar ges möjligheter till en hälsosam livsstil med utgångspunkt från individens egen berättelse (SSF, 2011).

Vikten av att utgå från barns egna synsätt och upplevelser av hälsan samtidigt som de utifrån sin utvecklingsnivå har behov av vägledning diskuteras utifrån ”empowerment” av Kalnins m.fl. (1992). Genom att lyfta fram barns egna synpunkter och tankar om hälsosituationen som giltiga är det möjligt att kombinera det hälsofrämjande arbetet med utgångspunkt i barnens egna upplevelser av situationen men också uppfylla deras behov av vägledning utifrån deras utvecklingsnivå (Kalnins, et al., 1992).

## Hälsosamtal

Möjligheten att få reflektera över sina egna förutsättningar och val för att på så sätt kunna stärka sina möjligheter att hantera och leva ett hälsosamt liv beskrivs som syftet med hälsosamtal (Tveiten, Ellefsen, & Severinsson, 2005). Samtalen innefattar information, rådgivning och lärande utifrån individens egna behov och resurser (Tveiten & Severinsson, 2004). Flera studier beskriver en minskad risk för hjärt kärlsjukdom och diabetes utifrån förbättrade levnadsvanor som resultat efter hälsosamtal med vuxna (Färnkvist, Olofsson, & Weinehall, 2008; Lingfors, Lindström, Persson, Bengtsson, & Lissner, 2003; Lingfors, Persson, Lindström, Bengtsson, & Lissner, 2009; Rasmussen et al., 2007). Hälsosamtal med ungdomar i 14-15 års åldern inom primärvården har visat sig ge möjlighet till att identifiera och diskutera olika faktorer som påverkade tonåringarnas hälsa samt att uppmuntra en hälsosam livsstil. De deltagande ungdomarna såg också samtalen som en uppskattad intervention (Walker et al., 2002).

En förutsättning för att insikt om hur livsstil och levnadsvanor påverkar den enskilda individen ska framkomma är att utgå från patientens egen beskrivning (Persson & Friberg, 2009). Öppenhet för individens berättelse och följsamhet till vad individen vill tala om genom skapandet av en dialog är avgörande för alla typer av vårdande samtal (Dahlberg & Segesten, 2010). I samtal om hälsa och levnadsvanor beskriver Adelswärd och Sachs (1996) hur sjuksköterskorna balanserar mellan att diskutera olika aspekter av hälsa och levnadsvanor samtidigt som individens integritet och egna val respekteras (Adelswärd & Sachs, 1996).

Hälsosamtal utifrån ett individcentrerat möte och ett empowerment perspektiv beskrivs av Poskiparta, Liimatainen, Kettunen och Karhila (2001) som ett

samtal med reflekterande frågor som ger möjlighet för individen att beskriva sin situation. Genom att utgå från individens egen beskrivning kan rådgivningen sedan anpassas utifrån dennes situation. Att ställa frågor som underlättar för individen att reflektera över och bli medveten om hur olika omständigheter påverkar hälsan beskrivs också som en framgångsrik strategi. Detta kan ses som motsatsen till en sjuksköterskecentrerad rådgivning som baseras på allmänna råd som inte överensstämmer med individens behov (Poskiparta, et al., 2001).

Patientcentrerad vård i möten inom hälso- och sjukvård beskrivs av Mead och Bower (2000) som ett jämlikt möte där den professionella är lyhörd för individens egen upplevelse och behov utifrån dennes totala hälsosituation. För att en terapeutisk relation ska uppkomma krävs att bådas kunskaper lyfts fram som giltiga och att den professionella är medveten om att också hans eller hennes personliga egenskaper influerar mötet. När den professionella är lyhörd för individens behov och kan bemöta det kan gemensamma målsättningar utvecklas (Mead & Bower, 2000). Patientcentrerad kommunikation beskriver Fossum (2003) som ett möte mellan jämbördiga individer byggt på ömsesidig respekt och förtroende. Genom en helhetssyn där också individens situation, omfattande familj, arbete, förväntningar och behov, är i centrum ökar patientens möjlighet till självbestämmande (Fossum, 2003).

Patientcentrering i förhållande till ”patient empowerment” diskuteras av Holmström och Röing (2010) som menar att begreppen kompletterar varandra och att patientcentrering som process underlättar för individen att utveckla empowerment. Centralt i båda begreppen är ett partnerskap som utgår från ömsesidig respekt och förtroende i vårdrelationen. Det innebär att den professionella måste ha respekt för och medvetenhet om den andres uppfattningar om hälsa och vad som påverkar den. Som en central del i båda begreppen är individens egen motivation och en god kommunikation som möjliggör en dialog i mötet. Den professionellas förmåga att förse individen med den information som behövs för att hon eller han ska kunna reflektera över hur olika val påverkar hälsan lyfts fram som viktiga delar i båda begreppen (Holmström & Röing, 2010).

Olika former av samtal mellan en lekman och en professionell beskrivs av Linell (1990) som en form av institutionella samtal. Det finns en asymmetri i

hälsosamtalen utifrån den professionellas roll även om samtalet tar ett tydligare avstamp i vad individen själv berättar jämfört med andra mer diagnostiska samtal inom hälso- och sjukvård (Bergstrand, 2000). Det institutionella samtalet kännetecknas av att sjuksköterskan deltar i samtalet utifrån sin professionella roll och har rollen som expert medan eleven eller föräldern deltar som lekmän vilket medför en asymmetri i mötet. Samtalen styrs ofta utifrån ett i förväg bestämt syfte som ytterligare kan förstärka asymmetrin genom att det är den professionella som styr samtalet utifrån sin agenda. De planerade hälsosamtalen inom barn- och skolhälsovården är initierade av sjuksköterskan utifrån riktlinjer och föreskrifter vilket ytterligare kan förstärka asymmetrin eftersom individerna inte själva har efterfrågat samtalen (Linell, 1990).

## Hälsosamtal med barn och ungdomar

Tidigare forskning om barn och ungdomars möten med hälso- och sjukvården har främst berört barn och ungdomar med akuta eller mer långvariga sjukdomstillstånd. Forskningen har också till stor del fokuserat på kommunikation mellan barn, förälder och den professionella eftersom barn och ungdomar i de flesta fall har en vårdnadshavare med sig. Barns och ungdomars delaktighet i kommunikationen har oftast varit begränsad (Lambert, Glacken, & McCarron, 2008; Tates, Meeuwesen, Bensing, & Elbers, 2002; van Dulmen, 2004; Zwaanswijk et al., 2011).

De barn och ungdomar som är deltagare i föreliggande avhandlingsarbete befinner sig avseende sin kognitiva utveckling främst i det stadiet som benämns de ”formella operationernas stadium” från cirka 11 år upp till slutet av tonårstiden (Piaget, 1952). När ett barn åldersmässigt övergår från ett stadium till ett annat är ungefärliga, men vid ca 11 års ålder sker övergången från de konkreta operationernas stadium till de formella operationernas stadium under vilket barnets förmåga till mer avancerat logiskt och abstrakt tänkande utvecklas (Piaget, 1952). Barn och ungdomars tänkande om hälsa och sjukdom utvecklas i takt med deras kognitiva utveckling och Piagets teori har legat till grund för hur vi förstår barn och ungdomars tänkande om hälsa (Borzekowski, 2009; Tamm, 2002). Barn och ungdomar har förståelse för att de själva kan påverka sin hälsa genom t.ex. hälsosamma levnadsvanor och kan också delvis reflektera över olika budskap om hälsa och levnadsvanor som förekommer i samhället. Under denna tid utvecklas förmågan att förstå att hälsa är komplext och inbegriper



både fysiska och psykiska delar även om de till en början uppfattar sjukdom och hälsa som två motpoler. Utifrån detta kan besök inom hälso- och sjukvården uppfattas som en form av kontroll av den egna hälsan (Tamm, 2002). Redan från 8-årsåldern har barn visat att de själva kan beskriva sin egen hälsosituation genom att besvara frågeformulär och på det sättet ge värdefull information om sin egen hälsa (Brun-Sundblad, 2006; Riley, 2004). Samtal med utgångspunkt från barnets utvecklingsnivå är avgörande för dennes möjlighet att utveckla sina kunskaper och förmågor. Genom att barn och ungdomar blir mer medvetna om vad som påverkar deras hälsa ökar deras möjligheter att påverka dessa faktorer och på så sätt förbättra sin hälsa. För att detta ska kunna ske måste barn och ungdomar ses som kompetenta och aktivt deltagande i samtal som berör deras egen situation (Borzekowski, 2009).

Utgångspunkten för hälsosamtalen inom skolhälsovården ska vara elevens styrkor och svagheter med inriktning på att eleven ska bli medveten om sin egen hälsa och eventuella hälsoproblem. Syftet är att ge eleven möjlighet att enskilt diskutera sin hälsa och sin skolsituation samt att utveckla en relation till skolsköterskan. Att enskilt få diskutera det som känns angeläget i den egna hälsosituationen med en vuxen person kan öka elevens motivation att själv ta aktiv del i utvecklandet av den egna hälsoprocessen (Socialstyrelsen, 2004).

I den danska versionen av den WHO baserade enkätundersökningen om skolbarns hälsovanor inkluderades under några år frågor om elevernas uppfattningar om hälsosamtal. Resultaten visar att ca 2/3 av eleverna genom hälsosamtalen hade fått kunskap om olika aspekter av hälsa som de diskuterat med skolsköterskan (Borup, 1999). Pojkar med övervikt hade i högre grad reflekterat över hälsosamtalet, diskuterat med föräldrarna hemma och också i högre grad besökt skolsköterskan igen jämfört med elever med normalvikt (Borup & Holstein, 2010). Elever som hade varit utsatta för mobbning var mer benägna att besöka skolsköterskan igen efter ett hälsosamtal (Borup & Holstein, 2007). Borup och Holstein (2004) fann också att en majoritet av eleverna hade reflekterat över innehållet i hälsosamtalet och hade diskuterat det med sina mammor och vänner. En stor andel av eleverna (77 %) rapporterade att de gjort egna självständiga beslut baserade på det som framkommit i hälsosamtalet. Elever från sämre socioekonomiska förhållanden hade i större utsträckning än elever från bättre socioekonomiska förhållanden följt skolsköterskans råd (Borup & Holstein, 2004). Elever som hade ett flertal

fysiska och psykosociala symptom hade också i större utsträckning än andra elever funderat över vad som framkommit i hälsosamtalet, följt skolsköterskans råd och besökt skolsköterskan igen (Borup & Holstein, 2008).

Ett hälsosamtal där skolsköterskan har tid för eleven, lyssnar och låter eleven vara med och bestämma innehållet i samtalet beskrivs som en förutsättning för att samtalet ska upplevas som meningsfullt (Borup, 2000; Johansson & Ehnfors, 2006). Detta överensstämmer med att samtal baserade på den egna situationen upplevs som mer givande än samtal baserade på mer allmänna hälsoråd enligt eleverna i Mäenpää, Paavilainen och Åstedt-Kurki (2007). Skapandet av ett ”kommunikativt rum för lärande om hälsa” där eleven får möjlighet att öppet diskutera sin hälsa och utveckla sin egen hälsoprocess som en modell för hälsosamtal beskrivs av Borup (2002). Modellen har utarbetats utifrån en kvalitativ studie med danska skolsköterskor. Skolsköterskorna intervjuades med utgångspunkt från deras egna beskrivningar av ett bra hälsosamtal och vilka faktorer som de ansåg var avgörande för dess betydelse för elevens hälsa. De grundläggande delarna för att det kommunikativa rummet för lärande om hälsa ska uppstå är kompetens, äkthet, reflekterande öppenhet och stödjande miljö. Kompetens innefattar elevens motivation, insikt om sin livssituation och sina behov och skolsköterskans professionella kompetens. Äkthet beskrivs som skolsköterskans förmåga att tyda elevens signaler och förmåga att möta eleven som deltagare och inte mottagare. Reflekterande öppenhet innebär att skolsköterskan möter eleven där han/hon är och samtalar kring det eleven upplever som viktigt. I begreppet stödjande miljö innefattas skolsköterskans arbetssituation och möjlighet att skapa en öppenhet inför barnens behov samt omgivande miljö. När det kommunikativa rummet inte kan formas medför det att eleven inte kan uttrycka sina specifika behov och de blir därmed inte möjliga för skolsköterskan att förstå (Borup, 2002). Det kommunikativa rummet för lärande om hälsa (Borup, 2002) kan ses som en process där utvecklandet av empowerment underlättas utifrån dialogen i ett individcentrerat möte.

## Verktyg vid hälsosamtal

Olika hälsoverktyg såsom frågeformulär och hälsoprofiler används för att skapa förståelse för patienters livssituation och vanor. Syftet med hälsoverktygen är också att de ska underlätta individens egen reflektion över hur olika faktorer påverkar hälsan och hur patienten själv kan påverka den utifrån tanken om eget ansvar (Gedda, 2001). Sjuksköterskor beskriver att de genom arbetet med dessa hälsoverktyg får en ökad förståelse för individens situation vilket de uppfattar underlättar dialogen i hälsosamtalet. Även om sjuksköterskornas intention är att utveckla ett mer patientcentrerat hälsosamtal menar Gedda (2001) att det finns en risk att hälsoverktygen istället förstärker ett biomedicinskt perspektiv, med inriktning på riskbedömningar, vilket leder till ett mer kontrollinriktat arbetssätt. Att kritiskt granska och reflektera över hur olika verktyg påverkar ett hälsosamtal har stor betydelse för om de ska kunna underlätta patientens egen reflektion över hur olika faktorer och val påverkar hälsan (Gedda, 2001).

”Hälsokurvan” är ett exempel på ett hälsoverktyg med hälsoenkäter och en hälsoprofil för samtal om levnadsvanor och hälsa för vuxna som utvecklats av primärvårdens forsknings och utvecklingsenhet Jönköpings läns landsting (Lingfors, et al., 2003; Persson, Lindström, Lingfors, Bengtsson, & Lissner, 1998). Med hjälp av tre enkäter med frågor om <sup>1</sup>kost, <sup>2</sup>motion och <sup>3</sup>psykosocial hälsa samt mätning av riskmarkörer som blodtryck, kolesterol, vikt mm skapas en individuell hälsoprofil kallad Hälsokurvan. Hälsokurvan är en grafisk bild över de viktigaste frisk- och riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdomar och andra sjukdomstillstånd. De enskilda faktorerna är graderade enligt en tre- eller fyrgradig riskskala. Graderingen är ungefärlig och baseras på vetenskapliga studier och utarbetad i samråd med svenska experter på respektive område. De olika färgerna i Hälsokurvan representerar olika risknivåer (från grönt via gult till rött) med avsikt att ge en förstärkt pedagogisk effekt. Med hälsoprofilen som utgångspunkt för hälsosamtalet är intentionen att den ska inbjuda till en dialog kring individens hälsosituation utifrån hans eller hennes önskan. Studier har visat att hälsosamtal baserade på Hälsokurvan leder till förbättrade levnadsvanor såsom lägre frekvens av rökning, minskat intag av fett och ökad fysisk aktivitet hos yngre vuxna individer i 30 -35-årsåldern (Lingfors, et al., 2003; Lingfors, et al., 2009; Persson, et al., 1998).

Med ett frågeformulär som underlag kan enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2004) en hälsoprofil över elevens hälsosituation liknande Hälsokurvan skapas. Ett frågeformuläret och en hälsoprofil kan användas som en form av hälsoverktyg för hälsosamtal inom skolhälsovården. En enhetlig modell för hur ett sådant hälsoverktyg skulle kunna utformas saknas dock. Enskilda skolsköterskor eller grupper av skolsköterskor har utarbetat olika egna verktyg för hälsosamtal (Gedda, 2001; Reuterswärd & Lagerström, 2010; Ståhl, Enskär, Almborg, & Granlund, 2011). Detta skulle kunna vara ett hinder för möjligheterna att utveckla och evidensbasera hälsosamtal som intervention. Inom ramen för Barndialogens arbete i Jönköpings län pågår ett projekt för att utveckla hälsosamtalen inom skolhälsovården där ett hälsoverktyg för hälsosamtal för skolhälsovården ingår. Projektet och hälsoverktyget beskrivs ytterligare i metodavsnittet.

# Motiv för studien

Flera författare har dragit slutsatsen att arbetet inom skolhälsovården behöver studeras vetenskapligt för att på så sätt utveckla verksamheten (Adams, 2009; Croghan, Johnson, & Aveyard, 2004; Morberg, et al., 2006; Mullersdorf, Zuccato, Nimborg, & Eriksson, 2010; Reuterswärd & Lagerström, 2010; Socialstyrelsen 2004; Wainwright, Thomas, & Jones, 2000). Skolsköterskor med ledningsansvar beskriver hur det i lagstiftningen endast finns vaga mål för skolsköterskornas arbete och att detta istället styrs av icke evidensbaserade åtgärder och informella mål (Morberg, Lagerström, & Dellve, 2009). De studier som kommit under de senaste åren har huvudsakligen haft ett professionsperspektiv (Adams, 2009; Croghan, et al., 2004; Morberg, et al., 2006; Morberg, et al., 2009; Morberg, et al., 2011).

En intervention i arbetet för att främja barn och ungdomars hälsa är hälsosamtal (Morberg, et al., 2006; SFS, 2010; Socialstyrelsen, 2004). Forskning om hur hälsosamtalen kan utformas för att möta barn och ungdomars behov är inte särskilt omfattande trots att hälsosamtal erbjuds till varje barn flera gånger under skoltiden (Borup 1999; Borup, 2000; Johansson & Ehnfors, 2006; Mäenpää, et al., 2007). Från 10-årsåldern möter barnen också oftast skolsköterskan ensam vid hälsosamtalen vilket skiljer dessa från andra besök inom hälso- och sjukvården där barn och ungdomar oftast har föräldrar eller annan vuxen med som trygghet. För att utveckla metoder inom hälso- och sjukvården riktade till barn och ungdomar är det viktigt att involvera barn och ungdomar själva och inte bara utgå från vuxnas perspektiv (Söderbäck, Coyne, & Harder, 2011).

Med detta som bakgrund och utifrån Barndialogens förankring i FN:s barnkonvention (FN, 1989), som tydliggör barns och ungdomars rätt att få vara delaktiga och uttrycka sina åsikter, bedömdes betydelsefullt att involvera eleverna i arbetet med att utveckla hälsosamtalen. Hälsosamtal bör därför studeras ur såväl ett elev- som ett professionsperspektiv om denna metod ska kunna utvecklas som en del i det hälsofrämjande arbetet för barn och ungdomar.

# Syfte

Det övergripande syftet med avhandlingen var att utforska och beskriva hälsosamtal utifrån elevers och sjuksköterskors perspektiv samt den verbala interaktionen dem emellan i kontexten av ett strukturerat hälsoverktyg.

Specifika syften:

Att utforska och beskriva elevers uppfattningar om hälsosamtal och hälsoverktyg (II, III).

Att utforska och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av och uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyg i hälsosamtal (I, III).

Att utforska och beskriva innehållet och den verbala interaktionen mellan elever och skolsköterskor i hälsosamtal (IV).

# Metod

## Design

För att utforska och beskriva hälsosamtal utifrån elevers och sjuksköterskors perspektiv valdes en utforskande och beskrivande design med en kvalitativ ansats i de tre första studierna (tabell 1). Resultaten av elevernas uppfattningar om hälsosamtal och hälsoverktyg (II, III) tillsammans med sjuksköterskornas erfarenheter av och uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyg i hälsosamtal (I, III) visade på behovet av ytterligare studier med utforskande design. För att öka kunskapen om hälsosamtal som metod med syfte att främja barns och ungdomars hälsa genomfördes därför videoinspelningar av hälsosamtal inom skolhälsovården (IV) (tabell 1).

**Tabell 1.** Översikt över studierna i avhandlingen

Studie	Design	Verksamhetsområde	Deltagare	Metod	Analys
I	Beskrivande	Barnhälsovården	14 sjuksköterskor	Individuella intervjuer	Kvalitativ innehållsanalys
II	Utforskande och beskrivande	Skolhälsovården	15 grupper, totalt 74 elever	Fokusgrupp-intervjuer	Kvalitativ innehållsanalys
III	Utforskande och beskrivande	Skolhälsovården	6 grupper* med totalt 29 elever 3 grupper med totalt 23 skolsköterskor	Fokusgrupp-intervjuer	Kvalitativ innehållsanalys
IV	Utforskande och beskrivande	Skolhälsovården	24 elever och 17 skolsköterskor	Videoinspelningar	Beskrivande statistik

\* Dessa 6 grupper ingår också i studie II

## Avhandlingens inramning och sammanhang

Studierna i denna avhandling är en del i ett länsövergripande projekt inom ramen för Barndialogens verksamhet med syfte att främja barns och ungdomars hälsa. Studierna genomfördes i Jönköpings län som omfattar tretton kommuner. Av de totalt 340 000 invånarna i länet är 73 000 barn och ungdomar mellan 0 och 18 år med cirka 4 000 i varje åldersgrupp. Landstinget ansvarar för barnhälsovården i länet, där ca 100 sjuksköterskor arbetar på 38 barnhälsovårdsmottagningar. Varje kommun ansvarar för skolhälsovården och på de omkring 200 skolorna inom länet arbetar ett drygt 100-tal skolsköterskor.

Med utgångspunkt från det hälsoverktyg för hälsosamtal med vuxna som utarbetats och använts i länet under flera år, "Hälsokurvan" (Lingfors, et al., 2003; Lingfors, et al., 2009; Persson, et al., 1998) har utvecklingen av hälsoverktyg för skolhälsovården påbörjats. I tabell 2 presenteras en översikt över avhandlingens inramning och sammanhang i förhållande till utvecklandet av hälsoverktyg för skolhälsovården.

### *Utveckling av hälsoverktyg för hälsosamtal inom skolhälsovården*

Hälsosamtal baserade på "Hälsokurvan" för vuxna erbjuds av BHV till föräldrar när första barnet är 1 år som en intervention i syfte att främja hälsa hos barn och föräldrar (Fåhraeus, Oldin, & Lingfors, 2008). En enkätundersökning har genomförts där de föräldrar som deltagit tillfrågades om sina uppfattningar om hälsosamtal där "Hälsokurvan" använts (Runesson & Persson, 2007). Av de föräldrar som besvarade enkäten ansåg 97 % att alla föräldrar borde erbjudas ett hälsosamtal och 86 % beskrev att samtalet varit ganska eller mycket värdefullt för dem (Runesson & Persson, 2007). Jämfört med resultaten från studierna med patienter som deltagit i hälsosamtal med stöd av Hälsokurvan inom primärvården (Lingfors, et al., 2003) hade föräldrarna i större utsträckning förbättrat sina kost- och motionsvanor (Runesson & Persson, 2007).



En intervjustudie (I) genomfördes med de sjuksköterskor som arbetat med hälsoverktyget inom barnhälsovården (tabell 2) för att undersöka hur de uppfattade arbetet med hälsosamtal med stöd av Hälsokurvan som ett sätt att främja barns hälsa. Resultaten från studie I användes som ett steg i utvecklandet av ett verktyg för hälsosamtal med elever inom skolhälsovården.

Under hösten 2004 utarbetades ett förslag till hälsoenkät kallad ”Min hälsa” för gymnasiet (tabell 2) med utgångspunkt från de formulär som användes av olika skolsköterskor i länet samt Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovård. De nationella enkätundersökningarna ”Skolbarns hälsovanor” och ”Att mäta barns psykiska hälsa” användes också vid utformningen av hälsoenkäten. Hälsoenkäten prövades under våren 2005 vid cirka 100 hälsosamtal och reviderades därefter och en hälsoprofil utarbetades. Under de följande åren fortsatte utveckling och prövning av detta hälsoverktyg för gymnasieeleverna. På liknande sätt utarbetades hälsoverktyg för elever i årskurs 4 och årskurs 7 alternativt 8 (tabell 2).

Elever i årskurs 4 och 7 samt första året på gymnasiet har i fokusgrupper delgett sina erfarenheter och uppfattningar om hälsosamtal som intervention (II). Elever i årskurs 7 har också delgett sina uppfattningar om hälsoverktyget (III). Skolsköterskor har kontinuerligt under arbetet deltagit i utvecklingsmöten med syfte att vidareutveckla hälsoverktygen. Skolsköterskor har också deltagit i fokusgrupper där de delgett sina uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyget i hälsosamtal med elever i årskurs 7 (III). För att kunna studera den verbala interaktionen i hälsosamtalen har hälsosamtal videoinspelats (IV) (tabell 2).

**Tabell 2.** Översikt över avhandlingens inramning och sammanhang i förhållande till utvecklandet av hälsoverktyg för skolhälsovården

	Läsår 2004/2005	Läsår 2005/2006	Läsår 2006/2007
<b>Utforskande av erfarenheter och uppfattningar om hälsosamtal och om hälsoverktyg</b>	<p><b>Individuella intervjuer med 14 sjuksköterskor inom barnhälsovården (I)*</b></p> <p>Enkätundersökning med föräldrar som deltagit i hälsosamtal inom BHV</p>		<b>Fokusgruppsintervjuer med 24 elever på gymnasiet (del av II)*</b>
<b>Utveckling av hälsoverktyg</b>	<p>Insamling av olika Hälsosformulär som används inom SHV i länet</p> <p>Utarbetande ett första förslag till gemensam hälsoenkät för gymnasiet</p> <p>Utvecklingsmöte med de skolsköterskor som prövat hälsoenkäten</p>	<p>Revidering av hälsoenkäten</p> <p>Utarbetande av hälsoprofil för gymnasiet</p> <p>Utvecklingsmöte med de skolsköterskor som prövat hälsoverktyget</p>	<p>Revidering av hälsoenkät och hälsoprofil för gymnasiet</p> <p>Förslag för hälsoenkät åk 4 och 7 utarbetas</p> <p>Utvecklingsmöte med de skolsköterskor som prövat hälsoverktygen</p>
<b>Prövning av hälsoverktyg</b>	100 hälsosamtal baserade på hälsoenkäten med elever på gymnasiet	300 hälsosamtal med elever på gymnasiet med hälsoverktyget (hälsoenkät och hälsoprofil)	<p>Ca 2000 hälsosamtal med elever på gymnasiet</p> <p>Hälsoenkät för åk 4 och 7 och 8 prövas i fyra pilotkommuner</p>
<b>Utbildningsinsats för skolsköterskor</b>			Samtliga skolsköterskor som arbetade på gymnasiet inbjöds att pröva hälsoverktyget

\* De romerska siffrorna avser de studier som ingår i denna avhandling.

Läsår 2007/2008	Läsår 2008/2009	Läsår 2009/2010	Läsår 2010/2011
Fokusgruppsintervjuer med 29 elever i åk 7 (del av II, del av III)*  Fokusgruppsintervjuer med 23 skolsköterskor (del av III)*	Fokusgruppsintervjuer med 21 elever i åk 4 (del av II)*	Videoinspelning av 6 hälsosamtal 3 åk 4 och 3 på gymnasiet (del av IV)*	Videoinspelning av 18 hälsosamtal 5 åk 4, 2 åk 7, 6 åk 8 och 5 på gymnasiet (del av IV)*
Revidering av hälsoenkät och utarbetande av hälsoprofil för åk 7 och 8  Revidering av hälsoenkät för åk 4  Utvecklingsmöte med de skolsköterskor som prövat hälsoverktygen Revidering av hälsoenkäter och hälsoprofiler	Revidering av hälsoenkäter och hälsoprofiler  Utarbetande av bildblad för åk 4 Revidering av bildblad  Utarbetande av manual för hälsoverktygen	Insamling av hälsoenkäter för sammanställning på gruppnivå påbörjas  Utformning av webbapplikation för inmatning av hälsoenkäter påbörjas	Utarbetande av hälsoenkät och bildblad för förskoleklass påbörjas
Ca 2000 hälsosamtal med elever på gymnasiet Ca 1500 hälsosamtal med elever i åk 7 och 8 Ca 1300 hälsosamtal med elever i åk 4	Ca 2000 hälsosamtal med elever på gymnasiet Ca 2000 hälsosamtal med elever i åk 7 och 8 Ca 1800 hälsosamtal med elever i åk 4	2038 hälsosamtal med elever på gymnasiet 1857 hälsosamtal med elever i åk 7 och 8 1645 hälsosamtal med elever i åk 4	2232 hälsosamtal med elever på gymnasiet 1951 hälsosamtal med elever i åk 7 och 8 2538 hälsosamtal med elever i åk 4
Samtliga skolsköterskor som arbetade med elever i åk 4, 7, 8 och gymnasiet inbjöds att pröva hälsoverktygen	Två utbildningsdagar för skolsköterskor om hälsoverktygen  Tredagars utbildning i motiverande samtal	Två utbildningsdagar för skolsköterskor om hälsoverktygen	Två utbildningsdagar för skolsköterskor om hälsoverktygen

Hälsoverktygen innefattar dels en hälsoenkät och dessutom en grafisk bild i form av en hälsoprofil alternativt ett bildblad för varje åldersgrupp (tabell 3 och figur 1). Hälsoprofilen är baserad på poängsatta frågor i hälsoenkäten och mätningar av längd och vikt där varje frågeområdes poängsummer i enkäten samt vikt redovisas i olika nivåer. För att grovt uppskatta nivåernas betydelse för hälsan används olika färger, liknande ett trafikljus från grönt via gult till rött. Rött används för att belysa områden där det kan finnas utrymme för förändringar, grönt för områden som är positiva för hälsan och gult för det mellanliggande. För exempelvis fysisk aktivitet indikerar grönt tillräckligt med fysisk aktivitet vid 60 minuters daglig fysisk aktivitet i enlighet med den nationella rekommendationen, medan rött indikerar behov av ökad fysisk aktivitet för att uppnå den nationella rekommendationen. Tanken med de olika färgerna är att de ska underlätta förståelsen av olika faktorer betydelse för hälsan och underlätta elevernas möjligheter att reflektera över hur olika faktorer påverkar hälsan. Poängsättningen är enbart tänkt som en grov uppskattning att diskutera utifrån och inte som en strikt riskbedömning. Hälsoenkäten innehåller också frågor som inte är poängsatta samt mer öppna frågor. Även om dessa frågor inte poängsatts bedöms även de vara viktiga som underlag för hälsosamtalet. I hälsoenkäten för årskurs 4 är inte frågorna poängsatta. I stället för en hälsoprofil finns ett bildblad, där tecknade bilder symboliserar de olika frågeområdena, vilket används som utgångspunkt för hälsosamtalet (figur 1).

**Tabell 3.** Översikt Hälsoverktygen för hälsosamtal inom skolhälsovården.

Hälso- verktyg	Hälsoenkät ”Min hälsa”	Frågeområden	Antal frågor/område åk 4	Antal frågor/område åk 7 och 8	Antal frågor/område 1:a året på gymnasiet
		Skolsituation	7	7	7
Familj och vänner	8	9	9		
Fysisk aktivitet /inaktivitet	5	4	4		
Måltidsordning	5	5	5		
Matvanor	9	10	11		
Sömn	1	1	1		
Tobak		6	4		
Alkohol		4	2		
Narkotika och dopning			3		
Sammanfattning levnadsvanor	2	2	2		
Pubertet/Sexualitet		1/1	1/1		
Upplevd hälsa	12	18	18		
Grafisk bild		Bildblad	Hälsoprofil	Hälsoprofil	



Figur 1. Hälsoenkäter, bildblad och hälsoprofiler

# Urval och deltagare

## *Studie I*

Till studie I inbjöds de fjorton sjuksköterskor som börjat arbeta med hälsosamtal med föräldrar med stöd av Hälsokurvan. De informerades om studiens syfte av den samordnade sjuksköterskan för barnhälsovården och blev sedan kontaktade av forskaren per telefon. Samtliga tillfrågade sjuksköterskor tackade ja till att delta i studien. Sjuksköterskorna hade specialistutbildning antingen som distriktsköterska eller barnsjuksköterska och de hade arbetet inom barnhälsovården mellan 2 och 34 år, med ett medianvärde på 16,5 år. Sjuksköterskorna hade genomfört 22 – 200 hälsosamtal med föräldrar med stöd av Hälsokurvan.

## *Studie II*

Via elektronisk post skickades ett informationsbrev ut om den planerade studien till samtliga skolsköterskor i länet. Skolsköterskorna tillfrågades om när de planerade att ha hälsosamtal, och om de ville medverka genom att förmedla kontakt med klassföreståndare för aktuell klass. De skolsköterskor som svarade ja kontaktades via telefon om lämplig tidpunkt för intervju med eleverna i förhållande till genomförda hälsosamtal. Klassföreståndarna blev sedan kontaktade per telefon och fick muntlig och skriftlig information om studien och ombads tillfråga eleverna om deltagande i studien. Totalt deltog 74 elever i årskurs 4, 7 och första året på gymnasiet från elva olika skolor där totalt tolv skolsköterskor arbetade. En översikt av fokusgruppernas sammansättning presenteras i tabell 1 i artikel II.

## *Studie III*

De grupper med elever från årskurs 7 som ingick i studie II, totalt 29 elever fördelade på sex grupper ingick även i delstudie III. Dessutom tillfrågades de skolsköterskor som arbetat med hälsoverktyget för årskurs 7 om deltagande. Tre grupper med totalt tjugotre skolsköterskor, som arbetat som skolsköterskor 1 – 17 år (medianvärde 8 år) intervjuades. Skolsköterskorna hade tillsammans genomfört ca 1500 hälsosamtal med elever i årskurs 7 där hälsoverktyget hade används under läsåret.

## **Studie IV**

Samtliga skolsköterskor i Jönköpings län informerades via e-post om studiens syfte och tillfrågades om deltagande i studien. Påminnelse skickades till ansvarig skolsköterska i varje kommun och i början av nästkommande läsår skickades ny information om studien. Sjutton skolsköterskor tackade ja till deltagande i studien. Orsaker till att aktivt tacka nej till deltagande i studien var att inte vilja bli filmad, oro för hur filmningen skulle påverka eleven och brist på tid.

Elever från de skolor där skolsköterskorna tackat ja till att delta tillfrågades via klassföreståndare om deltagande i studien. Totalt deltog 24 elever i en inspelning var (tabell 2 artikel IV). En skolsköterska deltog i tre inspelningar, fem i två inspelningar och elva i en inspelning var. Skolsköterskorna hade arbetat från 1 till 15 år som skolsköterskor (medianvärde 8 år).

## **Datainsamling**

### ***Individuella intervjuer***

I studie I samlades data in genom individuella intervjuer med sjuksköterskorna. Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor om hur länge de hade arbetat inom barnhälsovården och med Hälsokurvan som arbetsmetod. Intervjuerna fortsatte sedan utifrån en övergripande öppen fråga där intervjupersonerna ombads att berätta om sina erfarenheter av att arbeta med Hälsokurvan vid hälsosamtal med föräldrar. Sjuksköterskornas berättelser kompletterades med frågor från en frågeguide omfattande hälsoverktyget, hinder och möjligheter som uppkommit och hur detta nya arbetssätt fungerat. Intervjuaren använde sig av utforskande frågor som ”Hur tänker du då?” och ”Berätta mera om...!” för att ytterligare utveckla och klargöra sjuksköterskornas beskrivningar (Kvale & Brinkman, 2009). I slutet av intervjun gjordes en kort sammanfattning som ett sätt att bekräfta att intervjuaren hade uppfattat respondenten korrekt (Kvale, 1997). Samtliga intervjuer genomfördes av samma intervjuare och spelades in på ljudband.

## Fokusgrupper

I studie II och III samlades data in genom fokusgrupper. I en fokusgrupp samlas ett antal personer med gemensamma erfarenheter tillsammans med en moderator som leder intervjun utifrån en intervjuguide (Krueger & Casey, 2000; Polit & Beck, 2008). En fördel är att interaktionen mellan gruppmedlemmarna stimulerar tankar och för diskussionen vidare (Holloway & Wheeler, 2002). I en fokusgrupp med barn och ungdomar minskas tonvikten på relationen till den vuxne vilket kan vara ett sätt att undvika det faktum att barn och ungdomar tenderar att svara som de tror att den vuxne forskaren vill istället för att uttrycka sina egna åsikter (Heary & Hennessy, 2002). För att barn och ungdomar ska känna sig trygga kan med fördel intervjuerna äga rum i barnens naturliga miljö t.ex. i skolan (Kvale & Brinkman, 2009) och därför genomfördes dessa fokusgrupper under skoltid i elevernas respektive skola. Barn och ungdomar i en fokusgrupp bör överrensstämma i ålder och kön för att få bästa resultat (Heary & Hennessy, 2002; Krueger & Casey, 2000) vilket var vägledande vid utformningen av fokusgrupperna i studierna II och III.

För att säkerställa att frågeformuleringarna var anpassade för den aktuella åldersgruppen diskuterades frågeguiden med två elever i gymnasieåldern innan den första fokusgruppen genomfördes. En pilotfokusgrupp, där frågeguiden och intervjumetodiken prövades, genomfördes också med fyra elever i årskurs 4.

Ett sätt att underlätta för barn och ungdomar att delge sina erfarenheter i en fokusgrupp är att be dem beskriva en händelse istället för att diskutera mer övergripande frågor eftersom frågorna då tenderar att besvaras mycket enstavigt (Horner, 2000). Vid fokusgrupperna med eleverna var den inledande frågan ”Hur skulle du beskriva ett hälsosamtal alternativt hälsoverktyget för en kompis” (II, III). Beskrivningen kompletterades sedan genom mer utforskande frågor som t.ex. ”Berätta mera om...!” och ”Hur tänker du då?”. Utifrån elevernas resonemang med varandra ställdes sedan följdfrågor. Eleverna fick också en hälsoenkät och en hälsoprofil som diskussionsunderlag vid intervjun (III).

Även skolsköterskorna fick en hälsoenkät och en hälsoprofil som diskussionsunderlag vid intervjun (III) och efter en kortare introduktion om studiens syfte ställdes en mer övergripande fråga om deras uppfattningar om att



arbete med hälsoverktyget (Krueger & Casey, 2000). Skolsköterskornas berättelser kompletterades sedan med frågor från en frågeguide omfattande hälsoverktygets olika delar och de hinder och möjligheter som uppkommit med detta nya arbetssätt.

Fokusgrupperna med eleverna respektive skolsköterskorna genomfördes på liknande sätt. De leddes av en moderator med en assistent närvarande. Assistenten förde anteckningar och ansvarade för den tekniska utrustningen. Vid de tillfällen när diskussionen i gruppen tenderade att frångå studiens syfte gjorde moderatören en sammanfattning för att återkomma till syftet. I de situationer där deltagarna svarade mycket kortfattat gjorde moderatören en sammanfattning som sedan deltagarna fick verifiera för att säkerställa att inläggen tolkades på rätt sätt. I slutet av intervjun gjorde assistenten en sammanfattning som presenterades för deltagarna (Krueger & Casey, 2000). Samtliga intervjuer genomfördes av samma moderator och spelades in.

## ***Videoinspelningar***

Ordinarie hälsosamtal inom skolhälsovårdens verksamhet filmades i studie IV. Genom videoinspelningar finns möjlighet att studera hälsosamtalen ur olika perspektiv både vad gäller verbal och ickeverbal kommunikation och samspelet mellan eleven och skolsköterskan samt de faktorer som påverkar detta (Heath, Hindmarch, & Luff, 2010). Innan studien påbörjades filmades ett hälsosamtal vilket visade att för att erhålla optimal ljud och bildupptagning måste möjlighet finnas att flytta kameran under inspelningen. Forskaren fanns därför med under hälsosamtalen placerad vid kameran utan att ta aktiv del i samtalet. När skolsköterskan och eleven förflyttade sig i rummet, t.ex. för mätning av längd och vikt, följde forskaren med kameran. Efter varje inspelning genomfördes intervjuer där videoinspelningarna användes som underlag. Eleven intervjuades först och därefter skolsköterskan. Dessa intervjuer gjordes som en del inför fortsatta studier av hälsosamtal där inspelningarna och intervjuerna kommer att analyseras vidare. I denna avhandling kommer endast beskrivningar av forskarens påverkan under samtalet att redovisas.

# Analys

## *Innehållsanalys*

Ett induktivt angreppssätt användes i dessa studier eftersom området tidigare inte var så väl beforskat (Hsieh & Shannon, 2005). En kvalitativ innehållsanalys genomfördes av texten från intervjuerna i de tre första studierna (I – III). Innehållsanalys innebär att texten analyseras genom sökande efter gemensamma mönster. Textmassan bryts ner i mindre enheter med innehåll relaterat till studiens syfte och dessa etiketteras med en kod som beskriver innehållet med syfte att upptäcka gemensamma mönster (Krippendorff, 2004; Polit & Beck, 2008). I analysen av intervjuerna i studie I användes de första analyssteg som beskrivs av Strauss och Corbin (1990). Denna teknik för att genomföra analysen av texten användes här som en variant av kvalitativ innehållsanalys. I delarbete II och III användes innehållsanalys utgående från Krippendorff (2004) och det induktiva analysförfarandet beskrivet av Elo och Kyngäs (2008).

**Studie I:** De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant av den forskare som genomförde intervjuerna. I första steget lästes texten igenom flera gånger för att få en överblick över innehållet. Texten analyserades sedan mening för mening och återgavs med koder utifrån intervjupersonernas egna ord och benämningar. I steg två jämfördes koderna och grupperades i kategorier som beskrev innehållet på en mer abstrakt nivå. I det tredje steget abstraherades kategorierna till en huvudkategori (Strauss & Corbin, 1990). Två i forskargruppen läste och analyserade det framkomna resultatet först individuellt och sedan gemensamt.

**Studie II och III:** De fyra första fokusgrupperna med elever och intervjuerna med skolsköterskorna skrevs ut av den forskare som genomförde intervjuerna. De övriga fokusgrupperna med eleverna skrevs ut av en sekreterare med erfarenhet av att skriva ut forskningsintervjuer. Texten lästes först igenom flera gånger för att skapa en förståelse för och fånga det väsentliga innehållet i texten. Rubriker och noteringar skrevs som koder i marginalen vid textavsnittet relaterade till studiens syfte (Elo & Kyngäs, 2008). Utifrån innehållet sammanfördes koder med liknande innehåll till preliminära kategorier. Genom att hela tiden hålla sig nära texten och koderna justerades kategoriseringen och subkategorier fastställdes med benämningar utifrån innehåll (Krippendorff, 2004). I nästa steg sammanfördes subkategorierna och abstraherades till

kategorier. I studie III analyserades först elevernas och skolsköterskornas uppfattningar var för sig och som sedan sammanfördes de vid analysarbetet med de preliminära subkategorierna till gemensamma subkategorier. Utifrån kategorierna som framkom i studie III abstraherades de tre kategorierna till en huvudkategori. I studie II och III genomfördes analysernas första delar i samarbete mellan två av forskarna och i det sista steget när kategorierna fastställdes, medverkade alla i forskargruppen.

### ***Kvantitativ analys av videoinspelningarna***

Roter Interaction Analysis System (RIAS) användes vid analysen av den verbala interaktionen mellan eleven och skolsköterskan i studie IV. Det är en validerad metod för analys av verbal interaktion mellan vårdpersonal och patienter som är använd i olika vårdsammanhang och i olika länder (Cox, Smith, Brown, & Fitzpatrick, 2009; Roter, 2011 ; Roter & Larson, 2001; Roter & Larsson, 2002). Inspelade samtal analyseras kvantitativt direkt från film- eller ljudfiler där varje yttrande kategoriseras utifrån förutbestämda kategorier. Av kategorierna är 25 uppgiftsrelaterade och 15 känslomässiga kategorier. För barnversionen av RIAS finns ytterligare 8 olika kategorier kopplade till frågor och rådgivning utifrån barns utveckling. Tillsammans med en ytterligare kategori för ohörbara yttranden bildar kategorierna tillsammans 49 olika kategoriseringsalternativ för varje yttrande utifrån en strukturerad manual. Genom att samtalen analyseras direkt från inspelningen möjliggörs också analys utifrån tonfall. Ett yttrande innehåller en tanke och kan variera från ett enstaka ord till en hel mening. De olika kategorierna sammanförs sedan till fem mer övergripande kategorier, baserade på kategoriernas funktioner. Exempelvis fördes skolsköterskans frågor om olika områden samman till en övergripande kategori ”insamling av data” och yttranden där eleverna svarade på frågor och berättade om sin situation sammanfördes till kategorin ”ger information” (tabell 4). De övriga tre övergripande kategorierna avsåg undervisning och rådgivning, relationsbyggande samt underlätta för eleverna att vara aktiva och delaktiga i samtalen. (Cox, et al., 2009; Roter & Larson, 2001; Roter & Larsson, 2002).

**Tabell 4.** Exempel på uttalanden, kategorier och sammansatta kategorier.

Exempel på yttrande	Yttrande kategori	Sammansatt kategori
Jag tränar fotboll fyra gånger i veckan. Nä inte något så där seriöst förhållande	Ger information om sin livsstil , medicinska uppgifter, utveckling och läkemedel	Ger information (elev)
Hur tycker du det är på rasterna? Tränar du något på din fritid? Finns det någon då i ditt liv som du är extra förtjust i? Hur är det med din huvudvärk?	Frågor om levnadsvanor, trivsel, relationer och medicinska tillstånd.	Insamling av data (skolsköterskan)

Vid kodning av samtalen användes ”RIAS ”computer-entery software” som möjliggör direkt kodning av yttranden och ämnesinnehåll från inspelningarna. Frekvenser av varje yttrande i de olika kategorierna och ämnesinnehållet analyserade med hjälp av SPSS version 18 och Chi-2-test användes vid analys av gruppskillnader.

## Trovärdighet

För kvalitativa studier är Lincolns och Gubas (1985) begrepp, relaterade till trovärdighet, ofta använda (Polit & Beck, 2008). Lincoln och Guba (1985) beskriver fyra begrepp avseende trovärdighet i kvalitativa studier, tillförlitlighet (credibility) i datainsamling och analys, överförbarhet (transferability) av resultaten till andra sammanhang, pålitlighet (dependability) oberoende av forskaren och dennes perspektiv samt möjligheten för någon annan än forskaren att bekräfta resultaten (confirmability).

Ett sätt att stärka tillförlitligheten är att använda den mest lämpliga datainsamlingsmetoden och att i detalj beskriva hur analysen har genomförts.

Tillförlitligheten kan också stärkas genom att två forskare först individuellt analyserar data och sedan tillsammans slutför analysen. Detta har genomförts i studie I – III i denna avhandling (Lincoln & Guba, 1985). Tillförlitligheten är också beroende av pålitligheten i analysförfarandet. Två forskare som oberoende av varandra analyserar materialet ökar trovärdigheten genom att pålitligheten stärks. För att förstärka pålitligheten är en forskargrupp med olika erfarenheter en tillgång. I studierna som ingår i denna avhandling deltog både forskare med erfarenhet av att arbeta med hälsosamtal och forskare utan erfarenhet av detta. I forskargruppen fanns också en variation av erfarenheter i forskning med barn och vuxna och med olika metoder vilket ytterligare stärker trovärdigheten i resultaten. Resultat och tolkningar har i en pågående process diskuterats mellan forskarna och deras olika perspektiv och erfarenheter kan anses på olika sätt ha bidragit till att stärka trovärdigheten i resultaten (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2008).

Möjligheten för någon annan än forskaren att bekräfta resultaten stärks genom att resultatbeskrivningen förtydligas med citat. Informanternas egna ord stärker analysens trovärdighet och visar att resultaten är grundade i informanternas egna beskrivningar och inte utifrån forskarens perspektiv och förförståelse (Polit & Beck, 2008).

Inom kvalitativ forskning används begreppet överförbarhet för att bedöma resultatens giltighet i andra sammanhang än där den är genomförd. En tydlig beskrivning av både deltagare och det sammanhang som studien är genomförd i är nödvändigt för att läsaren ska kunna bedöma resultatens giltighet utifrån överförbarhet till andra sammanhang (Polit & Beck, 2008).

## Etiska överväganden

I forskningssammanhang betraktas barn och ungdomar som en utsatt grupp utifrån deras beroendeställning gentemot vuxna och deras kognitiva utvecklingsnivå. När barn och ungdomar är deltagare ställs särskilda krav för att beakta de etiska principerna, speciellt med avseende på att det informerade samtycket inhämtas på ett adekvat sätt utifrån ålder och mognad (Hill, 2005; Medicinska forskningsrådet [MFR], 2003). För att inte utsätta barn för onödiga påfrestningar ska barnen endast involveras i forskningen om den kunskap som

eftersträvas inte går att få fram genom andra källor, t.ex. genom intervjuer med föräldrar eller personal (MFR, 2003). Barnens egna värdefulla erfarenheter av och synpunkter på hur det förebyggande arbetet med hälsosamtal kan utformas hade inte gått att få tillgång till om inte barnen själva deltagit i dessa studier. Barnen får genom studierna möjlighet att göra sina röster hörda och därmed påverka utvecklandet av det förebyggande arbetet inom skolhälsovården. Att barn och ungdomar själva får komma till tals och få sina åsikter beaktade i frågor som berör dem uttrycks som viktigt i artikel 2 i FN:s barnkonvention (FN, 1989). Den samlade bedömningen är att studien kan ge värdefull ny kunskap som i förlängningen kan komma deltagarna i studien till gagn, och nyttan överväger riskerna.

Projektet har utarbetats utifrån ”Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning” (MFR, 2003) ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” (Vetenskapsrådet, 2007) och är prövat av etikprövningsnämnden, Linköping (dnr -36-08). Detta innebär att de fyra etiska principerna autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen har beaktats (Buchanan, 2006; MFR, 2003; Vetenskapsrådet, 2007).

Autonomiprincipen beaktades genom att varje deltagare själv fick avgöra om han eller hon ville delta i studien. Enligt Carnevale, Macdonald, Bluebond-Langner och McKeever (2008) ska medgivande ses som en process som fortgår under hela datainsamlingen. Deltagare i studien informerades, i såväl informationsbrev som innan varje intervju och inspelning, om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien. Enligt de forskningsetiska principerna inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2007) ska både föräldrar och barn tillfrågas och ge sitt samtycke om barnet är under 15 år. Separata informationsbrev lämnades till barn, ungdomar och föräldrar. I de fall där deltagarna var yngre än 15 år inhämtades skriftligt samtycke från både föräldrar och barn. Då barnet kan uppleva ett underläge gentemot forskaren är det viktigt att stärka barnets möjligheter att säga nej till att delta i forskning (Miller, 2000). Barnen i dessa studier tillfrågades om deltagande av sin klassföreståndare och behövde på det sättet inte säga ja eller nej till forskaren. Då studierna avsåg elevernas erfarenheter av skolhälsovården var inte heller skolsköterskorna de

som tillfrågade barnen. I informationsbrevens beskrevs att barnets fortsatta kontakter med skolhälsovården inte påverkades av om de tackade ja eller nej till att delta i studien. För att barn ska kunna ta ställning till om de vill delta i forskning eller inte är det viktigt att de får anpassad information så att de kan förstå den erhållna informationen. I samband med att informationsbrevens till studierna i denna avhandling utarbetades fick barn i de aktuella åldrarna läsa informationsbrevens och ge synpunkter på det de inte förstod. De fick också ge förslag på alternativa skrivningar för att förtydliga breven utifrån barns perspektiv, vilket är i enlighet med vad Ford, Sankey och Crisp (2007) förespråkar. Även föräldrar med barn i de aktuella åldrarna fick läsa informationsbrevens och ge förslag på förbättringar. Sjuksköterskorna som tillfrågades om deltagande i intervjuer och videospelningarna fick utifrån autonomiprincipen själva avgöra om de ville delta eller inte.

Godhetsprincipen beaktades i och med att resultaten av studierna förväntas ge ny kunskap om hälsosamtal inom barn- och skolhälsovården vilket kan öka kvalitén i arbetet. Resultaten av dessa studier kan förbättra arbetet inom skolhälsovården utifrån barns och ungdomars eget perspektiv. Hill (2005) beskriver att barn och ungdomar kan uppleva det positivt att få delta i studier där deras erfarenheter och kunskaper efterfrågas och på så sätt medverka till att utveckla metoder som främjar barns och ungdomars hälsa. För sjuksköterskorna som deltar i studien kan resultatet bli ett hjälpmedel för att vidareutveckla och förbättra arbetet för att främja barns och ungdomars hälsa.

Principen att inte skada beaktades genom att ingen enskild deltagares åsikt kan spåras i resultatet och alla personuppgifter behandlades konfidentiellt. Principen att inte skada beaktas också genom att intervjuerna med barnen enbart tar upp frågor om elevernas uppfattningar och erfarenheter av hälsoverktyget och hälsosamtal som metod. Inga frågor om elevernas egen hälsa ingår. Möjligen kan eleverna påverkas utifrån sin egen hälsosituation vid diskussion om dessa frågor och någon fråga kunde aktualisera problem eller behov som eleven inte tidigare uttryckt vid hälsosamtalen. Enligt Hill (2005) är det viktigt att det vid forskning där barn är involverade finns resurser att ta hand om dem om de i samband med en intervjusituation blir ledsna, upprörda eller på annat sätt negativt påverkade. Om någon av eleverna vid intervjun uttryckt behov av att samtala ytterligare om egna upplevda behov eller bekymmer hade kontakt

förmedlats med i första hand respektive skolsköterska eller, om eleven hade föredragit annan person, t.ex. kuratorn på skolan. Genom att vara två intervjuare med mångårig erfarenhet av arbete med barn och ungdomar inom hälso- och sjukvården fanns också beredskap för att under intervjuerna kunna stödja och individuellt ta om hand en elev som uppvisat behov av direkt individuellt samtal. Föräldrarna fick också via informationsbrev tillgång till namn, adress och telefonnummer till ansvariga forskare som de kunde kontakta.

Hälsosamtalen som videoinspelades utgjordes av de planerade hälsosamtal som erbjöds eleverna via skolhälsovården och medförde därför i sig inga ytterligare påfrestningar för barnet. De elever som deltog i videofilmningen kunde dock uppleva sig begränsade av forskarens närvaro och inte våga uttrycka de behov och problem som skulle kunna framkomma i ett samtal som inte spelades in. Samtliga elever vars hälsosamtal videoinspelades erbjöds ett uppföljande samtal hos skolsköterskan. Hälsosamtalen som spelades in var de samtal som ingick i skolsköterskans arbete och innebar att den extra arbetsinsatsen bestod av att kontakta klassföreståndare och att delta i den efterföljande intervjun. Skolsköterskorna som deltog i videoinspelningarna kunde uppleva det som en extra belastning att ha en forskare närvarande och några av skolsköterskorna uttryckte att de upplevt oro inför videoinspelningen.

Rättvisprincipen beaktades i urvalet genom att samtliga sjuksköterskor som genomfört hälsosamtal med föräldrar tillfrågades om deltagande i studien. Samtliga sjuksköterskor som deltagit i prövningen av hälsoverktyget tillfrågades om deltagande i studie III och för studie IV tillfrågades samtliga skolsköterskor i Jönköpings län som arbetar med de aktuella åldersgrupperna. I studie II och III begränsades deltagandet till de elever som hade haft hälsosamtal när intervjuerna skulle ske och där skolsköterskorna tackade ja till att förmedla kontakt med klassföreståndare. Gällande studie IV begränsades elevernas rätt att delta utifrån att skolsköterskan först skulle ge sitt medgivande.



# Resultat

Resultaten presenteras under tre huvudområden:

- Elevers uppfattningar om hälsosamtal och hälsoverktyg
- Sjuksköterskors erfarenheter av och uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyg i hälsosamtal
- Innehåll och verbal interaktion i hälsosamtal mellan elever och skolsköterskor.

## Elevers uppfattningar om hälsosamtal och hälsoverktyg (II, III)

Elevernas uppfattningar om hälsosamtal och hälsoverktyg (II och delar av III) presenteras under rubrikerna ”Fokus på mig och min situation” och ”Möjlighet att påverka min egen hälsa”. I tabell 5 visas en översikt över hur resultaten från studie II och III sammanförts under de två rubrikerna.

**Tabell 5.** Elevers uppfattningar om hälsosamtal och hälsoverktyg (II, III).  
Översikt över ursprungliga kategorier och nya rubriker.

<b>Fokus på mig och min situation</b>	<b>Möjlighet att påverka min hälsa</b>
Frivillighet (II)	En översikt av min egna hälsa (II)
Etablera kontakt med skolsköterskan (II)	Lyfter fram olika aspekter av hälsa (III)
Söker förtroende (II)	Påtalande av hälsorisker och inspiration till förändring (II)
Osäkerhet över tystnadsplikten (II)	Vilja att vara hälsosam (II)
Framhäver den egna uppfattningen (III)	Gör situationen konkret (III)
Information om ämnen som ska diskuteras (II)	Ger medvetenhet (III)
Fokus på min hälsosituation (II)	Stimulerar till reflektion (III)
Väcker diskussion (III)	Skolsköterskans egenskaper och lyhörddhet (II)
Delaktighet (II)	Information till föräldrarna (III)
Respekt (II)	Information på gruppnivå (III)

II = Studie II (elever åk 4, 7 och första året på gymnasiet) III = Studie III (elever åk 7)

## Fokus på mig och min situation

*"Hon ska inte bara göra som dom tycker*

*Att dom måste lyssna på hur vi tycker.*

*Att dom inte bara.. ja, nu ska du lyssna på mig för det är jag som bestämmer. "Vill du säga något annat?"*

*Dom måste ha tålamod och lyssna"(årskurs 4)*

Eleverna beskrev att förberedelse skapar beredskap, som i sin tur skapar bra förutsättningar för att få bästa möjliga utbyte av hälsosamtalet. Vikten av att vara informerad om syftet med hälsosamtalet och vad det skulle innehålla lyftes fram (II). När eleverna fått besvara en hälsoenkät i förväg uttryckte de att de kunde reflektera över frågeområdena och därmed förbereda sig inför samtalet, vilket de inte kunde göra om de fick frågorna direkt vid samtalet (II, III). Resultatet visar också att eleverna var osäkra på om det var obligatoriskt eller inte att besöka skolsköterskan och de ville ha information om att det var *frivilligt*. Samtidigt beskrev eleverna hälsosamtalet som en möjlighet att få stöd av skolsköterskan, något som de kanske inte alltid hade övervägt eller känt till innan. Utifrån det diskuterades att det kanske också fanns fördelar med att inte veta att det var ett frivilligt erbjudande (II).

Hälsosamtalet uppfattades som en möjlighet att *etablera kontakt* med skolsköterskan och försöka ta reda på om hon var någon att lita på eller inte. Erbjudande om hälsosamtal minst en gång varje år framfördes som en möjlighet att lära känna skolsköterskan bättre. Om eleverna uppfattade skolsköterskan som pålitlig fick de *förtroende* för henne och de kände sig fria att delge mer personliga tankar. Detta var också av betydelse för om de skulle uppleva att skolsköterskan var någon de kunde söka stöd hos om behov skulle uppkomma senare. Eleverna var till viss del medvetna om skolsköterskans skyldighet att kontakta föräldrarna om det framkom behov av det och en viss oro för detta framkom i intervjuerna. Elevernas *osäkerhet* inför om skolsköterskan skulle berätta för föräldrar eller lärare om deras bekymmer eller problem kunde få dem att avstå från att berätta för skolsköterskan, även om de trodde att hon kunde hjälpa dem (II).

Med hälsoverktyget som utgångspunkt kunde samtalet baseras på *elevens egen uppfattning om sin hälsa* vilket medförde att samtalet fokuserades på de områden som eleven själv ansåg angelägna (III). När eleven i förväg fått *information om de områden* som skulle tas upp kunde samtalet utgå från detta som var relevant och ämnen som de inte ville prata om kunde undvikas. Att inte vara förberedd kunde leda till att eleverna kände sig tvingade att tala om aspekter, som de efteråt kunde ångra och de kunde då också missa möjligheten att få egna frågor besvarade. När eleverna i förväg besvarat en hälsoenkät som skolsköterskan sedan läst igenom tyckte eleverna att skolsköterskan var förberedd på vad som var mest angeläget för just den eleven att tala om. Samtalet utgick från det som var relevant hade *fokus på individens egen situation* och detta underlättades om skolsköterskan var förberedd genom att ha läst igenom elevens hälsoenkät i förväg (II).

Det viktiga för eleven var att få möjlighet att prata om sin hälsa och hur olika faktorer påverkade den (II, III). Hälsoverktyget kunde vara till hjälp för att *öppna upp för en diskussion* (III). Eleverna beskrev att det underlättade samtalet om skolsköterskan var den som initierade de olika områdena genom att ställa frågor. Detta var särskilt betydelsefullt när det gällde mer personliga områden (II). De öppna frågorna som fanns i hälsoenkäten beskrevs av eleverna som en möjlighet att visa om det fanns något speciellt de ville samtala om (III).

När samtalen berörde områden som var relevanta för dem och deras livssituation fann de samtalet meningsfullt och kände sig *delaktiga*. Att *känna sig respekterad* av skolsköterskan i samtalet genom att hon hade förmågan att förstå hur och på vilket sätt eleven ville fortsätta samtalet beskrevs som viktigt. När skolsköterskan bara ”tjatade på” utan att ta hänsyn till elevens önskningar påverkade det samtalet negativt och eleven ville bara att samtalet skulle ta slut (II).

*”-Om det är något man har varit ärlig om som inte är så bra som man inte är riktigt stolt över är det inte så kul om hon bara hackar på en då känns det bara jobbigt.*

*-Ja*

*-Mm*

*-Bättre hon är förstående och så*

*-Hon ska inte lägga ner huvudet i det, men hon ska försöka” (gymnasiet)*

## Möjlighet att påverka min egen hälsa

*Då får man veta vad man ligger till och sånt, och det är nog rätt viktigt.*

*För om det är något du ska förbättra och ..eller så som du vet är dåligt så kanske du inte gör det ändå för du inte orkar. Men om du pratar med skolsköterskan så kanske hon hjälper dig så du börjar förbättra och tänker på det sedan (årskurs 7)*

Eleverna beskrev hälsosamtalet som en möjlighet till kunskap och insikt om hälsa och levnadsvanor. De beskrev också att samtalet om olika områden ledde till en god *översikt* över den egna hälsosituationen (II). Hälsoverktyget gav struktur åt samtalet och kunde fungera som en startpunkt för samtalet baserat på deras egen beskrivning av sin situation. Eleverna beskrev att den omfattande hälsoenkäten bidrog till att många *olika aspekter av hälsan lyftes fram* och att detta gav möjlighet till samtal om hur dessa påverkade den egna hälsan (III).

Centralt i samtalen var enligt eleverna skolsköterskans skyldighet att *lyfta fram möjliga hälsorisker och inspirera till förändring* utifrån sin professionella kunskap. Genom att skolsköterskan lyfte fram de aspekter som hon uppfattade var viktiga, skapades en möjlighet att få reflektera över vad som kunde påverka den egna hälsan. Detta kunde också underlätta för eleverna i de fall där de inte hade varit helt ärliga i beskrivningen av sin egen situation (II).

Eleverna uttryckte en *vilja att ha hälsosamma vanor*. De uttryckte att de kunde känna stolthet över att de hade hälsosamma vanor och att de tog ansvar för sin hälsa, men de kunde också känna sig misslyckade och anklagade för att leva ohälsosamt (II). Denna önskan att framstå som ”hälsosam” kunde ibland leda till att de inte svarade sanningsenligt även om de förstod att syftet med samtalet var att det skulle vara till nytta för dem själva.

Eleverna beskrev att den grafiska bilden, hälsoprofilen, bidrog till att deras hälsosituation blev mer *tydlig och konkret*. Hälsoprofilen beskrevs som ett komplement till hälsoenkäten genom att förstärka det som framkom i samtalet. Detta medförde att de blev medvetna både om områden de var nöjda med och områden de ville förbättra samt att intresset för den egna hälsan ökade (III). De poängsatta frågorna kunde få eleven att börja *reflektera* och bjuda in till en diskussion med skolsköterskan. Eleverna beskrev att de började fundera över att göra en förändring, t.ex. att öka den fysiska aktiviteten. I de fall där de

upplevde att poängsättningen inte stämde med vad de själva ansåg, ifrågasatte de om den var korrekt. Elever beskrev situationer när de inte instämde med de bakomliggande rekommendationerna för poängsättningen, vilket kunde ge upphov till ytterligare diskussioner kring olika faktorer påverkan på hälsan. I en av de intervjuade elevgrupperna diskuterades om det kunde finnas en möjlighet att bli oroad beroende på vad hälsoprofilen visade (III).

En konstruktiv dialog där eleven inte kände sig anklagad eller misslyckad efterfrågades. Genom en dialog om elevens individuella hälsosituation kombinerat med försiktiga och varsamma förslag till förändring kunde skolsköterskan inspirera eleven till att överväga eventuella förändringar. Lyhördhet för den enskilda elevens behov genom att visa sig intresserad, lyssna och visa förståelse för det som påverkade livssituationen hos eleven var *egenskaper hos skolsköterskan* som eleverna lyfte fram som viktiga aspekter för ett fungerande hälsosamtal (II).

Hälsoprofilen kunde underlätta för eleverna att *informera föräldrarna* om hälsosamtalet och de kunde också fortsätta samtalet om hälsa hemma. Detta beskrevs som en viktig fortsättning på samtalet med skolsköterskan. En del elever beskrev emellertid att de bara lagt fram hälsoprofilen hemma men inte diskuterat innehållet vidare med föräldrarna. Eleverna beskrev också att det hälsofrämjande arbetet *på gruppnivå* kunde anpassas för den enskilda klassens behov baserat på vad som framkommit om klassens samtliga elever i samband med hälsosamtalet (III).

## Sjuksköterskors erfarenheter av och uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyg i hälsosamtal (I, III)

Sjuksköterskorna inom barnhälsovården i studie I och skolsköterskorna i studie III beskrev att hälsoverktygen ”*understödde samtalet*” och gav en ”*ökad förståelse*” för individens situation. Erfarenheterna av och uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyg i hälsosamtal presenteras under rubrikerna ”Understödjer samtalet” och ”Ökar förståelsen för individens situation”. I tabell 6 visas en översikt över hur resultaten från studie I (sjuksköterskorna inom BHV) och III (skolsköterskorna) sammanförts under de två rubrikerna.

**Tabell 6.** Sjuksköterskornas erfarenheter och uppfattningar om att arbeta med hälsoverktyg i hälsosamtal (I, III). Översikt över ursprungliga kategorier och nya rubriker.

<b>Understödjer samtalet</b>	<b>Ger förståelse för individens situation</b>
<b>Utgör en struktur för samtalet (I)</b>	Framhäver den enskildes uppfattning (III)
<b>Konkretiserar situationen (III)</b>	Ger möjlighet att involvera båda föräldrarna (I)
<b>Väcker diskussion (III)</b>	Relationen mellan föräldrarna och sjuksköterskan fördjupas (I)
<b>Stimulerar till reflektion (III)</b>	Lyfter fram olika aspekter av hälsa (III)
<b>Individuella uppföljningar (III)</b>	Skapar möjlighet att följa upp hälsosituationen(I)
<b>Information till föräldrarna (III)</b>	
<b>Information på gruppnivå (III)</b>	
<b>En stimulerande och positiv arbetsuppgift (I)</b>	
<b>Behov av stöd och resurser (I)</b>	

I = Studie I (sjuksköterskor BHV), III = Studie III (skolsköterskor SHV)

## **Understödjer samtalet**

*"Så jag tycker att de här frågorna om vikt och attityder som kommer, ibland kan man känna att det är ganska känsliga områden men med de här frågorna har man ett slags "förkläde" och det underlättar tycker jag" (skolsköterska)*

Hälsoverktygen gav *en struktur åt hälsosamtalen* vilket bidrog till att ge en mer omfattande bild av individens hälsa. Hälsoverktygen blev en överskådlig och tydlig utgångspunkt för samtalen (I, III) och fungerade också som en checklista och säkerställde att inget viktigt område glömdes bort (III).

Att initiera samtal om mer känsliga områden underlättades med stöd av hälsoverktygen. Samtal inom barnhälsovården med föräldrar om alkoholkonsumtion beskrevs som ett område där hälsoverktyget gjorde det lättare att initiera diskussionen på ett sätt som det tidigare saknats en struktur för (I). På liknande sätt fungerade det när det gällde att t.ex. initiera samtal om

en elevs vikt (III). Den grafiska bilden, hälsoprofilen, *konkretiserade* det som framkom i samtalet och fungerade som ett komplement till hälsoenkäten (III). *Diskussioner väcktes också om* hur olika faktorer påverkar hälsa vilket framhölls som en viktig del i samtalet (III).

En möjlig nackdel kunde vara att samtalet blev allt för styrt av verktyget så att individuella behov försumrades, eftersom skolsköterskan var allt för fokuserad på strukturen och poängsättningen. Detta beskrevs framförallt som ett problem innan skolsköterskan var van vid att använda hälsoverktyget (III).

Poängsättningen av frågorna kunde också *stimulera till reflektion* kring hur olika faktorer påverkade hälsan. Skolsköterskor beskrev situationer där både de och eleverna ifrågasatte de underliggande rekommendationerna, när dessa inte stämde med deras egen personliga uppfattning, t.ex. gällande matvanor. Skolsköterskans egen personliga uppfattning kunde i dessa fall försvåra samtalet om vad som var hälsosamma matvanor. Skolsköterskorna beskrev också situationer där de hade haft en känsla av att eleven hade blivit oroad av det resultat som visades i hälsoprofilen och att det då hade varit svårt att fortsätta diskussionen på ett konstruktivt sätt. En strategi för att kunna uppmuntra eleven och fortsätta samtalet på ett konstruktivt sätt kunde då vara att tydligt förklara poängsättningen och de underliggande rekommendationerna.

Hälsoprofilen kunde användas dels för att sätta upp mål för förändring utifrån vad som framkommit i samtalet, och dels användas vid *uppföljningssamtal* för att visa effekter av eventuell förändring (III). Att göra föräldrarna medvetna om elevens hälsosituation beskrevs som viktigt och att skicka med elevens hälsoprofil hem var ett sätt att *informera föräldrarna*. I vilken utsträckning informationen nådde fram till föräldrarna var till viss del oklart för skolsköterskorna. Vad eleven valde att berätta för föräldrarna ansågs vara elevens beslut så länge det inte förelåg någon fara för elevens hälsa. Sammanställningar av informationen från hälsoverktyget kunde också göras t.ex. på klass-, skol- eller kommunnivå och på så sätt *överföra uppgifter på gruppnivå* vilket underlättade det hälsofrämjande arbetet på skolan eller i kommunen (III).

Sjuksköterskorna inom BHV såg arbetsuppgiften med föräldrarnas hälsosamtal som en *positiv och stimulerande arbetsuppgift* som gav dem möjlighet att förstärka

det förebyggande arbetet. Sjuksköterskorna beskrev att det fanns *behov av stöd* i form av resurser, utbildning och tid för att på ett bra sätt kunna utnyttja hälsoverktyget som hjälpmedel (I). Genom att fler aspekter på hälsan framkom tog hälsosamtal mer tid jämfört med tidigare arbetssätt enligt skolsköterskorna (III).

## Ökar förståelsen för individens situation

*"Fascinerad över hur de öppnar sig, man känner att polletten trillar ner när man haft lite misstankar men inte riktigt kunnat sätta tummen på"* (sjuksköterska BHV)

En ökad förståelse för individens *egen uppfattning om sin hälsa* och vilka faktorer som påverkar den beskrevs som en effekt av användandet av hälsoverktyget. Med verktygen som utgångspunkt kunde samtalet fokuseras på de områden som individen tyckte var mest angeläget att tala om (I, III). Föräldrarnas möjligheter att påverka vad han/hon hade behov av att prata om ökade genom att de i förväg besvarade hälsoenkäten enligt sjuksköterskorna inom BHV (I). Möjligheten för individen att själv hinna reflektera över frågorna före samtalet beskrevs som en fördel jämfört med att frågorna besvarades i samband med samtalet (III). Genom att båda föräldrarna erbjöds möjlighet till hälsosamtal inom BHV ökade sjuksköterskornas möjlighet att *involvera båda föräldrarna*. Samtal om den enskilda förälderns upplevelse av sin hälsa och livssituation men också om hela familjens situation ökade sjuksköterskans förståelse för familjens situation. På så sätt framkom en mer heltäckande bild av hela familjens livssituation och hälsa samt vilka faktorer som påverkade den. Sjuksköterskorna hade kontinuerligt träffat föräldrarna under barnets första levnadsår och hade då lärt känna föräldrarna men upplevde att de genom hälsosamtal med föräldrarna ytterligare hade *fördjupat relationen till föräldrarna* (I).

Genom att hälsoenkäten var omfattande *framkom flera olika aspekter* som påverkar hälsan vilket gav möjlighet till värdefulla diskussioner (I, III). För att uppmärksamma aspekter som inte direkt framkommit via frågorna kunde den sista delen, där eleverna på en 10-gradig stege markerade hur de uppfattade sin totala livssituation, vara användbar för att förstå elevens hela situation. Den kunde också användas för att göra en summering av samtalet och vara en utgångspunkt för vidare samtal (III).



Sjuksköterskorna beskrev att eftersom de hade fortsatt kontakt med föräldrarna vid de följande besöken inom BHV fanns det *möjlighet till att följa upp hälsosituationen*. Det blev en naturlig del i den fortsatta kontakten att återkoppla till vid fortsatta samtal. Som ett möjligt hinder i arbetet beskrevs att den fortsatta kontakten mellan sjuksköterskan och familjen skulle kunna försvåra för föräldrarna att känna sig fria i samtalet och berätta om mer personliga problem(I).

## Innehåll och verbal interaktion i hälsosamtal mellan elever och skolsköterskor (IV)

De 24 videoinspelade hälsosamtalen varierade i längd mellan 22 minuter och 1 timma och 17 minuter, medianvärde 43 minuter, och innehöll totalt 22 300 yttranden. Samtalen med de äldre eleverna innehöll flest yttranden och samtalen med de yngsta minst antal yttranden, men med stora individuella skillnader inom de olika åldersgrupperna (Tabell 2 artikel IV).

De ämnen som finns föreslagna i Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården diskuterades i samtliga hälsosamtal med undantag av sexualitet som inte togs upp i två av samtalen med eleverna på gymnasiet. De ämnen som kunde sammanföras till levnadsvanor utgjorde ca 50 % av alla yttranden och frågor om mat och fysisk aktivitet var de levnadsvanor som stod för den största andelen av yttranden (tabell 3 artikel IV).

Eleverna stod för 41 % av antalet yttranden i de inspelade samtalen, med en variation av 27,8 -56 % och endast i ett av samtalen svarade eleven för fler yttranden än skolsköterskan. När de olika åldersgrupperna jämfördes stod de äldsta eleverna för flest yttranden jämfört med de båda yngre elevgrupperna ( $p<0.001$ ). Den yngsta gruppen svarade för fler yttranden än mellangruppen ( $p<0.01$ ) och flickorna gjorde fler yttranden i samtalen i jämförelse med pojkarna ( $p<0.001$ ).

De enskilda kommunikationskategorierna som eleverna använde var främst *ge information om livsstil* (53 %), och *samtycka* (22 %), följt av *ge information om*

*medicinska tillstånd* (6 %) och *ge information om psykosociala problem* (4 %). Skolsköterskorna använde flera olika kategorier i kommunikationen. De vanligast förekommande var *stämna av* (14 %), *slutna frågor om livsstil* (14%), *ge instruktioner* (13 %), *ge information om livsstil* (12 %), *samtycka* (7 %), *uppbackning* (7 %) och *ge beröm* (6 %). Skolsköterskorna ställde flest frågor, totalt 2638 frågor om livsstil, medicinska tillstånd, psykosociala tillstånd, läkemedel och frågor relaterade till utveckling. Av dessa var 2189 slutna och 449 öppna frågor. I de 24 hälsosamtalen ställdes totalt 48 frågor av eleverna.

Sammanläggningen av yttrandekategorier baserat på deras funktion (figur 1 artikel IV) visade att majoriteten av elevernas yttrande handlade om att ge information, det vill säga att svara på frågor och berätta för skolsköterskan om sin situation. Elevernas resterande yttranden var från kategorin "*bygga relationer*". Skolsköterskornas yttranden (figur 2 artikel IV) handlade till stor del om att försöka aktivera och få eleven att vara delaktig (ca 35 %). I de tre övriga kategorierna "*samla information*", "*undervisning och rådgivning*" och "*bygga relationer*" var yttrandena jämnt fördelade.

# Diskussion

## Resultatdiskussion

Samtal om hälsa och levnadsvanor med avsikt att främja barns och ungdomars hälsa utgör ramen för detta avhandlingsarbete. Syftet var att utforska och beskriva hälsosamtal utifrån elevers och skolsköterskors perspektiv samt den verbala interaktionen dem emellan i kontexten av ett strukturerat hälsoverktyg.

Förberedda elever som var delaktiga och kände sig respekterad var förutsättningar för att ett elevcentrerat hälsosamtal skulle komma till stånd (II). Hälsosamtalen beskrevs som en process som gav möjligheter att påverka den egna hälsan om det baserades på elevens egen situation (II). Ett hälsoverktyg kunde understödja samtalet genom att utgöra en struktur och öppna upp för en diskussion och öka förståelsen för individens situation (I, III). Hälsoverktyget kunde också hjälpa till att föra information vidare på individ- och gruppnivå (III). Skolsköterskorna stod för den största delen av antalet yttranden i hälsosamtalen. Eleverna agerade främst genom att berätta om sin hälsa och sina levnadsvanor samt genom att samtyckta till det sjuksköterskorna sa. Skolsköterskorna ställde frågor om hälsa och levnadsvanor och stämde av med eleverna för att förvissa sig om att de hade uppfattat rätt. En dryg tredjedel av skolsköterskornas yttranden hade som syfte att göra eleverna aktiva och delaktiga i samtalen (IV).

### *Elevcentrerade hälsosamtal*

Resultaten visade att eleverna efterfrågade ett elevcentrerat hälsosamtal, där eleverna kände sig delaktiga och respekterade samt fick möjlighet att redogöra för och reflektera över sin egen hälsa (II). Ett möte med en sjuksköterska som låter individens upplevelse vara i centrum är en viktig del i den hälsofrämjande omvårdnaden (Berg & Sarvimäki 2003) vilket är i linje med resultatet i dessa studier (II, III). När hälsosamtalet handlade om flera olika aspekter av elevens hälsa (III) och skolsköterskan var lyhörd för elevens behov (II) kunde samtalet baseras på elevens egen upplevelse av sin situation. Också Persson och Friberg

(2009) ser detta som förutsättningar för att insikt om hur livsstil och levnadsvanor påverkar den egna hälsan ska framkomma. Skolsköterskans skyldighet att lyfta fram det som hon utifrån sin kunskap ansåg vara viktigt för den enskilda elevens behov lyftes fram i resultatet (II), vilket ungdomar också tidigare redogjort för (Clancy & Svensson, 2010). Det innebär en utmaning för skolsköterskan att i samtalet balansera mellan det som ska tas upp utifrån generella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2004), elevens individuella behov och vad eleven själv vill samtala om. När skolsköterskan bara ”tjatade” och inte var uppmärksam på vad och hur eleven ville samtala blev inte samtalet meningsfullt och eleverna ville bara att det skulle ta slut (II). Liknande erfarenheter har beskrivits av elever i Finland som blev passiva och inte upplevde samtalet meningsfullt när skolsköterskor agerade utan hänsyn till deras önskningsar (Mäenpää, et al., 2007). Svårigheten att fånga det som elever vill tala om har också framkommit i samtal mellan elever med övervikt och skolsköterskor (Magnusson, Hulthén, & Kjellgren, 2009). Skolsköterskorna tenderade där att agera utifrån att de antog sig veta vilka råd eleverna behövde, vilket ledde till missuppfattningar och rådgivning som inte var förankrad i elevens egen situation (Magnusson, et al., 2009). För att hälsosamtal ska kunna främja hälsa måste eleverna ges möjlighet att reflektera utifrån sin egen situation och inte enbart få en allmän information om vilka faktorer som påverkar hälsan. Detta beskrivs av Poskiparta m.fl. (2001) som motsatsen till en sjuksköterskecentrerad rådgivning grundad på allmänna hälsoråd utan anknytning till individens egen situation.

Att vara väl förberedd både på syftet med hälsosamtalen och på dess innehåll betonades som en förutsättning för att hälsosamtal skulle bli elevcentrerat (II, III). En osäkerhet om det var frivilligt att delta i hälsosamtalen eller inte framkom (II), vilket delvis kan bero på att samtalen sker inom ramen för skolans verksamhet, där eleverna i de flesta fall är skyldiga att delta enligt skollagen (SFS, 2010). Hälsosamtalen beskrevs också som en möjlighet till att få stöd av skolsköterskan som eleven inte tidigare hade tänkt på vilket innebar att det kunde finnas fördelar med att inte veta om frivilligheten (II). Första steget i ett elevcentrerat hälsosamtal skulle kunna vara att tydligt förklara syftet med samtalet och redogöra för vad som kommer att tas upp. Genom att också tydligt berätta att det är eleven som bestämmer vad han eller hon vill prata om

finns förutsättningar för att eleverna ska vilja delta i hälsosamtalen med utgångspunkt från sina egna önsknningar och behov.

Genom dessa planerade hälsosamtal fick eleverna möjlighet att lära känna skolsköterskan och få förtroende för henne vilket kunde vara avgörande för om eleven ville söka stöd hos skolsköterskan vid ett senare tillfälle (II). Vikten av en förtroendefull relation bekräftas av såväl barn och ungdomar (Clancy & Svensson, 2010; Gleeson, Robinsson, & Neal, 2002; Johansson & Ehnfors, 2006; Walker, et al., 2002), som sjuksköterskor (Borup 2002; Eriksson & Nilsson, 2008; Tveiten, et al., 2005). Den ökande psykiska ohälsan hos barn och ungdomar (Clausson, et al., 2008; Socialstyrelsen, 2009) visar på behovet av både förebyggande och stödjande arbete där skolsköterskorna skulle kunna bidra till detta arbete (Clausson & Berg, 2008; Johansson & Ehnfors, 2006; Prymachuk, Graham, Haddad, & Tylee, 2011). Ett förslag för att bygga upp en tillitsfull relation, är utifrån såväl eleverna i denna studie (II) som i Johansson och Ehnfors arbete (2006), en möjlighet att få träffa skolsköterskan oftare än vad de nationella riktlinjerna erbjuder (SFS, 2010; Socialstyrelsen, 2004). De individuella mötena med eleverna har beskrivits som en viktig del i skolsköterskans hälsofrämjande arbete (Morberg, et al., 2006) och möjligheten att vara tillgänglig för eleverna har också lyfts fram som en förutsättning för att skapa tillit och kunna stödja eleverna utifrån deras behov (Morberg, et al., 2011).

Ett hinder för eleverna att vilja delge sina problem var oron över att skolsköterskan skulle förmedla detta vidare till föräldrar eller lärare (II). Den professionella tystnadsplikten ses som en viktig förutsättning för skolsköterskornas arbete (Morberg, et al., 2011) vilket också elever tidigare har betonat (Mäenpää, et al., 2007). Svårigheterna att hantera information om elevens situation i fall där eleven inte vill att skolsköterskan ska agera lyfts fram av Morberg m.fl. (2011). Detta belyser utmaningen för både elev och skolsköterska att i ett elevcentrerat hälsosamtal balansera mellan å ena sidan elevens behov av förtroende för skolsköterskan och å andra sidan skolsköterskans skyldighet att kontakta föräldrar eller socialtjänst utifrån gällande lagstiftning vilket också Barnes, Courtney, Pratt och Walsh (2004) och Prymachuk m.fl. (2011) beskrivit. Ett sätt att hantera detta och ge eleven möjlighet att ta ställning till vad han eller hon vill berätta är att skolsköterskan

tydligt förklarar innebörd och begränsningar i tystnadsplikten utifrån elevens ålder och mognad.

I de studerade hälsosamtalen var det skolsköterskorna som stod för den största andelen av yttranden vilket är i linje med Cox m.fl. (2009) som visade att läkaren stod för drygt 60 % av alla yttranden i möten med barn och föräldrar. Detta skulle kunna tolkas som ett uttryck för elevernas begränsade möjligheter att påverka samtalet (IV). Samtidigt sågs att samtalen kunde underlättas av att skolsköterskan initierade de olika områdena och var den som ledde samtalet genom att ställa frågor, som eleven sedan kunde bemöta (II). Eleven kunde på så sätt ta över samtalet vilket också Borup (2002) visat. Utifrån ett elevcentrerat möte är troligen fördelningen av yttranden inte det mest avgörande utan istället att samtalet baseras på det eleven finner mest angeläget att samtala om.

De institutionella samtalsens inbyggda asymmetri, som bygger på deltagarnas olika roller som expert respektive lekman (Linell, 1990) understryker vikten av att samtalen utformas så att eleven kan uppleva ett partnerskap i samtalet. Eftersom hälsosamtalen i skolan också är möten mellan en minderårig elev och en vuxen kan asymmetrin ytterligare förstärka att samtalen styrs av skolsköterskan. Hälsosamtals potential för att främja barns och ungdomars hälsa riskeras då att förloras och kanske till och med ha motsatt effekt om inte elevens önsknings och behov är i centrum. I samtalen ställdes många frågor av skolsköterskorna (IV), vilket kan ses som en strategi för att få en bild av elevens situation eller som ett uttryck för att samtalet styrs utifrån skolsköterskans agenda. Elevernas bidrag i samtalen utgjordes till största delen av att beskriva sin situation genom att svara på frågor och berätta (IV). Detta kan vara ett sätt att få beskriva sin egen uppfattning om sin hälsa och vad som påverkar den. Avgörande är om skolsköterskan är lyhörd för deras berättelse (II). I hälsosamtal där skolsköterskan ställde frågor utan att vara uppmärksamma på elevernas svar innebar det att ingen dialog skapades utan skolsköterskan styrde samtalet utifrån sin agenda (Mäenpää, et al., 2007). Att förvissa sig om att de uppfattat eleven rätt genom att ”stämna av” var ett av de yttranden som var mest förekommande bland skolsköterskorna under samtalen (IV). Detta kan tolkas som ett sätt att förvissa sig om att elevens egen upplevelse är i förgrunden och på så sätt undvika att den professionella rösten tar överhanden. Detta är i linje med Mishlers (1984) beskrivning av hur medicinens kontra

livsvärldens röst kan stå i förgrunden. Resultaten från studie IV visade att drygt en tredjedel av skolsköterskornas yttranden hade som syfte att aktivera och att få eleverna att medverka i samtalet. Detta kan ses som ett uttryck för att skolsköterskorna strävade efter att hälsosamtalen skulle vara elevcentrerade.

I de videoinspelade samtalen framkom att yttranden som hade för avsikt att informera och vägleda eleven var en av de kategorier som användes mest frekvent av skolsköterskorna (IV). Detta kan tolkas som ett sätt att öka elevens möjligheter att ha kontroll över samtalet genom att han eller hon förbereddes på hur samtalet skulle gå till och vad som var nästa steg för att på så sätt kunna vara delaktig och påverka samtalet, vilket efterfrågades av eleverna (II). Ytterligare analyser av de inspelade hälsosamtalen behövs för att utforska elevernas delaktighet och möjligheter att påverka samtalen utifrån sina behov och önskningsar.

Vid de planerade hälsosamtalen är det skolsköterskan och inte eleven som är initiativtagare till besöket (SFS, 2010; Socialstyrelsen, 2004) vilket kan öka risken för att skolsköterskan styr samtalet utifrån sin agenda som är osynlig för eleven (Bergstrand, 2000). Vid hälsosamtal inom BHV liknande dem i SHV har Baggens (2004) visat att samtalen till stor del styrs av sjuksköterskan utifrån hennes agenda. Individens möjligheter att påverka samtalet kan stärkas genom att agendan är synlig för båda parter (Linell, 1990). Resultatet visade att en i förväg besvarad hälsoenkät ökade chanserna till detta (I, II, III) och på så sätt minskades risken att hälsosamtalen blev ett delgivande av information istället för en dialog (Dahlberg & Segesten, 2010).

### ***Hälsosamtals möjligheter och hinder för att främja hälsa***

Resultatet visade att möjligheten att reflektera över hur olika faktorer påverkade hälsan hade stor betydelse för om hälsosamtalet stärkte elevens kunskap och insikt om den egna hälsosituationen (II, III). När elevens och skolsköterskans olika erfarenheter och kunskaper samverkar finns förutsättningar för ett elevcentrerat möte (Mead & Bower, 2000) där eleven kan utveckla kunskap och insikt om sin egen hälsosituation vilket är hälsosamtals syfte (Socialstyrelsen, 2004). Beskrivningarna som framkommer i dessa studier om hur ett hälsosamtal

ska utformas överrensstämmer till stor del med Borups (2002) modell för ett ”kommunikativt rum för lärande om hälsa”. Där kan utvecklandet av empowerment underlättas utifrån dialogen i ett individcentrerat möte (Kalnins, et al., 1992; Rodwell, 1996). Detta beskrivs också som en viktig del i den hälsofrämjande omvårdnaden (Berg & Sarvimäki, 2003).

Hälsosamtal kan ses som en intervention inom det hälsofrämjande arbetet, där individens handlingar och val diskuteras och till viss del också bedöms utifrån vad som är rätt och fel (Naidoo & Wills, 2009). Genom att i samtalet framställa sig på ett sätt som inte stämde med verkligheten, agerade eleverna för att uppfattas som hälsosamma och ansvarstagande och därigenom undvika att känna sig anklagade för att ha ohälsosamma vanor (II). Samtidigt lyftes skolsköterskans skyldighet och uppgift att belysa möjliga hälsorisker fram av eleverna för att de på så sätt skulle få möjlighet att reflektera över vilka val som kunde påverka deras hälsa (II). Betydelsen av att den professionella har förmåga att tillhandahålla information som är nödvändig för att individen ska kunna reflektera över hur olika val påverkar hälsan betonas som centralt i förhållande till såväl patientcentrerad kommunikation som till patient empowerment av Holmström och Röing (2010). Skolsköterskornas förmåga att balansera samtalet genom att både lyfta fram möjliga hälsorisker och samtidigt respektera elevernas egna val och behov av integritet är en utmanande och svår uppgift. Det framkom att det fanns situationer, där skolsköterskorna haft en känsla av att eleverna blivit oroadade över det som diskuterats i hälsosamtalet och då haft svårt att fortsätta diskussionen (III). En sådan situation kan minska elevens möjligheter att reflektera över hur olika val kan påverka hälsan (Adelswärd & Sachs, 1996).

Genom att ställa frågor och vara lyhörd för på vilket sätt eleven vill fortsätta samtalet kunde skolsköterskan underlätta för eleven att ta del av och reflektera över det som framkom i hälsosamtalet (II). Liknande resultat framkom också i Langaards och Toveruds (2010) studie där eleverna i åldrarna 16 – 22 år efterfrågade rådgivning på ett stödjande sätt där de kunde få råd utan att känna sig tvingade och där skolsköterskan uttryckte förväntningar att de skulle klara av situationen. Förmåga att balansera dessa olika aspekter i ett hälsosamtal är en stor utmaning som kräver kunskap, lyhördhet och respekt för varje elev utifrån ett elevcentrerat möte i linje med Fossums (2003) beskrivning av



patientcentrerad kommunikation. Ett jämlikt partnerskap framhålls också som en del i process som underlättar för individen att reflektera över olika val utifrån sin hälsosituation (Kalnins, et al., 1992; Koelen & Lindström, 2005; Rodwell, 1996). Sjuksköterskans traditionella roll som expert framhålls av Tengland (2004) som ett hinder för ett jämbördigt möte eftersom sjuksköterskor tenderar att agera som experter och fokusera på de riskfaktorer de anser vara viktigast utan att låta individens egna tankar komma i första rummet, något som också Magnusson m.fl. (2009) visat. Svårigheter att dra nytta av rådgivning som inte tar sin utgångspunkt i den egna situation har också visat sig när det gäller barn och ungdomar med kroniska sjukdomar (Stewart & Dearmun, 2001). En stor del av den information barn och ungdomar fick av läkare och sjuksköterskor visade sig vara oanvändbar, eftersom den inte baserades på deras egna behov (Summers et al., 2003). Av stor betydelse blir här skolsköterskans förmåga att lyfta fram barnets eget perspektiv, dvs. såsom barnet själv ser och erfar situationen, och inte utgå från ett professionsperspektiv på vad som är bäst för barnet. Genom att lyfta fram barnets egna tankar och idéer som giltiga menar Kalnins m.fl. (1992) att det är möjligt att både tillgodose barnets behov av vägledning i förhållande till dess utvecklingsnivå och samtidigt respektera barnets eget perspektiv på sin situation. Jolly, Weiss och Liehr (2007) argumenterar också för att sjuksköterskor genom att utgå från ungdomens egen berättelse kan belysa områden som kan förbättras och ge råd utan att uppfattas som mästrande, något som eleverna önskar (II). Motiverande samtal (MI) är en individcentrerad metod som används vid arbete med livsstilsförändringar (Rollnick & Miller, 2002), där syftet är att stärka motivation till förändring genom att utgå från individens egen motivation och ambivalens för att genomföra en livsstilsförändring (Erickson, Gerstle, & Feldstein, 2005; Rollnick & Miller, 2002). I MI används med fördel öppna frågor för att stimulera till reflektion vilket utifrån att skolsköterskorna frekvent använde sig av slutna frågor (IV) skulle kunna vara ett sätt att utveckla hälsosamtalen. ”Du bestämmer” är en annan metod, där eleven arbetar individuellt eller i grupp med att sätta mål för att kunna genomföra livsstilsförändringar (Arborelius, 2002; Arborelius & Bremberg, 1988), som skulle kunna användas i de hälsosamtal där önskemål om stöd för livsstilsförändringar framkommer.

I hälsosamtalen stod gymnasieeleverna för en större andel av andelen yttranden än de båda yngre grupperna (IV). Detta kan bero på att de har en mer utvecklad förmåga till abstrakt och logiskt tänkande jämfört med de yngre barnen och därför kan ta en mer aktiv del i samtalen och också ta mer ansvar för sin egen hälsosituation (Borzekowski, 2009; Tamm, 2002). Föräldrarna är de som har det avgörande inflytandet över barnets situation och vilka vanor de anser vara bäst för familjen och är basen för barnets samspel med den omgivande miljön (Bronfennbrenner, 1979; Tinsley, 2003; Tveiten & Severinsson, 2005). Detta innebär att åtminstone yngre barn och ungdomar har begränsade möjligheter att själva påverka sin situation och sina levnadsvanor vilket är viktigt att skolsköterskorna är medvetna om i samtalen om hälsa och levnadsvanor. I tidigare studier har föräldrar efterfrågat mer samarbete med och information om skolhälsovårdens verksamhet (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008b; Read, Small, Donaher, Gilsanz, & Sheetz, 2009). Borup & Holstein (2011) lyfter också fram vikten av att skolsköterskor i större utsträckning tar hänsyn till elevernas familjesituation. När elevens hälsa och livssituation tydligare kopplas till familjens situation menar föräldrar att hälsosamtalens potential i det hälsofrämjande arbetet kan förbättras (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008b) vilket också bekräftas av skolsköterskor (Mäenpää och Åstedt-Kurki 2008a). Föräldrarna uppfattade informationen från och kontakten med skolsköterskorna som bristfällig och att skolsköterskorna därför inte kunde få en helhetsbild av elevens situation. Föräldrarna beskrev att det var de som fick initiera kontakten (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008b) vilket står i motsats till skolsköterskornas beskrivning av att kontakten till största del baserades på skolsköterskornas initiativ (Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008a). Dessa till viss del motsägelsefulla resultat, tillsammans att föräldrarna efterfrågar att vara mer involverade visar på behov av ytterligare studier för att finna modeller för detta samarbete för att främja elevernas hälsa.

Sjuksköterskorna inom BHV (I) beskrev att de genom hälsosamtalen fick ökad förståelse för hela familjens hälsa och livssituation och vilka faktorer som påverkade den vilket är i linje med vad föräldrarna i Mäenpääs och Åstedt-Kurkis (2008b) studie efterfrågar. Jämfört med resultat från primärvården där vuxna patienter deltagit i hälsosamtal med Hälsokurvan hade de föräldrar som deltagit i hälsosamtal inom BHV i högre grad förbättrat sina kost- och motionsvanor (Runesson & Persson 2007). Detta kan indikera att föräldrar är

mer benägna att förbättra sina kost- och motionsvanor när utgångspunkten är att främja hälsosamma levnadsvanor i hela familjen. Detta behöver dock undersökas i en större studie för att kunna säkerställas. Den ökande förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (Barnekow & Mujjen 2009; Socialstyrelsen 2009) tillsammans med föräldrarnas önskan om stöd i sin föräldraroll (Maenpaa & Astedt-Kurki, 2008b) talar också för behovet av att involvera hela familjen för att elevernas hälsa ska främjas på bästa sätt. Detta bekräftas också av Ford, Davenport, Meier och Mc Ree (2011). Hälsostödjande samtal utifrån Wrights och Leaheys (2005) modell har visat sig vara en användbar metod för skolsköterskor i arbetet med elever med återkommande psykosomatiska hälsoproblem där också familjen inkluderas (Clausson & Berg, 2008).

### ***Hälsoverktygets betydelse för hälsosamtalet***

Hälsoverktyget understödde samtalet och medverkade till att ge en omfattande bild av individens hälsa vilket ökade förståelsen för den enskilda individens situation (I, III). Förståelsen för individens situation och vad som påverkar den som en viktig förutsättning för ett fungerande hälsosamtal har också tidigare beskrivits (Jansson, Petersson, & Udén, 2001; Morberg, et al., 2011; Olander, 2003). Barn och ungdomar i åldrarna 11 – 17 år har upplevt svårigheter att få diskutera det de själv finner mest angeläget i möten inom hälso- och sjukvården (Klein & Wilson, 2002). Ett sätt att stärka elevernas möjlighet att styra innehållet i samtalet och också skolsköterskornas förmåga att fånga vad eleverna har behov av att samtala om kan vara att använda ett hälsoverktyg liknande det som använts i dessa studier. Genom att få möjlighet att i förväg få reflektera över de frågeområden som senare skulle tas upp i hälsosamtalet stärktes individens möjlighet att styra mot det som var mest angeläget för han eller henne att prata om (I, II, III). Olika typer av frågeformulär för att samtalen ska inriktas på individens behov har också visat sig vara fördelaktigt i andra studier när det gäller barn och ungdomar (Hautala et al., 2009; Hedberg, Klein, & Andresen, 1998; Olson, Gaffney, Lee, & Starr, 2008; Yi, Martyn, Salerno, & Darling-Fisher, 2009). Genom att med hjälp av ett formulär identifiera det som är angeläget utifrån den enskildes situation ges det enligt Yi m.fl. (2009) mer tid och möjlighet att fokusera på just detta.

Vid användandet av olika frågeformulär och hälsoprofiler liknande de som använts i dessa studier, finns dock en risk att samtalet styrs utifrån den definition av hälsa och val av frågor som ligger till grund för utformningen av hälsoverktyget (Gedda, 2001). Studier har visat att fysisk hälsa tenderar att få stort utrymme inom barn- och skolhälsovård och granskning av olika hälsoformulär visade t.ex. att mat och matvanor var ett av de vanligaste områdena (Ståhl, Enskär, Almborg & Granlund 2011). Detta var också ett av de områden som tillsammans med fysisk aktivitet stod för en stor andel av yttrandena i hälsosamtalen (IV). De hälsoverktyg som används i dessa studier utvecklades bland annat med utgångspunkt från prevention av hjärt- och kärlsjukdomar och ett vårdprogram för förebyggande av övervikt och fetma, vilket kan ha påverkat utformningen. Den stora variationen i hälsosamtalens längd (IV) kan dock tolkas som att hälsoverktyget endast användes för att initiera samtalet, som sedan anpassades efter elevens behov och önsknings. Skolsituationen och relationer med familj och vänner var de områden där eleverna var mest aktiva i samtalen (IV) och detta kan tolkas som att det var de områden de hade störst intresse av att samtala om. Möjligheterna att få diskutera områden som relationer med familj och vänner har tidigare visat sig skapa mer positiva erfarenheter av möten mellan vårdpersonal och ungdomar (Brown & Wissow, 2009). Relationer med andra framträder också som en viktig faktor, när barn och ungdomar beskriver sin egen upplevelse av vad hälsa är (Kostenius 2008, Lindholm & Eriksson 1998). Upplevelsen av stress hos elever i elvaårsåldern har också visats till stor del vara förknippad med skolan och familjen (Brobeck, Marklund, Haraldsson, & Berntsson, 2007). Detta visar att hälsosamtalen har en potential i arbetet för att främja elevernas hälsa, vilket är angeläget med tanke på den ökande förekomsten av psykisk ohälsa.

Det upplevdes som det fanns en risk att hälsoverktyget och inte individen själv styrde samtalet, särskilt när hälsoverktyget var nytt (III). Detta har också lyfts fram av Mitcheson och Cowley (2003), där ett strukturerat verktyg förstärkte sjuksköterskans roll som expert vilken styrde samtalet och gav råd som inte efterfrågades av individerna själva. Genom att sjuksköterskorna var fokuserade på frågeformuläret missade de individernas egna försök att påverka samtalet samt möjligheten att skapa en förtroendefull relation, vilket är motsatsen till hälsofrämjande omvårdnad där individens egen beskrivning av sin situation ska vara utgångspunkt för samtalet (Berg & Sarvimäki, 2003). I syfte att undvika att

hälsosamtalet helt styrs av hälsoverktygets innehåll och för att initiera områden som inte direkt finns med, är det av stor betydelse att mera öppna frågor finns med. Detta bekräftas av att de öppna frågorna i hälsoenkäten framhölls som ett sätt att visa på och initiera det eleverna ville samtala om (III). Den avslutande frågan där eleverna markerade på en stege hur de uppfattade sin totala livssituation, framhölls också som ett sätt att fånga individuella aspekter, som var mer svårfångade i övriga delar av hälsoverktyget (III).

Det som framkom i hälsoenkäten blev mer tydligt och konkret med hjälp av hälsoprofilen. Detta kunde öka medvetenheten och ge ytterligare möjlighet till reflektion över den egna hälsan och vad som påverkar den (III). Att använda bilder som uppmuntrar till diskussioner har beskrivits som ett sätt att minska risken för att hälsosamtal styrs av förutbestämda frågeformulär (Brown & Thompson, 2007; Houston & Cowley, 2002). En nackdel med hälsoprofilen var att den kunde uppfattas som en strikt bedömning istället för en grov indikator att diskutera omkring (III). Eftersom dessa hälsosamtal sker inom ramen för skolans verksamhet, där eleverna blir bedömda i många olika situationer, kan detta ytterligare påverka elevens upplevelse av hälsoverktyget som ett bedömningsinstrument. Genom att tydligt förklara poängsättningen och de underliggande rekommendationerna försökte skolsköterskorna ge eleven möjlighet att reflektera över hur olika val påverkade hälsan (III). Detta kan ses som ett steg i en process för att öka möjligheten att påverka sin egen hälsa (Berg & Sarvimäki 2003, Kalnins et al 1992, Rodwell 1996). Hälsoverktyget används som en första del i denna process med avsikt att kartlägga hälsosituationen. Ett sätt att stärka elevens delaktighet skulle kunna vara att eleven, med stöd av skolsköterskan, är den som gör poängberäkningen och fyller i hälsoprofilen.

Sammanfattningsvis kan hälsoverktyg bidra till att ge struktur åt ett individcentrerat hälsosamtal samt underlätta för individen att reflektera över olika faktorer betydelse för hälsan. Det viktigaste är dock vad som händer i mötet mellan individen och sjuksköterskan.

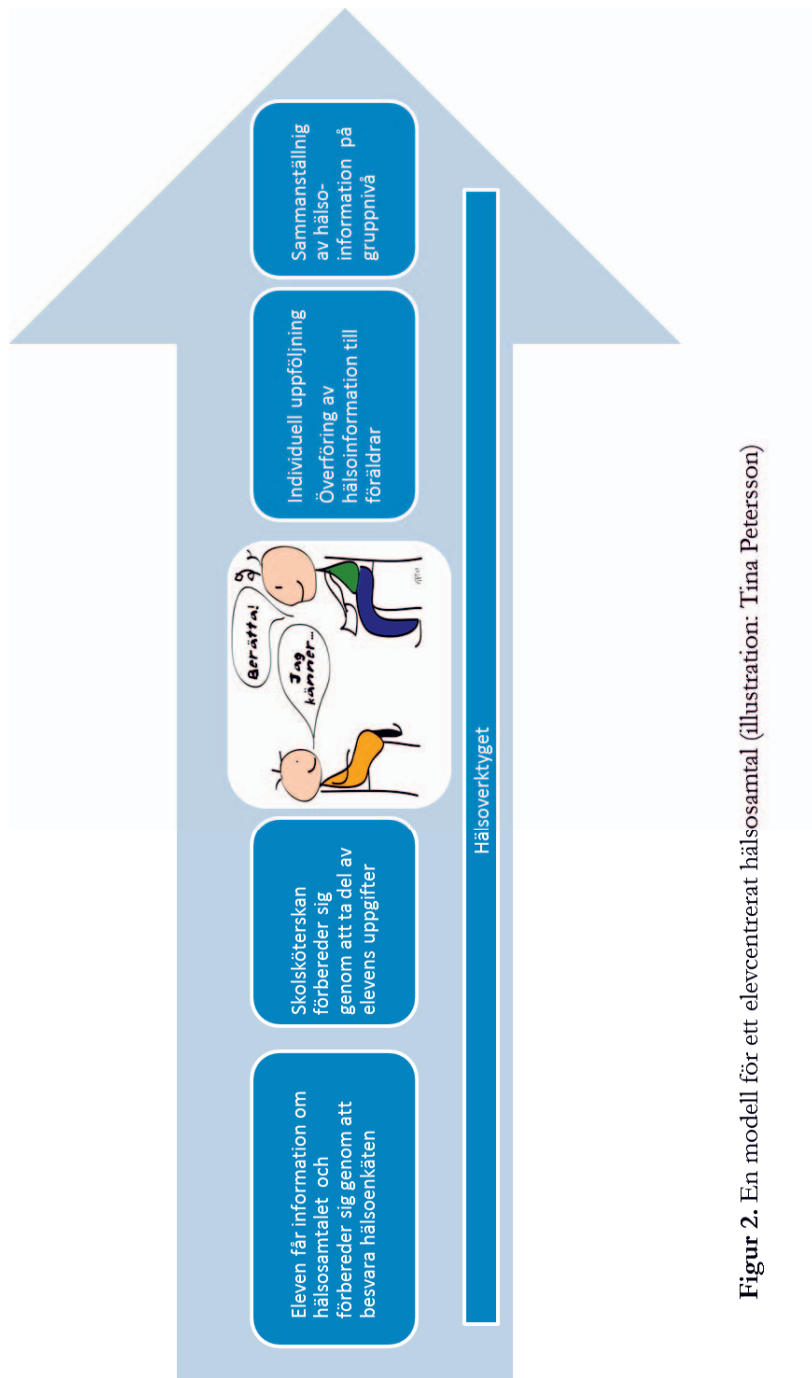
## *Hälsosamtalen som en del av skolans hälsofrämjande arbete*

Skolan har lyfts fram som en viktig arena för hälsofrämjande arbete (WHO 1986, Whitehead 2011) och olika former av hälsoundervisning kan ingå som delar i det hälsofrämjande arbetet (Erikson & Lindström 2008; Tannahill 2009). Sammanställningar av data från hälsoverktyget kunde på grupp-nivå utgöra underlag för hälsoundervisning utifrån de behov som fanns i klassen eller på skolan (III). Detta kan ses som ett steg i utvecklandet av det hälsofrämjande arbetet i skolan med fokus på hälsa och lärande utifrån skollagen (SFS, 2010). Enligt skollagen blir skolhälsovården med skolsköterska och skolläkaren en del i skolans elevhälsa som också omfattar kuratorer, skolpsykologer och specialpedagoger. Tidigare studier har visat att skolsköterskor till viss del har haft svårt att få utrymme och legitimitet för sitt hälsoarbete i skolan (Morberg, et al., 2009). Den nya organisationen med en mer sammanhållen elevhälsa innebär både utmaningar och möjligheter. Genom att bli en del av skolans elevhälsa kan skolsköterskans roll i det hälsofrämjande arbetet stärkas men det innebär också att skolsköterskor måste visa på värdet av arbetet på både individ- och grupp-nivå. Sammanställningar av data från hälsoverktygen på klass-nivå avseende skolsituationen skulle kunna vara ett sätt att visa hur arbete på individ-nivå också kan användas som underlag för elevhälsans övergripande arbete. Eriksson och Sällström (2010) har visat att sannolikheten för subjektiva hälsobesvär bland elever i klasser med t.ex. höga krav var 50 % högre jämfört med klasser med lägre krav. Uppgifter om elevernas erfarenheter av skolarbetets krav och hur det påverkar hälsan är uppgifter, som kan sammanställas med hjälp av data hämtade från hälsoverktygen och vara en indikator på klimatet i klassen. Det sociala klimatet i skolan har också visat sig ha stor påverkan på elevernas hälsa (Sellström & Bremberg, 2006). Resultaten från de inspelade hälsosamtalen visade att skolsituationen var ett av de områden där eleverna var mest aktiva (IV). Detta kan tolkas som att skolsituationen var en viktig faktor för elevernas upplevelse av hälsa och därmed också en viktig utgångspunkt för det hälsofrämjande arbetet.

Jerdén, Bildt-Ström, Burell, Weinehall och Bergström (2007) visar att ett personligt hälsodokument för elever kallat ”Väldigt Intressant Person – VIP” kan vara ett sätt att arbeta med hälsofrämjande arbete i skolan. Detta dokument som omfattar olika hälsoaspekter skulle kunna kopplas ihop med

hälsoverktygen för hälsosamtal och bidra till att ytterligare integrera hälsosamtalen i skolans hälsofrämjande arbete.

Skolsköterskornas kunskaper om elevers hälsa som en outnyttjad resurs i det hälsofrämjande arbetet har tidigare lyfts fram av Clausson (2008). Med hälsoverktygen som utgångspunkt kan även data om elevernas hälsa och levnadsvanor användas för att beskriva hälsoläget på kommunnivå (III). Sammanställningar av data angående elevers längd och vikt via uppgifter från datoriserade elevhälsojournaler har visat sig ha god tillförlitlighet och vara möjliga att genomföra till rimlig kostnad (Lager, Fossum, Rörvall, & Bremberg, 2009). Sammanställningar innebär att jämförelser mellan olika kommuner är möjliga och kan användas vid utvärderingar av olika interventioner för att förebygga och minska förekomsten av övervikt hos barn och ungdomar (Lager et al., 2009). Dessa erfarenheter pekar på att ytterligare data om elevernas hälsa skulle kunna ställas samman för att användas i det hälsofrämjande arbete på både lokal och nationell nivå. Arbetet med att sammanställa kunskap baserat på hälsosamtal inom skolhälsovården pågår inom några landsting i Sverige. Inom Sveriges kommuners och landstings arbete för att främja barn och ungdomars psykiska hälsa har ett nationellt projekt påbörjats för att kunna samla in data via hälsosamtalen i skolan (pågående projekt). Utmaningen ligger i att förena två funktioner i ett hälsoverktyg; i första hand som ett underlag för ett elevcentrerat hälsosamtal men samtidigt som ett tillförlitligt mätinstrument för sammanställningar på gruppnivå.



Figur 2. En modell för ett elevcentrerat hälsosamtal (illustration: Tina Petersson)



## ***Övergripande förståelse av hälsosamtal som metod att främja barns och ungdomars hälsa.***

En modell för ett elevcentrerat hälsosamtal presenteras i figur 2.

Som ett första steg i det elevcentrerade hälsosamtalet får eleven information om hälsosamtalets syfte och att det är han eller hon som styr samtalet utifrån sina behov och önskningsar. Genom att besvara en hälsoenkät får eleven möjlighet att ta del av vilka områden som kommer att tas upp i samtalet. På så sätt får eleven möjlighet att förbereda sig både på det han eller hon vill och inte vill diskutera.

I nästa steg tar skolsköterskan del av elevens hälsoenkät. Detta ger skolsköterskan en möjlighet att förbereda sig inför hälsosamtalet som ett första steg i förståelsen av elevens situation.

Genom en dialog där eleven är delaktig och utgångspunkten är elevens egen upplevelse av sin situation finns möjlighet för eleven att reflektera över och få förståelse för hur olika faktorer kan påverka den egna hälsan. En viktig faktor är skolsköterskans förmåga att lyssna in och vara följsam till vad och hur eleven vill samtala om olika aspekter av hälsan samt att tillhandahålla den information eleven behöver. På detta sätt ges eleven ökade möjligheter att påverka och ta ansvar för den egna hälsan samt att utveckla en tillitsfull relation till skolsköterskan.

Utifrån den bild av elevens hälsosituation som framkommit i hälsosamtalet kan eleven med stöd av skolsköterskan sätta egna mål och planera för eventuell uppföljning baserat på elevens individuella önskningsar och behov.

Sammanställningar av hälsodata kan göras baserade på data från hälsoenkäten vilka kan utgöra underlag för det hälsofrämjande arbetet på klass-, skol-, och kommunnivå.

Ett hälsoverktyg i form av en hälsoenkät och en hälsoprofil kan understödja ett elevcentrerat hälsosamtal genom att skapa en gemensam utgångspunkt för samtalet baserat på elevens egen upplevelse av sin situation. Hälsoverktyget kan

också inbjuda till reflektion över och diskussion om olika aspekter av hälsa samt underlätta överföring av hälsoinformation på såväl individ- som gruppnivå.

Ett elevcentrerat hälsosamtal ses här som en process där eleven kan utveckla kompetens som möjliggör ökad kontroll över den egna hälsan utifrån elevens egen situation och förutsättningar.

## Metoddiskussion

### *Deltagare och urval*

I tolkningen av studiernas resultat finns det skäl att beakta valet av deltagare. I studie I bestod de av samtliga de sjuksköterskor som hade arbeta med hälsoverktyget vid hälsosamtal inom BHV. Urvalet kan dock ändå ses som begränsat utifrån att de som börjat arbeta med hälsoverktyget kan vara de som har ett extra intresse av hälsofrämjande arbete och med hänsyn till det är mer positiva till det. Detta gäller även i studie III där deltagarna var de första skolsköterskorna som prövade att arbeta med hälsoverktyget. Både positiva och negativa uppfattningar om hälsoverktygens användning vid hälsosamtal har framkommit vilket kan ses stärka resultatet.

Deltagande elever studie II och III begränsades till de elever som haft hälsosamtal när studierna skulle genomföras och där skolsköterskorna var positiva till att delta genom att förmedla kontakt med klassföreståndare. Klassföreståndarna tillfrågade eleverna, baserat på information av forskarna, om deltagande i studie II och III, och här finns en risk att de elever som hade positiva erfarenheter av hälsosamtal i högre grad än de med negativa erfarenheter var villiga att delta i studierna. Elever som uppskattade att tala i grupp och diskutera kan också tänkas ha valt att delta i högre utsträckning än mer tystlåtna elever. För att kunna kartlägga elevernas erfarenheter om hälsosamtal, som tidigare sparsamt har studerats, är det viktigt att få informationsrika deltagare (Krueger & Chasey 2000) och därför var detta urvalssätt att föredra för att få informanter som var villiga att dela med sig av sina erfarenheter även om det kan innebära att överförbarheten kan diskuteras. För att om möjligt kunna fånga olika uppfattningar eftersträvades deltagande av elever från olika skolor som mött olika skolsköterskor.

Det visade sig vara oväntat svårt att rekrytera deltagare till studie IV. Ett skäl till att skolsköterskorna inte ville delta var deras oro för hur närvaro av en forskare och en videokamera skulle påverka eleven under hälsosamtalet. Vuxnas agerande som ett hinder för barns deltagande i forskning utifrån att de ser barn som sårbara och i behov av skydd beskrivs av Alderson (2004) som en svårighet när det gäller forskning med barn. De skolsköterskor som valde att delta i studien kan istället sägas betrakta eleverna som kompetenta och med förmåga att ta eget beslut om deltagande, vilket också kan påverka hur de bemöter elever i samtal, något som därmed kan ha påverkat resultatet i studien. Flera av de tillfrågade skolsköterskorna angav att de inte ansåg sig ha tid eller kände sig bekväma med att bli filmade. Detta kan innebära att de som valde att delta var skolsköterskor som var trygga i sin yrkesroll och också hade ett intresse för att utveckla hälsosamtal som arbetsmetod, vilket kan ha påverkat resultatet.

De elever som valde att delta i studie IV kan ses som en form av bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2008) då det var de som fanns tillgängliga och tackade ja till deltagande när skolsköterskan hade tid. I samtalen har dock pojkar och flickor från olika skolor i olika kommuner och som har mött olika skolsköterskor deltagit. De hälsosamtal som spelades in genomfördes i samma län och skolsköterskorna använde sig av liknande hälsoverktyg anpassade till elevernas olika åldersgrupper vilket bör beaktas vid tolkning av resultaten.

## ***Datainsamling***

### **Individuella intervjuer**

För att utforska sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med hälsoverktyg vid hälsosamtal med föräldrar (I) användes individuella intervjuer (Kvale och Brinkman, 2009). Sjuksköterskorna var intresserade av att dela med sig av sina erfarenheter av arbetet och det fanns möjlighet att ställa följdfrågor och göra förtydliganden utifrån det som framkom i intervjun vilket gjorde att en ingående beskrivning av deras erfarenheter framkom. Fokusgrupps intervjuer hade möjligen kunnat vara ett annat sätt att ytterligare utforska sjuksköterskornas erfarenheter av arbetet då interaktionen mellan deltagarna kan fånga aspekter som inte framkommer i en individuell intervju (Krueger &

Casey, 2000; Polit & Beck, 2008). Barnhälsovårdsmottagningarna var spridda över länet och av praktiska skäl valdes individuella intervjuer i studie I.

## **Fokusgrupper**

Fokusgruppintervjuerna med både elever och skolsköterskor (II och III) gav ett rikt datamaterial och interaktionen mellan gruppmedlemmarna förde diskussionen framåt vilket tolkas som att valet av datainsamlingsmetod var rätt utifrån studiernas syfte. Fokusgrupper har också tidigare visat sig vara ett bra sätt att inkludera ungdomars perspektiv när det gäller att utforma hälsofrämjande metoder (Peterson-Sweeney, 2005).

I fokusgrupperna var deltagarna överlag pratsamma och intresserade av att delge sina erfarenheter och uppfattningar och tog en aktiv roll i diskussionerna. Eleverna i grupperna kom från samma klass och kände varandra vilket gjorde att de snabbt kom igång att prata. En nackdel som kan påverka en fokusgrupp och som kan förstärkas ytterligare av att deltagarna känner varandra är att någon blir väldigt tystlåten eller att någon tar över hela diskussionen. I de fall där detta uppstod försökte moderatorn lyfta fram den deltagare som inte var så aktiv i diskussionen (Thomsson 2002). De mer tystlåtna deltagarna bidrog inte så mycket till diskussionen, men genom sitt deltagande i fokusgruppen hade de möjlighet att delge uppfattningar och erfarenheter som de mer pratsamma deltagarna sedan använde för att föra diskussionen vidare.

För att datainsamlingen ska ge tillförlitligt resultat ska moderatorn för en fokusgrupp ha god kännedom om ämnet som ska diskuteras (Krueger & Chasey 2000). Moderatorn i dessa fokusgrupper hade en mångårig erfarenhet av arbete som skolsköterska vilket kan ses som underlättande för att tolka det som sägs. När barn är informanter är det viktigt att den som är moderator också har god kunskap om barns kognitiva utveckling för att öka giltigheten i resultaten (Gibson, 2007; Peterson-Sweeney, 2005). Båda forskarna som deltog i intervjuerna var barnsjuksköterskor med kunskaper om barns utveckling och erfarenhet av möten och intervjuer med barn och ungdomar i de aktuella åldrarna.

I en fokusgrupp med barn rekommenderas en något mindre grupp om fyra till sex medlemmar (Gibson, 2007; Heary & Hennessy, 2002; Krueger & Casey,

2000; Peterson-Sweeney, 2005). I tre av grupperna blev det på grund av sjukdom endast tre deltagare. I en av de grupperna framkom trots de få deltagarna en fyllig beskrivning av deras uppfattningar om hälsosamtal och alla tre deltagarna förde tillsammans diskussionen framåt. I de övriga två grupperna med tre deltagare behövdes mer aktivt deltagande från moderatorn för att föra diskussionen framåt. Tidigare forskning har visat att barn och ungdomar i en fokusgrupp med fördel ska vara av samma kön för att få bästa resultat (Heary & Hennessy 2002; Krueger & Casey 2000). Två av fokusgrupperna i denna studie bestod av både pojkar och flickor och där interagerade inte deltagarna lika mycket som i de övriga grupperna vilket medförde att data från dessa två grupper inte var lika omfattande som för övriga grupper.

I slutet av fokusgruppintervjuerna gjorde assistenten en kort sammanfattning av vad som framkommit. Deltagarna fick på detta sätt möjlighet att dels bekräfta eller tydliggöra det som framkommit (Krueger & Chasey 2000) och dels fördjupades diskussionen ytterligare utifrån sammanfattningen och en mer tydlig bild av uppfattningarna framkom vilket kan ses stärka resultatet.

## **Videoinspelningar**

Videoinspelningarna genomfördes med en forskare närvarande. Eleven och skolsköterskan rörde sig i rummet och i vissa fall också mellan olika rum och inspelningen av alla aktiviteter möjliggjordes genom att kameran kunde flyttas. Ytterligare fördelar med videoinspelning istället för enbart ljudinspelning var att analysen som gjordes direkt från inspelningarna underlättades av att även se deltagarna tala. De situationer som videoinspelades var planerade hälsobesök med sitt specifika syfte och var inte konstruerade för studien. Detta innebar att deltagarna hade en uppgift som skulle utföras vilket gör att närvaron av videokamera och forskare inte i så stor utsträckning behöver påverka situationen (Heath et al., 2010). Som forskare var upplevelsen att både elev och skolsköterska var fokuserade på hälsobesökets syfte och att forskarens närvaro inte nämnvärt påverkade. I de efterföljande intervjuerna bekräftades detta av elever och skolsköterskor vilket också är erfarenheterna från andra studier (Cahill & Papageorgiou, 2007; Kettunen, Poskiparta, & Liimatainen, 2001; Poskiparta, et al., 2001).

## *De kvalitativa analyserna*

För att stärka tillförlitligheten i analyserna genomfördes de första analysstegen i samarbete mellan två av forskarna. Vid analysen av fokusgrupperna med eleverna var också båda forskarna som genomförde de första delarna av analysen med vid intervjuerna. Detta kan ses som ett sätt att stärka tillförlitligheten utifrån att båda forskarna hade möjlighet att direkt höra informanternas beskrivningar av sina erfarenheter och uppfattningar. Ett annat sätt att stärka tillförlitligheten är att forskaren presenterar analysen för informanterna som sedan får möjlighet att svara an på om tolkningen stämmer överrens med deras uppfattning (Lincoln och Guba, 1985). Vid studier med fokusgrupper rekommenderas en variant av detta genom att i slutfasen av intervjun presentera en kort sammanfattning av vad som framkommit (Polit & Beck, 2008). Detta gjordes vid fokusgrupperna i dessa studier och deltagarna kunde då bekräfta eller förtydliga utifrån sammanfattningen. Genom att deltagarna svarade an på sammanfattningen och fortsatte diskussionen baserat på den fördjupades också den vidare diskussionen i gruppen.

I det sista steget av analyserna deltog alla i forskargruppen i en kritisk granskning. En öppen dialog mellan forskarna under analysprocessen kan också ses som ett sätt att stärka pålitligheten genom att forskare med olika erfarenheter medverkar (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2008). Genom att använda sig av en utomstående granskare menar Lincoln och Guba (1985) att pålitligheten och möjligheten att bekräfta resultatet kan stärkas, detta har inte använts i studierna. Analyserna har däremot diskuterats i forskningsseminarier med andra forskare som då kritiskt har granskat analysprocessen och resultaten.

## *De kvantitativa analyserna*

Studier där RIAS har använts har genomförts i många olika vårdkontexter och länder världen över vilket kan tolkas som att den är applicerbar i olika vårdssammanhang såväl som i olika länder. I Sverige är RIAS tidigare använd inom tandvård (Sondell, Söderfeldt, & Palmqvist, 1998, 2003). En översättning till svenska med anpassning till tandvårdens kontext gjordes där endast små förändringar behövdes. Analysen i denna studie genomfördes huvudsakligen

baserat på den ursprungliga manualen för RIAS utifrån att det var den som användes vid utbildningen i analysmetoden och den svenska översättningen användes i ett fåtal situationer där oklarheter utifrån språkliga frågeställningar uppkom.

Vid analys av den verbala interaktionen inom hälso- och sjukvård med både barn och vuxna har RIAS använts, dock inte tidigare inom skolhälsovård. Av de 49 olika kategorierna i barnversionen av RIAS användes 42 i analysen i denna studie. Av de kategorier som inte användes avsåg fem yttranden av föräldrar, vilka inte fanns med i de samtal som analyserades i denna studie. Eftersom nästintill alla kategorier av yttranden användes i denna studie är en rimlig tolkning att RIAS också är användbar för analys av den verbala interaktionen vid hälsosamtal inom skolhälsovården.

Genom att använda RIAS vid analysen gavs möjlighet till en översikt av den verbala interaktion baserad på både uppgiftsrelaterat och socioemotionellt utbyte mellan eleverna och skolsköterskorna. De förutbestämde kategorierna i RIAS kan ses som en begränsning särskilt som tidigare forskning om interaktionen i hälsosamtal baserade på direkta inspelningar eller observationer inte är så omfattande. En fördjupad kunskap om både den verbala och ickeverbala interaktionen skulle ha uppnåtts om en kvalitativ metod hade valts men RIAS representerar en möjligheten att börja utveckla kunskaper om interaktionen i dessa samtal. Utifrån resultaten av studie IV planeras ytterligare analyser utifrån en kvalitativ ansats för att ge fördjupad kunskap om hälsosamtal som intervention för att främja barns och ungdomars hälsa.

För att stärka reliabiliteten under kodningen av videoinspelningarna fördes noggranna anteckningar och delar av inspelningarna diskuterades med en forskare med utbildning för denna analysmetod utan anknytning till studien i övrigt. Kodningen diskuterades också med en av de ansvariga forskarna för RIAS under analysprocessen.

# Slutsatser

Hälsosamtalet beskrevs som en process som kunde ge kunskap och insikt om den egna hälsan, och därmed möjlighet att påverka den, men avgörande var att samtalet var elevcentrerat. Förutsättningen för detta var att både elev och skolsköterska var välförberedda, att eleven upplevde sig delaktig och respekterad samt att det baserades på elevens egen situation.

Hälsosamtalets potential som intervention för att främja barns och ungdomars hälsa riskeras att förloras och kanske till och med kan ha motsatt effekt om inte elevens önsknings och behov är i centrum. Samtidigt lyfts skolsköterskans uppgift att diskutera hälsorisker som hon utifrån sin professionella kunskap ser behov av fram. För skolsköterskan innebär det en utmaning att i samtalet balansera mellan elevens egna önsknings och de behov skolsköterskan ser utifrån sin professionella kunskap. I en dialog, med elevens situation som utgångspunkt kombinerad med försiktig och varsam rådgivning, kan skolsköterskan uppmuntra eleven att överväga en förändring för att främja sin hälsa.

Strukturerade hälsoverktyg kunde understödja samtalet och öppna upp för ett samtal baserat på en helhetsbild av individens hälsa och fånga det som individen var mest angelägen att prata om. Innehållet i hälsoverktygen riskerar dock att styra samtalet vilket innebär både fördelar och nackdelar och innehåll och utformning måste vara väl genomtänkta. En fördel med hälsoverktyget var att det gav individen möjlighet att förbereda sig inför hälsosamtalet. Hälsoverktygen kunde också underlätta överföring av hälsoinformation på så väl individ- som gruppnivå.

I samtalen var det skolsköterskorna som stod för den största andelen av yttranden och också de som ställde de flesta frågorna. Eleverna agerade främst genom att berätta om sin hälsa och sina levnadsvanor samt att samtycka till vad skolsköterskorna sa. Skolsköterskornas agerande, där de försökte säkerställa att de förstått eleverna rätt och i stor utsträckning använda verbala kommunikations strategier med syfte att underlätta elevernas delaktighet i samtalet, kan ses som strategier för att underlätta elevcentrerade hälsosamtal.



## Betydelse för omvårdnaden

För att hälsosamtal ska kunna fungera som en intervention som främjar hälsa måste eleverna ges möjlighet att reflektera utifrån sin egen situation och sina egna förutsättningar och inte enbart få en allmän information om vilka faktorer som påverkar hälsan. En stor utmaning ligger därför i att anpassa varje hälsosamtal utifrån elevens egna behov och önskningar och undvika hälsosamtal baserade på mer generell rådgivning.

Skolsköterskorna omfattande användning av frågor i samtalen och att vara den som står för merparten av yttranden i samtalen visar på behovet av en öppenhet för elevernas egna berättelser och följsamhet till vad eleven själv vill prata om.

Att använda hälsoverktyg såsom det använts i dessa studier, kan vara ett sätt att utveckla hälsosamtalen, då detta arbetssätt kan underlätta individcentrering och belysa aspekter, som annars inte kommer fram.

Ett väl utarbetat nationellt hälsoverktyg skulle kunna ge möjligheter för nationella sammanställningar av barns och ungdomars hälsa för användning i det hälsofrämjande arbetet på både lokal och nationell nivå.

En förutsättning för elevcentrerade hälsosamtal är att denna hälsofrämjande omvårdnadsintervention ges möjlighet och utrymme som en del i skolans hälsofrämjande arbete.

## Fortsatt forskning

För att öka kunskapen om hälsosamtal som intervention för att främja barns och ungdomars hälsa behöver interaktionen mellan elev och skolsköterska studeras ytterligare genom kvalitativa analyser av inspelade hälsosamtal.

Hälsosamtal med elever i förskoleklass och deras föräldrar har inte tidigare studerats, vilket indikerar behov av forskning på området för att utforska hur denna intervention kan utformas för att främja barns hälsa på bästa sätt. Hälsoverktyg för denna åldersgrupp behöver också utvecklas.

Hur hälsosamtal, från det första samtalet inom barnhälsovården till det avslutande samtalet inom gymnasieskolan, kan kopplas samman som del i en familjeintervention med syfte att främja hälsa behöver studeras vidare.

För att kunna vidareutveckla hälsoverktyg som underlag för ett elevcentrerat hälsosamtal behövs ytterligare studier som kan ge ökad kunskap om hur ett sådant hälsoverktyg ska utformas.

Det finns också behov av att ytterligare bedöma hälsoverktygen ur validitets- och reliabilitets synpunkt.

# Referenser

- Adams, S. (2009). Use of Evidence-Based Practice in School Nursing: Survey of School Nurses at a National Conference. *The Journal of School Nursing*, 25(4), 302-313.
- Adelswärd, V., & Sachs, L. (1996). A nurse in preventive work - dilemmas of health information talks. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10(1), 45-52.
- Alderson, P. (2004). Ethics. In L. V. Fraser S, Ding S, Kellett M, Robinson C (Ed.), *Doing Research with Children and Young People* (pp. 97 - 112). London: Sage/Open University.
- Allebeck, R., Moradi, T., & Jacobsson, A. (2006). *Sjukdomsbördan i Sverige och dess riskfaktorer. Svensk tillämpning av WHO:s "Daily-metod" för beräkning av sjukdomsbördan och riskfaktorer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Arborelius, E. (2002). *Du bestämmer! - En annorlunda hälsövägledning*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Arborelius, E., & Bremberg, S. (1988). "It is Your decision!" - Behavioural effects of a student-centered health education model at school for adolescents. *Journal of Adolescence* (11), 287 - 297.
- Baggens, C. (2004). The institution enters the family home: home visits in Sweden to new parents by the child health care nurse. *Journal of Community Health Nursing*, 21(1), 15-27.
- Barnekow, V., & Muijen, M. (2009). Child and adolescent health and development in a European perspective. *International Journal of Public Health*, 54(2), 128-130.
- Barnes, M., Courtney, M. D., Pratt, J., & Walsh, A. M. (2004). School-based youth health nurses: roles, responsibilities, challenges, and rewards. *Public Health Nursing*, 21(4), 316-322.
- Berg, G. V., & Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 384.
- Bergstrand, M. (2000). *Hälsorådgivande samtal, kommunikativa strategier i samspel mellan distriktsköterska och patient*. Doktors avhandling, Stockholms Universitet, Stockholm.
- Borup, I. (1999). *Learning about Health: The Pupils' and the School Health Nurses' Assessment of the Health Dialogue*. Doktors avhandling, The Nordic School of Public Health, Göteborg.
- Borup, I. (2000). Danish pupils' perceived satisfaction with the health dialogue: Associations with the office and work procedure of the school health nurse. *Health Promotion International*, 15(4), 313 - 320.
- Borup, I., (2002). The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community*, 10(1), 10-19.

- Borup, I., & Holstein, B. (2004). Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(4), 343-350.
- Borup, I., & Holstein, B. E. (2007). Schoolchildren who are victims of bullying report benefit from health dialogues with the school health nurse. *Health Education Journal*, 66(1), 58-67.
- Borup, I., & Holstein, B. E. (2008). Self-reported symptoms and outcome of health promotion at school: cross-sectional study of 11-15-year-olds. *Vård i Norden*, 28(2), 32-36
- Borup, I., & Holstein, B. E. (2011). Family relations and outcome of health promotion dialogues with school nurses in Denmark. *Vård i Norden*, 31(1), 43 - 46.
- Borup, I. K., & Holstein, B. E. (2010). Overweight children's response to an annual health dialogue with the school nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 359-365.
- Borzekowski, D. L. G. (2009). Considering Children and Health Literacy: A Theoretical Approach. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S282-S288.
- Brobeck, E., Marklund, B., Haraldsson, K., & Berntsson, L. (2007). Stress in children: how fifth- year pupils experience stress in everyday life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 3-9.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development - experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 535-543.
- Brown, J. D., & Wissow, L. S. (2009). Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: relationship to youth perceptions of care. *Journal of Adolescent Health*, 44(1), 48-54.
- Brun-Sundblad, G. (2006). *Perceived Health in Swedish School Student: A longitudinal prevalence study*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Buchanan, D. R. (2006). Perspective: A New Ethic for Health Promotion: Reflections on a Philosophy of Health Education for the 21st Century. *Health Education & Behavior*, 33(3), 290-304.
- Cahill, P., & Papageorgiou, A. (2007). Triad communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *British Journal of General Practice*(57), 904-911.
- Carnevale, F. A., Macdonald, M. E., Bluebond-Langner, M., & McKeever, P. (2008). Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 18-32.
- Clancy, A., & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11(04), 363-373.
- Clausson, E. (2008). *School Health Nursing - perceiving, recording and improving schoolchildren's health*. Doktors avhandling, Nordic School of Public Health, Göteborg.

- Clausson, E., & Berg, A. (2008). Family Intervention Sessions. *Journal of Family Nursing*, 14(3), 289-313.
- Clausson, E., Köhler, L., & Berg, A. (2008). Schoolchildren's health as judged by Swedish school nurses - a national survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(7), 690-697.
- Cox, E. D., Smith, M. A., Brown, R. L., & Fitzpatrick, M. A. (2009). Learning to Participate: Effect of Child Age and Parental Education on Participation in Pediatric Visits. *Health Communication*, 24(3), 249-258.
- Croghan, E., Johnson, C., & Aveyard, P. (2004). School nurses: policies, working practices, roles and value perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 377-385.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: a review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(12), 1173-1180.
- Eriksson, I., & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling - an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(17), 2352-2359.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion International*, 23(2), 190-199.
- Eriksson, U., & Sellström, E. (2010). School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: A multilevel study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(4), 344-350.
- Ford, C., Davenport, A., Meirer, A., & McRee, A.-L. (2011). Partnership between parents and Health Care Professionals to Improve Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health Care*, 53 - 57 doi:10.1016/j.jadohealth.2010.1010.1004.
- Ford, K., Sankey, J., & Crisp, J. (2007). Development of children's assent documents using a child-centred approach. *Journal of Child Health Care*, 11(1), 19-28.
- Fossum, B. (2003). *Communication in the Health Service: Two examples*. Doktors avhandling, Karolinska Institutet, Institutet för folkhälsovetenskap.
- Fåhraeus, C., Oldin, C., & Lingfors, H. (2008). *Vårdprogram mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar* Jönköping: Jönköpings läns landsting.
- Färnkvist, L., Olofsson, N., & Weinehall, L. (2008). Did a health dialogue matter? Self-reported cardiovascular disease and diabetes 11 years after health screening. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26(3), 135-139.
- Förenta nationerna (FN). (1989). *Konventionen om barnets rättigheter*. Genève: Förenta Nationerna

- Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Doktors avhandling, Acta Universitatis Gothoburgensis, Pedagogiska Institutionen.
- Gibson, F. (2007). Conducting focus groups with children and young people: strategies for success. *Journal of Research in Nursing*, 12(5), 473-483.
- Gleeson, C., Robinsson, M., & Neal, R. (2002). A review of teenagers' perceived needs and access to primary health care: implications for health services. *Primary Health Care Research and Development*, 3(3), 184-193.
- Hautala, L., Junnila, J., Alin, J., Grönroos, M., Maunula, A., Karukiv, I. M., et al. (2009). Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1439-1447.
- Hayman, L., Meininger, J., Daniels, S., McCrindle, B., Helden, L., Ross, J., et al. (2007). Primary prevention of cardiovascular disease in nursing practice: focus on children and youth: a scientific statement from the American Heart Association Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 116(3), 344-357.
- Heary, C., & Hennessy, E. (2002). The use of focus group interviews in pediatric health care research. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 47-57.
- Heath, C., Hindmarch, J., & Luff, P. (2010). *Video in Qualitative research. Analysing social interaction in everyday life*. London: Sage Publication Ltd.
- Hedberg, V. A., Klein, J. D., & Andresen, E. (1998). Health counseling in adolescent preventive visits: effectiveness, current practices, and quality measurement. *Journal of Adolescent Health*, 23(6), 344-353.
- Hill, M. (2005). Ethical Considerations in Researching Children's Experiences. In S. Greene & D. Hogan (Eds.), *Researching Children's Experiences*. London: SAGE publication Ltd.
- Hillman, O. (2010). *Skolhälsovård - introduktion och praktisk vägledning* (2:a uppl.). Stockholm: Gothia Förlag.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing* (2.ed ). Oxford: Blackwell.
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172.
- Horner, S. D. (2000). Focus on research methods. Using focus group methods with middle school children. *Research in Nursing and Health*, 23(6), 510-517.
- Houston, A. M., & Cowley, S. (2002). An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 640-650.
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt Lexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Jansson, A., Petersson, K., & Udén, G. (2001). Nurses First Encounters with Parents of Newborn Children: Public Health Nurses' view of a Good meeting. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 140 -151.
- Jerdén, L., Bildt-Ström, P., Burell, G., Weinhall, L., & Bergström, E. (2007). Personal health documents in school health education: A feasibility study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 662-665.
- Johansson, A., & Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Vård i Norden*, 26(4), 10-13 +19.
- Jolly, K., Weiss, J., & Liehr, P. (2007). Understanding adolescent voice as a guide for nursing practice and research. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30(1-2), 3-13.
- Jönköpings läns landsting. (2011). Barndialogen.  
<http://www.lj.se/index.jsf?childId=5292&nodeId=32542&nodeType=12>.  
 Hämtad 12 december
- Kalnins, I., McQueen, D., Backett, K., Curtice, L., & Currie, C. (1992). Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 7(1), 53-59.
- Kettunen, T., Poskiparta, M., & Liimatainen, L. (2001). Empowering counseling-a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research*, 16(2), 227-238.
- Klein, J. D., & Wilson, K. M. (2002). Delivering quality care: adolescents' discussion of health risks with their providers. *Journal of Adolescent Health*, 30(3), 190-195.
- Koelen, M. A., & Lindström, B. (2005). Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, S10-S16.
- Kostenius, C. (2008). *Giving voice and Space to Children in health promotion*. Doktors avhandling, Luleå Tekniska Högskola, Luleå.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Ca:Sage.
- Krueger, R., & Casey, M. (2000). *Focus Groups - A Practical Guide for Applied Research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lager, A. C. J., Fossum, B., Rörvall, G., & Bremberg, S. G. (2009). Children's overweight and obesity: Local and national monitoring using electronic health records. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(2), 201-205.
- Lambert, V., Glacken, M., & McCarron, M. (2008). 'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3092-3102.
- Langaard, K., & Toverud, R. (2010). Youth counselling in school health services: the practice of 'intentional attentiveness'. *Vård i Norden*, 30(4), 32-36.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, Ca: Sage.

- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1998). The Dialectic of Health and Suffering: An ontological Perspective on Young People's Health. *Qualitative Health Research*, 8(4), 513 - 525.
- Linell, P. (1990). De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan professionella och lekmän. *Forskning om utbildning*, 17, 18-35.
- Lingfors, H., Lindström, K., Persson, L., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2003). Lifestyle changes after a health dialogue. Results from the Live for Life health promotion programme. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(4), 248-252.
- Lingfors, H., Persson, L., Lindström, K., Bengtsson, C., & Lissner, L. (2009). Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only results from the Live for Life health promotion programme. *Preventive Medicine*, 48(1), 20-24.
- Lobstein, T., & Frelut, M. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Review*, 4(4), 195-200.
- Magnusson, M., Hulthén, L., & Kjellgren, K. (2009). Misunderstandings in multilingual counselling settings involving school nurses and obese/overweight pupils. *Communication & Medicine*, 6(2), 153-164.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Medicinska forskningsrådet (MFR). (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Uppsala: Medicinska Forskningsrådet.
- Miller, S. (2000). Researching children: issues arising from a phenomenological study with children who have diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1228-1234.
- Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: NJ:Ablex.
- Mitcheson, J., & Cowley, S. (2003). Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 413-426.
- Morberg, S., Dellve, L., Karlsson, B., & Lagerström, M. (2006). Constructed space and legitimacy for health work in the educational system: Perspectives of school nurses. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(4), 236-244.
- Morberg, S., Lagerström, M., & Dellve, L. (2009). The perceived perceptions of head school nurses in developing school nursing roles within schools. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 813-821.
- Morberg, S., Lagerström, M., & Dellve, L. (2011). The school nursing profession in relation to Bourdieu's concepts of capital, habitus and field. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, doi 10.1111/j.1471-6712.2011.00941.x.



- Mullersdorf, M., Zuccato, L., Nimborg, J., & Eriksson, H. (2010). Maintaining professional confidence-monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 131-138.
- Mäenpää, T., & Åstedt-Kurki, P. (2008a). Cooperation between Finnish primary school nurses and pupils' parents. *International Nursing Review*, 55(2), 219-226.
- Mäenpää, T., & Åstedt-Kurki, P. (2008b). Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 86-92.
- Mäenpää, T., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2007). Cooperation with school nurses described by Finnish sixth graders. *International Journal of Nursing Practice*, 13(5), 304-309.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion*. Edinburgh: Elsevier.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M., & Flegal, K. M. (2010). Prevalence of High Body Mass Index in US Children and Adolescents, 2007-2008. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 303(3), 242-249.
- Olander, E. (2003). *Hälsovägledning i Barnhälsovården, syntetisering av två uppdrag*. Doktorsavhandling, Malmö Högskola, Malmö.
- Olson, A., Gaffney, C., Lee, P., & Starr, P. (2008). Changing adolescent health behaviors: the healthy teens counseling approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(5 Suppl), S359-364.
- Persson, L., Lindström, K., Lingfors, H., Bengtsson, C., & Lissner, L. (1998). Cardiovascular risk during early adult life. Risk markers among participants in "Live for Life" health promotion programme in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(7), 425-432.
- Persson, M., & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 520-528.
- Peterson-Sweeney, K. (2005). The use of focus groups in pediatric and adolescent research. [Review]. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(2), 104-110.
- Piaget, J. (1952). *The origin of intelligence in children*. New York: University Press.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research* (8 th ed.). Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T., & Karhila, P. (2001). From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling*, 45(1), 69-79.
- Pryjmachuk, S., Graham, T., Haddad, M., & Tylee, A. (2011). School nurses' perspectives on managing mental health problems in children and young people. *Journal of Clinical Nursing*, doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03838.x.
- Rasmussen, S. R., Thomsen, J. L., Kilsmark, J., Hvenegaard, A., Engberg, M., Lauritzen, T., et al. (2007). Preventive health screenings and health consultations in primary care increase life expectancy without increasing costs. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(4), 365-372.
- Read, M., Small, P., Donaher, K., Gilsanz, P., & Sheetz, A. (2009). Evaluating parent satisfaction of school nursing services. *Journal of School Nursing*, 25(3), 205-213.

- Reuterswård, M., & Lagerström, M. (2010). The aspects school health nurses find important for successful health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 156-163.
- Riley, A. (2004). Evidence That School-Age Children Can Self-Report on Their Health. *Ambulatory Pediatrics*, 4(4), 371-376.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Rollnick, S., & Miller, W. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Roter, D. (2011). Roter Interaction Analysis System. Hämtad 0818, from [http://www.riasworks.com/resources\\_a.html](http://www.riasworks.com/resources_a.html)
- Roter, D., & Larson, S. (2001). The Relationship Between Residents' and Attending Physicians' Communication During Primary Care Visits: An Illustrative Use of the Roter Interaction Analysis System. *Health Communication*, 13(1), 33-48.
- Roter, D., & Larsson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251.
- Runesson, G., & Persson, L.-G. (2007). *Hälsoundersökningar av föräldrar på BVC 2007:5*. Jönköping: Primärvårdens FoU-enhet.
- Sellström, E., & Bremberg, S. (2006). Is there a "school effect" on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 149-145.
- SFS. (2010). *Skollagen 2010:800 kap 2*. Utbildningsdepartementet.
- Socialstyrelsen. (1991). *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sondell, K., Söderfeldt, B., & Palmqvist, S. (1998). A method for communication analysis in prosthodontics. *Acta Odontologica Scandinavica*, 56(1), 48-56.
- Sondell, K., Söderfeldt, B., & Palmqvist, S. (2003). Underlying dimensions of verbal communication between dentists and patients in prosthetic dentistry. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 157-165.
- Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2011). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom skolhälsovård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Stewart, K., & Dearmun, A. (2001). Review : Adherence to health advice amongst young people with chronic illness. *Journal of Child Health Care*, 5(4), 155-162.
- Stewart, P. (2010). Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? *Patient Education and Counseling*, 79(2), 173-177.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basic of Qualitative research*. Newbury Park: CA: Sage.
- Ståhl, Y., Enskär, K., Almborg, A.-H., & Granlund, M. (2011). Contents of Swedish school health questionnaires. *British Journal of School Nursing*, 6(2), 82-88.

- Summers, L. C., Williams, J., Borges, W., Ortiz, M., Schaefer, S., & Liehr, P. (2003). School-based health center viability: application of the COPC model. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(4), 231-251.
- Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99-106.
- Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Tannahill, A. (2009). Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*, 123(5), 396-399.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., & Elbers, E. (2002). Joking or decision-making? Affective and instrumental behavior in doctor-parent-child communication. *Psychology & Health* 17(3), 281-295.
- Tengland, P.-A. (2004). Empowerment: Mål eller medel för hälsovetenskaper. In I. Nordin (Ed.), *Rapporter från hälsans provinser*. Linköping: Tema Hälsa och samhälle, Linköpings Universitet.
- Tinsley, B. (2003). *How Children Learn to Be Healthy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tossavainen, K., Turunen, H., Jakonen, S., & Vertio, H. (2004). Health promotional education: differences between school nurses' health counselling and teachers' health instruction in the Finnish ENHPS. *Children & Society*, 18(5), 371-382.
- Tveiten, S., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Conducting client supervision in community health care. *International Journal of Nursing Practice*, 11(2), 68-76.
- Tveiten, S., & Severinsson, E. (2004). Client supervision: meaning and experiences from the perspective of Norwegian public health nurses. *Nursing and Health Sciences*, 6(4), 279-286.
- Tveiten, S., & Severinsson, E. (2005). Public health nurses' supervision of clients in Norway. *International Nursing Review*, 52(3), 210-218.
- Wainwright, P., Thomas, J., & Jones, M. (2000). Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1083-1091.
- Walker, Z., Townsend, J., Oakley, L., Donovan, C., Smith, H., Hurst, Z., et al. (2002). Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 325(7363), 524.
- van Dulmen, S. (2004). Pediatrician-parent-child communication: problem-related or not? *Patient Education and Counseling*, 52(1), 61-68.
- Vetenskapsrådet. (2007) Forskningsetiska principer inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. [http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/etikreglerhs.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf)  
www.vr.se. Hämtad 2008-09-21.
- Whitehead, D. (2006). The health-promoting school: what role for nursing? *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 264-271.
- Whitehead, D. (2011). Before the cradle and beyond the grave: a lifespan/settings-based framework for health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2183-2194.
- Världshälsoorganisationen (WHO). (1986). Ottawa Charter For Health Promotion.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>. Hämtad 2011-08-20.

- Viner, R. M., & Barker, M. (2005). Young people's health: the need for action. *British Medical Journal*, *330*(7496), 901-903.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Yi, C. H., Martyn, K., Salerno, J., & Darling-Fisher, C. S. (2009). Development and clinical use of rapid assessment for Adolescent Preventive Services (RAAPS) Questionnaire in school-based health centers. *Journal of Pediatric Health Care*, *23*(1), 2-9.
- Zwaanswijk, M., Tate, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A., Beishuizen, A., et al. (2011). Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: a vignette study on child patients', parents', and survivors' communication preferences. *Psycho-Oncology*, *20*(3), 269-277.