



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp
Höstterminen 2018

Fysioterapeuters upplevelse av att arbeta med barn med obesitas

Författare

Linn Andersson
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
Li7807an-s@student.lu.se

Författare

Sara Andersson
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
Soc15sa2@student.lu.se

Handledare

Frida Eek, universitetslektor, docent
Lunds universitet
Baravägen 3, 221 00 Lund
Frida.eek@med.lu.se

Examinator

Christina Brogårdh, professor
Lunds universitet
Baravägen 3, 221 00 Lund
Christina.brogardh@med.lu.se

Sammanfattning

BAKGRUND. Obesitas, eller fetma, definieras som ökad kroppsvikt och ökad fettmassa (BMI >25). Det orsakas vanligtvis av en kronisk eller långvarig obalans och kaloriavvikelse då kaloriintaget överstiger kaloriförbrukningen. Obesitas har blivit ett välkänt hälsoproblem i länder världen över och prevalensen har ökat under de senaste åren. Obesitas var tidigare ett hälsoproblem främst i välfärdsländer men dock är det nu ett problem även i fattigare länder. Det finns starka associationer mellan barnobesitas och vuxenobesitas (ålder >20 år) och det finns stor risk att obesitas kvarstår från ungdomen till vuxen ålder. Barn (<18 år) med högt BMI har en ökad risk för påverkad hälsa där både medicinska och psykologiska problem är inkluderade. En del barn med obesitas är i behov av fysioterapi men det finns lite beskrivet om fysioterapeut erfarenheter av arbetet.

SYFTE. Studien syftar till att belysa och beskriva fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av att arbeta med barn med obesitas.

STUDIENDESIGN. Kvalitativ intervjustudie.

METOD. Informanterna bestod av legitimerade fysioterapeuter som helt eller delvis arbetar med barn och unga med obesitas. Kvalitativa intervjuer genomfördes enligt en semi-strukturerad intervjuguide. Datamaterialet analyserades genom innehållsanalys.

RESULTAT. Kategorier identifierades som fysioterapeutens upplevelse av sitt arbete, fysioterapeutens upplevelse av att psykosociala faktorer påverkar behandlingen samt fysioterapeutens upplevelse av att omgivningsfaktorer påverkar behandlingen. Både resurser och begränsningar identifierades i varje kategori.

KONKLUSION. Resurser som fysioterapeuter beskrev i arbetet med barn med övervikt/obesitas var bland annat teamsamverkan, motivation och engagemang från familjen. Begränsningar var för lite preventivt arbete, social belastning och stillasittande fritid.

Nyckelord: obesitas, barnobesitas, fysioterapi, kvalitativ intervju

Abstract

BACKGROUND. Obesity, or overweight, is defined as increased body weight and increased fat mass (i.e., BMI > 25). It is usually caused by chronic or prolonged imbalance of calorie intake and calorie consumption. It has become a well-known health problem in countries around the world and the prevalence has increased over the past years. Obesity was previously seen as a health problem in welfare countries, but it is now a problem also in poor countries. There are strong associations between childhood obesity and adult obesity (age > 20 years) and there is a high risk of obesity remaining from adolescence to adulthood. Children age < 18 years) with high BMI have an increased risk of affected health where both medical and psychological problems are included. Some children with obesity are in need of physiotherapy but there is a lack of knowledge how physiotherapist perceive working with this population.

OBJECTIVE. The study aims at illuminating and describing the physiotherapists' experiences of working with obese children.

STUDYDESIGN. Qualitative interview.

METHOD. The informants consisted of registered physiotherapists who work full time or part time with children and adolescents with overweight/ obesity. Qualitative interviews were performed according to a semi-structured interview guide. The data were analyzed by content analysis.

RESULTS. Categories that emerged were physiotherapist's experience of their work, the physiotherapist's experience of psychosocial factors that affect the treatment and the physiotherapist's experience of external factors that affects the treatment. Resources and limitations were identified in all categories.

CONCLUSION. Resources were identified by the physiotherapists were, among other things, teamwork, motivation and commitment from the family. Limitations were too little preventive work, social stress and sedentary leisure time.

Keywords: obesity, childobesity, physiotherapy, qualitative interview.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	5
1.1 Definition av obesitas	5
1.2 BMI	5
1.3 Prevalens	5
1.4 Risker med obesitas.....	5
1.5 Interventioner och behandling	6
1.5.1 Skolbaserade interventioner	7
1.5.2 Familjbaserade interventioner.....	7
1.5.3 Interventioner inom vården	7
2. Syfte	7
3. Metod	7
3.1 Urval.....	7
3.2 Datainsamling	8
3.3 Genomförande.....	8
3.4 Analys av data	8
3.5 Etiska ställningstaganden.....	8
4. Resultat	9
4.1 Fysioterapeuternas upplevelse av sitt arbete.....	11
4.1.1 Resurser	11
4.1.2 Begränsningar	11
4.2 Fysioterapeuternas upplevelse av att psykosociala faktorer påverkar behandlingen.....	11
4.2.1 Resurser	11
4.2.2 Begränsningar	12
4.3 Fysioterapeuternas upplevelse av att omgivningsfaktorer påverkar behandlingen.....	12
4.3.1 Resurser	12
4.3.2 Begränsningar	13
5. Diskussion	13
5.1 Metoddiskussion.....	13
5.2 Resultatdiskussion.....	15
6. Klinisk relevans	16
7. Konklusion	16
7. Referenslista	17
Bilaga 1	19
Bilaga 2	20

1. Bakgrund

1.1 Definition av obesitas

Obesitas, eller fetma, definieras som ökad kroppsvikt och ökad fettmassa. Det orsakas vanligtvis av en kronisk eller långvarig obalans och kaloriavvikelse då kaloriintaget överstiger kaloriförbrukningen (1, 2). En vanlig metod för att mäta övervikt och obesitas är att räkna ut BMI (body mass index) (1).

1.2 BMI

BMI definieras som vikt/längd^2 och används på vuxna människor. Syftet med denna skala är att kunna räkna ut vikten oberoende av personens längd. På populationsnivå fungerar BMI-skalan bra för att ge en överblick över en stor grupp människors övervikt och fetma (3). Dock är skalan på individnivå bristfällig då den exempelvis inte tar hänsyn till muskelmassa. Enligt World Health Organization (WHO) klassificeras vikt från undervikt till fetma och definitionen är BMI $<18,5$ = undervikt, BMI $18,5-25$ = normalvikt, BMI $25-30$ = övervikt och BMI >30 = obesitas (4).

För att få ett mått på övervikt och obesitas hos barn (< 18 år) används en modifierad BMI skala som kallas ISO-BMI. Detta mått visar sig som en kurva som representerar barnets fysiologiska förändringar under perioden. Under barnets första levnadsår syns en kraftig ökning i kurvan eftersom barnet ofta lägger på sig mycket i vikt under detta år. Från ettårsåldern fram till sex-sjuårsåldern går barnet in i en "slankhetsperiod", som därefter följs av en så kallad "adiposity rebound" vilket innebär att kurvan återigen ökar. Om denna ökning sker mycket tidigare än runt sex-sjuårsåldern kan det vara en indikator på framtida övervikt. Fram till puberteten skiljer sig kurvan inte speciellt mycket mellan pojkar och flickor men efter puberteten syns en betydligt större skillnad då pojkar tenderar att öka i muskelmassa medan flickor tenderar att öka i fettmassa. För att mäta BMI hos barn måste man ställa vikten och längden i förhållande till ålder. Det finns olika mätskalor för att omvandla BMI så att det anpassas för barn. I Sverige används SD-linjer. Som tidigare nämnt räknas BMI över 25 som övervikt och BMI över 30 som fetma hos vuxna och samma gäller i den modifierade skalan för barn, dock benämns då BMI 25 som 1 SD, BMI 30 som 2 SD osv. Undervikt kan också beräknas via ISO-BMI och räknas då som negativa värden (-1 SD, -2 SD, -3 SD etc.) (3).

1.3 Prevalens

Övervikt och obesitas har blivit ett välkänt hälsoproblem i länder världen över och prevalensen har ökat under de senaste åren (5). I dagsläget beräknas omkring en tredjedel av världens befolkning vara överviktiga eller obesa. Om prevalensen ökar i samma takt som den gjort fram till nu tros 38% av världens vuxna befolkning vara överviktiga år 2030 (6). Enligt WHO's tillväxtkurva från 2010 beräknades prevalensen för överviktiga förskolebarn till 43 miljoner. Denna siffra beräknas stiga och ytterligare 92 miljoner barn (14,4% av barn 0-5 år) riskerar att bli överviktiga. Detta är ett enormt hot mot världshälsan (1, 7, 8). En studie visar att prevalensen för övervikt bland sju- till nioåringar i Europa är 20-28,4%. Länder i södra Europa har den högsta prevalensen av barn med övervikt, men det finns det skillnader mellan de olika länderna och socioekonomiska grupper inom länderna (5).

1.4 Risker med obesitas

Det är svårt att veta exakt vad obesitas orsakas av och många studier har gjorts och forskare har samlat många olika teorier genom åren. Orsakerna är komplexa och många faktorer kan påverka utvecklandet av obesitas (9). Obesitas var tidigare ett hälsoproblem främst i välfärdsländer, men har nu även fått fäste i fattigare länder. Idag är obesitas en vanligare

dödsorsak i större delen av världen jämfört med undervikt. Generellt ger obesitas en signifikant ökad risk för sjukdom och dödlighet såsom typ 2 diabetes, kardiovaskulära sjukdomar och cancer (10, 11).

Det finns starka associationer mellan barnobesitas och vuxenobesitas (ålder >20 år) då det finns stor risk att obesitas kvarstår från ungdomen till vuxen ålder. Barn med obesitas löper fem gånger större risk att bli obesa som vuxna, jämfört med barn utan obesitas. Tidigare studier har visat att 80 % av obesa ungdomar fortfarande var obesa i vuxen ålder och att 70 % fortfarande var obesa efter 30 års ålder. Studien påvisar skillnader mellan olika populationer (11). Det har även visat sig att femåringar med högt BMI har fyra gånger större risk att bli obesa under tonåren jämfört med normalviktiga femåringar (1).

Omgivningsfaktorer och levnadsvillkor kan ha stor påverkan på människors hälsa. Påverkande faktorer för vikten och utvecklande av övervikt hos barn kan vara livsstil, genetiska skillnader, fysisk aktivitetsnivå och stillasittande, matvanor och hälsostatus (9). Stillasittande beteende definieras som skärmtid framför TV eller dator, spela musikinstrument, läsa böcker, transporter som bilåkning etc. Stillasittande beteende, framför allt TV tittande kan associeras med minskad träning, sämre studieresultat, dålig kroppsbild och låg självkänsla och är en stor riskfaktor för allmänt dålig hälsa (12). Studier har visat att hälsa är starkt kopplat till socioekonomisk status och att låginkomsttagare löper större risk för att utveckla obesitas. Även barn löper större risk att utveckla obesitas om föräldrarna är lågutbildade eller själva är överviktiga (9).

Barn med högt BMI löper större risk för påverkad hälsa där både medicinska och psykologiska problem är inkluderade (1). Att vara överviktig som barn kan bland annat öka risken för förtidig död. Detta beror ofta på de sjukdomar som är associerade med en ökad kroppsvikt, exempelvis högt blodtryck, högt kolesterolvärde och insulinresistens. Dessa tillstånd kan sammanfattas som begreppet metabolt syndrom. Även vaskulära förändringar har synts på barn med övervikt och dessa förändringar kan i ett längre perspektiv vara en riskfaktor för utvecklandet av ateroskleros, stroke och hjärtsjukdom. Förutom att det finns en stor risk för barn med övervikt att medföra övervikten till vuxenlivet finns det också risk att barn med högt BMI kan drabbas av hormonella störningar, ortopediska problem, sömnapné, tandproblem, astma, förstorad lever och utvecklande av depressiva symtom (1, 13, 14, 15). Ur ett fysioterapeutiskt perspektiv kan obesitas medföra problem med fötter, knän och höfter som kan leda till ledsmärta samt balans- och koordinationssvårigheter (19). Studier har också visat att det finns samband mellan övervikt och mobbning vilket kan påverka det psykiska välmåendet (15).

1.5 Interventioner och behandling

Interventioner och behandling för obesitas, såsom ändrad kost och ökad fysisk aktivitet, är nödvändigt då det är ett mycket stort hälsoproblem i världen. Dessa kan bland annat resultera i förändrat BMI och vikt, ökad hälsorelaterad livskvalitet (QoL), minskad risk för sjukdom och minskad risk för förtidig död (16). I arbetet mot obesitas finns det olika professioner som är inblandade och de olika professionerna bidrar med olika perspektiv och infallsvinklar. Det har visat sig att ett framgångsrikt sätt att arbeta mot obesitas är genom att i ett interdisciplinärt team arbeta kring patienten där varje profession bidrar med sina interventioner och ett bra resultat uppnås när flera interventioner används samtidigt. Resultatet av interventionerna kan påverkas av en rad olika faktorer exempelvis ålder, social bakgrund, familjesituation, motivation, terapeutens kunskap etc. (13). Även förutsättningarna för behandling kan vara olika och interventionerna kan variera beroende på vilken individ som behandlas (16).

Grundprincipen i behandlingen för obesitas är att minska kaloriintaget och öka energiförbrukningen (16). Behandling av obesitas kan ha olika infallsvinklar så som skolbaserade interventioner, familjebaserade livsstilsinterventioner och interventioner inom vården (1).

1.5.1 Skolbaserade interventioner

Studier har visat att interventioner som sätts in innan 11 års ålder är mer framgångsrika än de som sätts in i vuxen ålder. Det kan därför vara effektivt att arbeta preventivt i grundskolan då barnen spenderar mycket av sin tid där (1, 17). Dessa preventiva interventioner kan bestå av extra utbildning i kostlära och fysisk aktivitet samt fler idrottstimmar (17).

1.5.2 Familjebaserade interventioner

Att arbeta med familjebaserade interventioner innebär att hela familjen deltar. Behandlingen består av en kombination av ändrad diet, ökad fysisk aktivitetsnivå och beteendeterapi. Det finns även interventioner som uteslutande riktar sig mot föräldrarna att ändra sin livsstil för att på så vis införa hälsosammare rutiner för sitt barn. Syftet med detta är att understryka föräldrarnas ansvar för barnets hälsa. Minskat inköp av ohälsosamma livsmedel för att på så vis minska exponeringen av dessa samt att stödja barnet i en ökad aktivitetsnivå är några av grundstenarna i denna princip (16).

1.5.3 Interventioner inom vården

Behandling och interventioner som riktar sig direkt till barnen som kan vara effektiva är olika former av träningsgrupper och tillgång till dietist och samtalsterapeut (18). Dietisten ser till att barnet får i sig de näringsämnen som behövs för att fungera i vardagen samt hjälper familjen att ändra sina matvanor (17). Den fysioterapeutiska behandlingen kan fokusera på utbildning och information om fysisk aktivitet och hälsoeffekter samt träning med fokus på att utveckla, behålla och förbättra rörelse och fysisk förmåga hos patienten (19). Det har också visat sig att medicinsk behandling i form av läkemedel kan vara effektiv då det bland annat kan minska nivån av triglycerider och påverka lipoprotein och kolesterolvärdet (1).

I nuläget finns det många interventionsstudier som rör obesitas hos barn. Däremot saknas det studier om fysioterapeuters upplevelse av att arbeta med barn med obesitas. Denna kunskap kan vara viktig för utveckling av den kliniska verksamheten.

2. Syfte

Syftet med studien är att belysa och beskriva fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av att arbeta med barn med obesitas.

3. Metod

3.1 Urval

Legitimerade fysioterapeuter med olika lång erfarenhet av att arbeta med barn och ungdomar med obesitas kontaktades via informationsbrev.

Inklusionskriterier;

- Leg fysioterapeut
- Erfarenhet av att arbeta som fysioterapeut med barn och ungdomar med övervikt eller obesitas.

Av 17 tillfrågade fysioterapeuter var det sex stycken som tackade ja till att delta i studien.

Av dem som ingick i studien var en man och fem kvinnor. De hade arbetat 1-25 år i olika verksamheter exempelvis inom barnhabilitering eller specialiserade överviktsenheter för barn och ungdomar.

3.2 Datainsamling

Individuella intervjuer med induktiv ansats gjordes med fysioterapeuterna. Intervjuerna gjordes via telefon och spelades in med hjälp av en inspelningsapp på dator och mobil. Intervjuerna var 25-45 min långa och genomfördes enligt en semi-strukturerad modell.

3.3 Genomförande

Intervjuguiden (bilaga 1) utarbetades av författarna till denna uppsats. Exempel på intervjufrågor var: *hur upplever du att det är att arbeta som fysioterapeut på en avdelning där du möter barn med övervikt? Upplever du svårigheter/utmaningar med behandling? ... kan du utveckla det?* För att rekrytera deltagare till studien mailades förfrågningar med informationsbrev (bilaga 2) ut direkt till fysioterapeuterna eller till enhetschefer på mottagningar runtom i Sverige. De som ville ställa upp på intervjuerna hörde sedan av sig via mail eller telefon och en tid planerades in. På den avtalade tiden ringde intervjuaren upp intervjurespondenten och intervjun genomfördes. Delaktiga under intervjuerna var en intervjuare, en intervjurespondent och en åhörare. Intervjuaren och åhöraren var författarna till denna uppsats.

3.4 Analys av data

Då intervjuerna genomförts transkriberades dessa och inspelningarna raderades. Datan analyserades genom innehållsanalys. Det transkriberade materialet lästes först igenom flera gånger av de undersökande studenterna, därefter plockades meningsbärande enheter ut, dvs meningar som innehöll relevant information för syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades i tabeller, se exempel i Tabell 1. Detta gjordes främst för att få en överblick över den insamlade datan. Efter kodningen gjordes en tankekarta som medel för att få en helhetsbild av den kodade datan. Innehållet i tankekartan färgkodades och kategorier identifierades. Hela materialet lästes igenom flera gånger för att styrka att kategorierna var relevanta för syftet. Underkategorier hämtades från kodningen och delades in i de identifierade kategorierna. Därefter identifierades begränsande faktorer och resurser i de olika underkategorierna.

3.5 Etiska ställningstaganden

Det inspelade materialet raderades efter transkribering och fanns under tiden endast tillgängligt för de ansvariga för studien. Respondenterna oidentifierades vid transkribering och konfidentialitet säkerställdes. Intervjuguiden formulerades på ett sätt så att den generella upplevelsen av arbetet belystes och inga enskilda patientfall diskuterades.

Tabell 1. Exempel på analyssteg

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod
Jag tycker att det känns viktigt ... samtidigt så är det inte helt självklart vilken roll jag har i ett sånt team ... jag tror att vi har en viktig funktion att fylla.	Det känns viktigt och jag tror att vi har en viktig funktion att fylla i ett team.	Viktigt Viktigt i team
Jag ser det som väldigt intressant ... det är ganska komplext men jag upplever det som en blandning av väldigt svårt och spännande.	Det är väldigt intressant, komplext och en blandning av svårt och spännande.	Intressant Komplext Svårt Spännande
Ja det upplever jag som positivt.	Jag upplever det som positivt.	Positivitet
Generellt så tycker jag att kunskapen vi har här är låg.	Vi har ganska låg kunskap här.	Kunskapsbrist
Jag tycker att det är en spännande grupp ... men samtidigt är det en svår grupp ... det kan ibland vara svårt med mycket avbokningar ... det är ju fantastiskt kul när man känner att man kan nå en familj.	Det är en spännande och samtidigt svår grupp då det kan ske mycket avbokningar. Det är fantastiskt kul när man kan nå en familj.	Spännande och svår grupp Fantastiskt kul
Väldigt roligt, tycker jag. Lite svårt att jobba, väldigt beroende av det är ett team som fungerar.	Det är väldigt roligt, men det kan vara svårt då vi är väldigt beroende av fungerande team.	Roligt Svårt Teamsamverkan

4. Resultat

Utifrån respondenternas individuella svar blev det tydligt att de arbetar på olika sätt från enhet till enhet, däremot arbetar de med liknande interventioner inom varje verksamhet. Fokusområden på de olika enheterna är bland annat gruppträning, att testa olika idrotter för att hitta roliga aktiviteter, styrketester och konditionstester för att konkretisera resultaten samt fysisk aktivitet på recept (FaR). Dessa interventioner riktar sig specifikt mot barnen. Motiverande samtal (MI) samt konkret rådgivning om fysisk aktivitet är exempel på mer familjebaserade interventioner som benämns av respondenterna.

I Tabell 2 beskrivs de tre kategorier som har identifierats i intervjumaterialet. Dessa definieras som fysioterapeutens upplevelse av sitt arbete, fysioterapeutens upplevelse av att psykosociala faktorer påverkar behandlingen samt fysioterapeutens upplevelse av att omgivningsfaktorer påverkar behandlingen. För varje kategori beskrivs koder samt faktorer som kan vara resurser eller begränsningar för att en behandling ska vara framgångsrik.

Tabell 2. Uppdelning av kategorier och koder

Kategori	Koder	
Fysioterapeutens upplevelse av sitt arbete	Göra sig förstådd, kommunikation Tid för att skapa trygghet Teamsamverkan Skapa rörelseglädje Individanpassad behandling Skapa goda relationer med barn och familj Kunskapsbrist Mer preventivt arbete Begränsade insatser För lite tid till varje patient Ekonomi	Resurser Begränsningar
Fysioterapeutens upplevelse av att psykosociala faktorer påverkar behandlingen	Positiv inställning till fysioterapeutens arbete Rörelseglädje Förståelse Känna trygghet Motivation Social belastning och sociala problem Förnekelse Koncentrationssvårigheter Nedsatt motivation Annan diagnos Kroppshets och kroppsvärderingar Dålig självkänsla Negativa känslor Stress Tristess	Resurser Begränsningar
Fysioterapeutens upplevelse av att omgivningsfaktorer påverkar behandlingen	Mycket stöd och engagemang från familjen Hitta intressen och aktiviteter Delaktighet Föräldrars påverkan Konkreta resultat Livsstilsförändring Övervikt Skärmtid Lite delaktighet och fysisk närvaro Otydliga resultat Föräldrars påverkan Ovilja till livsstilsförändring hos familjen	Resurser Begränsningar

4.1 Fysioterapeuternas upplevelse av sitt arbete

4.1.1 Resurser

En individanpassad kommunikation med både barnet och familjen upplevs av respondenterna som en resurs. Några respondenter nämnde att de arbetar med specialpedagoger eller tolkar för att underlätta arbetet. Det upplevdes viktigt att skapa goda relationer med familjen, att lägga tid på att skapa trygghet för barnet, att framkalla rörelseglädje samt individanpassa behandlingen för att uppnå behandlingens målsättning. Respondenterna belyste även vikten av en nära teamsamverkan runt familjen.

“Vi har bra specialpedagoger och psykologer som hjälper oss fysioterapeuter att liksom lägga nivån hur ska jag kommunicera med det här barnet om de har en intellektuell funktionsnedsättning tex.” Informant 2.

“Och det jag tycker också är viktigt det är att försöka ha ett bra teamsamarbete tillsammans med dietist, sjuksköterskor och läkare.” Informant 4.

4.1.2 Begränsningar

Respondenterna upplevde bland annat kunskapsbrist hos de anställda som en begränsande faktor vilket föranleds av begränsade ekonomiska resurser. Kunskapsbristen var tydligast för de respondenter som arbetar på de enheter som inte specialiserar sig direkt mot obesitas bland barn samt generellt i samhället. Respondenterna menade att begränsningarna även medför att det inte finns tillräckligt mycket tid för varje patient vilket i sin tur hämmar insatserna. Många av respondenterna upplevde att det behövs mer preventivt arbete då de inte kan eller får arbeta förebyggande i den mån de önskar. De upplevde att det finns brister i det preventiva arbetet på respektive arbetsplats och även generellt i samhället, tex nämnde någon av respondenterna att det behövs fler och mer utvecklade skolbaserade interventioner.

“Ja men då skulle jag nog ha mer, satsa på mer tillgänglighet här ... mer tider som passar familjerna eller barnen och tonåringarna, alltså kvällar eller helger så att det är fler tider. Och sen ha mer anpassat själva kliniken liksom, lokalerna.” Informant 3.

“Förebyggande är inte så stort för den här gruppen, det används inte över huvud taget.” Informant 2.

“...det är dit man vill komma någonstans känner jag- jobba preventivt. Sen så som vårt uppdrag ser ut så får vi ju inte riktigt göra på det sättet.” Informant 6.

4.2 Fysioterapeuternas upplevelse av att psykosociala faktorer påverkar behandlingen

4.2.1 Resurser

Det som av respondenterna upplevdes som resurser i behandlingen är om både barnet och familjen har en positiv inställning till fysioterapeutens arbete samt en förståelse för barnets tillstånd och de insatser som är relevanta i situationen. Respondenterna upplevde att då barnet och familjen känner motivation för att skapa en livsstilsförändring kan detta också hjälpa till i behandlingen. Många av respondenterna nämner att barnen ofta kan vara negativt inställda till fysisk aktivitet men att det ändras när barnen känner sig tryggare i situationen. Detta upplevdes av respondenterna som en resurs för att hitta rörelseglädje.

“...kan lära sig mycket om kroppen och att det inte är farligt att göra vissa saker och att man kan tycka att det är roligt att röra på sig och att man kan prova och vågar utmana sig själv.” Informant 5.

“Det bästa är ju om man känner att man lyckas få någon att bli sugen på att tänka om och lägga om sina vanor och tar hand om sin kropp på ett bra sätt och att man upptäcker glädjen med att röra på sig och att bli kompis med sin kropp.” Informant 4.

“Det är många av dom också som aldrig riktigt har tagit ut sig eller varit riktigt utmattad i sitt liv så dom blir liksom rädda och tror att de håller på och dö sekunden hjärtat börjar slå lite hårdare och börjar blir andfädda. Så där är ju mycket sånt att jobba med också, just den här liksom att få in kroppskännedomen för att känna lite vad som händer med kroppen när jag rör på mig och hur mycket bättre kan jag må om jag rör på mig mer och sånt där. Så i början brukar de vara ganska negativa men om de lyckas hålla i tillräckligt länge brukar de ändå komma över och va lite positiva till det [fysisk aktivitet].” Informant 1.

4.2.2 Begränsningar

Dålig självkänsla hos barnen, kroppshets, stress, mobbning, förnekelse av sin övervikt och negativa känslor gentemot sin egen kropp samt fysisk aktivitet lyftes av respondenterna fram som en begränsande faktor. En frekvent upplevelse hos respondenterna var att detta ofta går hand i hand med social belastning i familjen, exempelvis låg socioekonomisk status. Det upplevdes att barnen ofta har nedsatt motivation samt koncentrationssvårigheter och det ansågs inte ovanligt att dessa svårigheter även ses hos föräldrarna.

“Jo det är väl så att många av de här barnen har andra svårigheter mer än bara vikten, det kan vara att man lider av en annan diagnos eller att man har en tuff social situation eller allt möjligt.” Informant 6.

“Jag kan ju se en överrepresentation av barn med koncentrationssvårigheter och dem med impulsivitetskontrollproblem och sådär ... Men de har speciella svårigheter. Och även då får jag ju säga att de har sociala problem att de kommer från familjer där de kanske har det lite sämre ställt ekonomiskt.” Informant 3.

4.3 Fysioterapeuternas upplevelse av att omgivningsfaktorer påverkar behandlingen

4.3.1 Resurser

Respondenterna upplevde familjens delaktighet och engagemang i förändringsprocessen som en resurs. De betonade även vikten att hitta intressen och aktiviteter som barnen tycker är roliga och motiverande. Dessa barn upplevdes ha större möjlighet att upprätthålla livsstilsförändringen på lång sikt. Det framgick av respondenterna att ytterligare en resurs är att kunna visa konkreta resultat i form av ökad styrka eller förbättrad kondition.

“... i och med att vi jobbar med hela familjer så när det finns en familjesituation där det finns syskon eller föräldrar som är motiverande och stöttande och man har dem med på tåget så kan det vara lättare att motivera ett barn eller en ungdom att också ta tag i det liksom.” Informant 1.

“Det jag vill uppnå är ju framför allt dethär att hitta att de får en samhörighet och vi är ju framför allt inriktade på just träningsbiten i dethär teamet så göra så att de ej känner sig ensamma och att de kan bygga ett självförtroende och att de förhoppningsvis kan komma ut i föreningslivet som vilket barn som helst.” Informant 5.

“... sen tycker jag att det har varit väldigt bra att göra lite test med personen till exempel lättare styrketester och konditionstest och sen följa upp det så att de får se, men jag blir faktiskt starkare även om det står stilla på vågen eller om jag har gått upp lite i vikt så har min kropp anpassat sig på något sätt och jag har blivit starkare eller jag orkar mer och sådär. Så att använda sig av konkreta saker.” Informant 3.

4.3.2 Begränsningar

Omgivningsfaktorer som av respondenterna upplevdes som begränsningar i behandlingen är framför allt en överliggande ovilja hos familjen att förändra sin livsstil. Föräldrarnas påverkan upplevdes i stor grad spela roll för barnets syn på sin egen hälsa och uppfattning om vad som är ett hälsosamt beteende. Detta upplevdes gå hand i hand med låg delaktighet samt låg fysisk närvaro från föräldrarnas sida. Det framhövdes av respondenterna att en del av barnen känner sig mycket besvärade av sin vikt och ser den som ett fysiskt hinder. En tydlig begränsning i behandlingen upplevdes vara att resultaten inte alltid är så tydliga för barnen, då familjerna ofta förväntar sig snabba resultat på vågen. Respondenterna menade att det ofta är de fysiologiska förändringarna som för familjen inte är så tydliga som måste belysas för att de ska förstå att en förändring faktiskt sker. En likhet som identifierades av respondenterna är att barnen ofta spenderar mycket av sin fritid framför skärm vilket resulterar i en stillasittande vardag.

“Skärmtid är ju någonting som är väldigt vanligt att vi pratar om och en del barn sitter väldigt mycket framför dator eller telefon, kanske leker inte så mycket på rasterna utan sitter med telefonen och så.” Informant 5.

“Men sen är det ju föräldrar där man har en ovilja antingen för att man inte tycker att det är så speciellt intressant att byta eller att ändra livsstil eller ändra kosten man äter hemma, eller att man inte har tid och ork att göra det.” Informant 3.

“Och då är det svårt i de tidsperspektiven är det svårt att både motivera men också att få patienterna att förstå liksom hur viktigt det är att man rör på sig tex eller att man gör saker som man egentligen inte tycker är speciellt roligt, men man mår bra av det längre fram. Där är ju mycket svårigheter här. Sen är det ju mycket alltså att gå ner i vikt när man redan är överviktig är tufft generellt och där är det ju svårt för vem som helst tror jag, att hålla en motivation och att liksom orka när resultaten inte finns så tydligt.” Informant 4.

5. Diskussion

I resultatet identifieras tre kategorier. Dessa definieras som fysioterapeutens upplevelse av sitt arbete, fysioterapeutens upplevelse av att psykosociala faktorer påverkar behandlingen samt fysioterapeutens upplevelse av att omgivningsfaktorer påverkar behandlingen. Både likheter och skillnader mellan de olika respondenterna identifierades. Respondenterna belyste olika resurser och begränsningar utifrån deras egna arbetserfarenhet. Det som genomsyrade de flesta intervjuerna var det faktum att det finns många omgivande faktorer som måste fungera för att barnet ska få en framgångsrik behandling.

5.1 Metoddiskussion

Utifrån studiens syfte ansågs en kvalitativ intervjumetod med induktiv ansats vara lämplig då syftet var att beskriva människors erfarenheter och upplevelser av ett fenomen (20). Intervjuerna lades upp enligt den semi-strukturerade modellen med öppna frågor. Öppna

frågor användes för att locka fram respondenternas egna tankar och reflektioner och för att inbjuda till egen tolkning.

Vid tidpunkten för intervjuerna spelades dessa in med två inspelningsenheter och efter transkribering raderades ljudfilerna vilket anses stärka anonymiteten hos deltagarna. Både det inspelade materialet och transkriberingarna förvarades utom åtkomst för obehöriga, vilket också stärker säkerheten och konfidentialiteten (21). Intervjuerna utfördes av författarna till denna uppsats, en person hade huvudansvaret för att leda intervjun medan den andra agerade åhörare. Intervjufrågorna ställdes på samma sätt vid varje intervju, oberoende vem som hade huvudansvaret. Detta anses ge en mer strukturerad intervju samt stärka tillförlitligheten (22). Intervjuerna varade mellan 25-45 minuter vilket gav respondenterna utrymme för reflektioner, däremot kan det diskuteras huruvida bristen på erfarenhet av kvalitativ forskning hos de undersökande studenterna kan ha påverkat resultatet då inga följdfrågor ställdes under intervjuerna. Detta kan ha påverkats av osäkerheten att frånga intervjuguiden.

Initialt diskuterades det att endast inkludera fysioterapeuter som arbetar på specialistmottagningar för barn med obesitas, men detta frångicks då det fanns svårigheter att rekrytera dessa till studien. I studien intervjuades sex fysioterapeuter från olika enheter i Sverige. Dessa arbetar alla med barn och ungdomar med övervikt eller obesitas men möter dem i olika stadier av diagnosen. Detta gav en bred bild över hur arbetet uppfattas på olika nivåer och stärker även trovärdigheten (22). Både manliga och kvinnliga fysioterapeuter intervjuades och de har arbetat i verksamheten under olika lång tid samt på olika platser i Sverige. Mångfalden gav en variation som möjliggjorde en överblick av erfarenheterna vilket stärker studiens syfte. I efterhand diskuterades det om rekrytering av fler fysioterapeuter till studien hade gett en mer nyanserad och djupgående bild samt stärkt trovärdigheten ytterligare. Dock fanns det ingen möjlighet till detta på grund av rekryteringssvårigheterna inom den befintliga tidsramen. Slutsatsen drogs att de sex intervjuerna gav tillräckligt med material för att ge en nyanserad bild av ämnet, dock hade ett mindre bortfall varit önskvärt.

För att säkerställa att deltagarna var informerade om studiens syfte samt om villkoren för sitt deltagande skickades informationsbrev ut via mail. Detta gjordes i syfte att belysa att deltagandet i studien var helt frivilligt. Det diskuterades att skicka en ansökan till Vetenskapliga Etiknämnden (VEN), men beslut fattades att detta inte ansågs nödvändigt då inga personuppgifter användes och inga enskilda patientfall diskuterades.

För att analysera den insamlade datan utfördes en kvalitativ innehållsanalys, som används för att utveckla och få en bättre förståelse av innehållet (20). För att bilda lämpliga kategorier fördes kontinuerliga reflektioner och diskussioner mellan författarna under hela analysprocessen. Materialet lästes igenom flera gånger av författarna för att försäkra sig om att datan tolkats på rätt sätt och citat från deltagarna presenteras i resultatet. Detta stärker tillförlitligheten (22). Vid en kvalitativ studie är det viktigt att det reflekteras över tidigare kunskap och erfarenheter inom fenomenet. Innan påbörjat projekt var intresset och nyfikenheten för ämnet hög hos de undersökande studenterna. Dock var kunskapsnivån gällande kvalitativ forskning samt det undersökande fenomenet låg. Intresset och nyfikenheten gav en öppenhet för nya perspektiv under arbetets gång. Detta stärks utav de öppna intervjufrågorna som gav utrymme för egen tolkning och egna reflektioner från respondenterna. Under arbetet har det funnits utrymme för tolkning, bearbetning och diskussioner då denna studie endast utförts av författarna (23).

Överförbarhet handlar om huruvida studiens resultat kan överföras till andra situationer eller

grupper (23). I denna studie är det svårt att resonera kring detta då intervjuerna endast är gjord på sex fysioterapeuter. Intervjuerna baserar sig på den subjektiva upplevelsen hos varje enskild individ, att då anta att dessa upplevelser kan appliceras på andra grupper är svårt att avgöra (24).

5.2 Resultatdiskussion

Det som genomsyrade de flesta intervjuerna var det faktum att det finns många omgivande faktorer som samspelar för att barnet ska få en framgångsrik behandling.

Resultatet visar att upplevelsen av ett starkt teamsamarbete mellan professionerna kan hjälpa behandlingen framåt. Från intervjuerna har det framkommit att det i vissa team saknas en fysioterapeut vilket upplevs påverka kompetensen inom rörelse och fysisk aktivitet. Enligt tidigare forskning kan ett framgångsrikt resultat uppnås när flera interventioner används samtidigt (13).

Det ansågs av respondenterna betydelsefullt att ha en fungerande kommunikation med både barnet och familjen. Det används därför ibland specialpedagoger eller tolkar då det förklarats att barnen som behandlas kan ha andra svårigheter än sin övervikt som tex intellektuella funktionsnedsättningar eller språkförbristningar. Det framgick av respondenterna att det är viktigt att individanpassa både behandling och kommunikation, vilket stärks av tidigare forskning (16).

Respondenterna ansåg att en viktig del i behandlingen var att hjälpa barnen att hitta rörelseglädje samt få en annan syn på fysisk aktivitet än de haft tidigare. Det framgick att rörelseglädje kan uppnås genom aktiviteter som barnen själva tycker är roliga. Tidigare forskning stärker att interventioner direkt riktade till barnen ofta är effektiva (18). Dessa interventioner har framförallt beskrivits som gruppträning och information. Många av respondenterna upplevde generellt att när barnen väl engagerat sig i behandlingen är de positiva och upplever den fysioterapeutiska behandlingen som ett roligt inslag i den annars ganska medicinskt fokuserade behandlingen. En stillasittande fritid och ökad skärmtid hos barnen var en likhet som uppmärksammades av respondenterna. Även här belyste de vikten av att hitta aktiviteter som barnen upplever som roliga. Detta går hand i hand med att öka medvetenheten om en hälsosam livsstil vilket i tidigare forskning har visat sig kan uppnås via skolbaserade och familjebaserade interventioner (16,17). Forskning visar att ett ökat BMI har koppling till mobbning och psykisk ohälsa, därför förklaras det av respondenterna att det läggs mycket fokus på att öka barnens självkänsla och självförtroende (15).

En viktig resurs i arbetet med barnen visade sig vara en motiverad och delaktig familj. Detta stärks i tidigare forskning gällande familjecentrerade interventioner (17). Många av respondenterna framhävde vikten av engagerade föräldrar vilket kan påverka barnets motivation i positiv riktning. Respondenterna framhävde också vikten av att hela familjen måste vara medvetna om problemet och villiga att göra en livsstilsförändring. Det som av respondenterna upplevdes påverka behandlingen i negativ riktning var om familjen hade orimliga förväntningar på vad behandlingen kunde ge samt om familjen var ointresserad av en livsstilsförändring. Det som också upplevdes som en svårighet i behandlingen var om föräldrarna var belastade av andra problem som gjorde att det inte fanns någon ork, tid eller ekonomiska resurser till en livsstilsförändring. Respondenterna uppmärksammade det faktum att barnet faktiskt måste vara på plats för att få ett bra resultat av behandlingen. Några respondenter belyste att det var de barn som inte dök upp på behandlingen som faktiskt behövde mest hjälp. Tidigare studier har visat att övervikt i vissa fall är kopplat till

socioekonomisk status och lägre inkomst hos föräldrarna (9).

Respondenterna uppfattade generellt det preventiva arbetet i samhället som bristfälligt och uttryckte att mycket av detta arbete skulle kunna ske i skolan då barnen spenderar mycket tid där. Tidigare forskning visar att interventioner som sätts in i tidig ålder är mer effektiva än de som sätts in i vuxen ålder och stärker därför dessa skolbaserade interventionerna (1, 17). Respondenterna förklarade att deras primära uppdrag inte innefattar ett preventivt arbete, men att de upplever det som viktigt. Några förklarade att de arbetar preventivt i den mån att de hindrar sjukdomen från att bli värre och att följsjukdomar utvecklas. Respondenterna resonerade om vikten av att identifiera varningssignaler hos barn som riskerar att bli överviktiga och att fånga upp dem i tid och som tidigare nämnt visar forskning att tidiga interventioner är mest effektiva (17).

6. Klinisk relevans

Tidigare forskning har främst fokuserat på interventioner för barn med obesitas. Därför var det av intresse att genomföra denna studie som fokuserade på fysioterapeuternas upplevelse av att arbeta med barn med obesitas. Deras erfarenheter i form av resurser men också begränsningar som belyses i denna studie ger en ökad förståelse för hur fysioterapeuterna upplever sitt arbete, vad som fungerar bra men också kan behöva utvecklas i klinisk verksamhet av barn med obesitas.

7. Konklusion

Resultatet visar att det finns både begränsningar och resurser som påverkar den fysioterapeutiska behandlingen. Det som uppfattas som begränsningar är främst låg delaktighet från föräldrarna, låg motivation, kognitiva nedsättningar och dålig självkänsla hos barnet. Respondenterna upplevde däremot att en god teamsamverkan, positiv inställning och en engagerad familj är av stor vikt för ett framgångsrikt resultat. Resultatet visar även att det behövs mer preventivt arbete i skolan och samhället så att dessa barn fångas upp i god tid innan de riskerar att drabbas av sjukdom till följd av obesitas.

7. Referenslista

1. Pulgaron ER, Delamater AM. Obesity and type 2 diabetes in children: epidemiology and treatment. *Curr Diab Rep.* 2014 Aug;14(8):508. doi:10.1007/s11892-014-0508-y.
2. Phillips CM. Metabolically healthy obesity: definitions, determinants and clinical implications. *Rev Endocr Metab Disord.* 2013 Sep;14(3):219-27. Doi: 10.1007/s11154-013-9252-x. Review.
3. Hagenäs L. BMI kurvan [Internet]. Stockholm: Rikshandboken; 2012 [citerad 2018-02-01]. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Hur-ar-tillvaxtkurvorna-gjorda/BMI-kurvan/>
4. Matsunaga T, Suzuki K, Imashimizu K, Banno T, Takamochi K, Oh S. Body Mass Index as a Prognostic Factor in Resected Lung Cancer: Obesity or Underweight, Which Is the Risk Factor? *Thorac Cardiovasc Surg.* 2015 Oct;63(7):551-7. Doi: 10.1055/s-0035-1554964. Epub 2015 Aug 16.
5. Ahrens W, Pigeot I, Pohlmann H, De Henauw S, Lissner L, Molnár D, Moreno LA, Tornaritis M, Veidebaum T, Siani A; IDEFICS consortium. Prevalence of overweight and obesity in European children below the age of 10. *Int J Obes (Lond).* 2014 Sep;38 Suppl 2:S99-107. doi: 10.1038/ijo.2014.140.
6. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics.* 2015 Jul;33(7):673-89. doi: 10.1007/s40273-014-0243-x.
7. World health organisation. The WHO child growth standards. World health organisation. 2018; citerad datum 2018-02-01. Hämtad från <http://www.who.int/about/copyright/en/>
8. de Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010 Nov;92(5):1257-64. doi: 10.3945/ajcn.2010.29786. Epub 2010 Sep 22.
9. Moraes L, Lissner L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U, Sjöberg A. Multi-level influences on childhood obesity in Sweden: societal factors, parental determinants and child's lifestyle. *Int J Obes (Lond).* 2012 Jul;36(7):969-76. doi: 10.1038/ijo.2012.79.
10. Isma E G. Overweight and obesity in young children. Malmö: Holmbergs; 2016 [citerad 15 februari 2018]
11. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016 Feb;17(2):95-107. doi: 10.1111/obr.12334. Epub 2015 Dec 23.
12. Klitsie T, Corder K, Visscher TL, Atkin AJ, Jones AP, van Sluijs EM. Children's sedentary behaviour: descriptive epidemiology and associations with objectively-measured sedentary time. *BMC Public Health.* 2013 Nov 25;13:1092. Doi: 10.1186/1471-2458-13-1092.

13. Reinehr T. Lifestyle intervention in childhood obesity: changes and challenges. *Nat Rev Endocrinol*. 2013 Oct;9(10):607-14. Doi: 10.1038/nrendo.2013.149.
14. Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *J Pediatr*. 2007 Jan;150(1):12-17.e2.
15. Giletta M, Scholte RH, Engels RC, Larsen JK. Body mass index and victimization during adolescence: the mediation role of depressive symptoms and self-esteem. *J Psychosom Res*. 2010 Dec;69(6):541-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.06.006.
16. Loveman E, Al-Khudairy L, Johnson RE, Robertson W, Colquitt JL, Mead EL, Ells LJ, Metzendorf MI, Rees K. Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 21;(12):CD012008. doi: 10.1002/14651858.CD012008. Review.
17. Verrotti A, Penta L, Zenzeri L, Agostinelli S, De Feo P. Childhood obesity: prevention and strategies of intervention. A systematic review of school-based interventions in primary schools. *J Endocrinol Invest*. 2014 Dec;37(12):1155-64. doi: 10.1007/s40618-014-0153-y. Epub 2014 Sep 9. Review.
18. Nagle BJ, Holub CK, Barquera S, Sánchez-Romero LM, Eisenberg CM, Rivera-Dommarco JA, Mehta SM, Lobelo F, Arredondo EM, Elder JP. Interventions for the treatment of obesity among children and adolescents in Latin America: a systematic review. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Suppl 3:434-40. Review.
19. Milne N, Choy NL, Leong GM, Hughes R, Hing W. Child obesity service provision: a cross-sectional survey of physiotherapy practice trends and professional needs. *Aust J Prim Health*. 2016;22(2):140-146. doi: 10.1071/PY14101.
20. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
21. Morse JM, Coulehan J. Maintaining confidentiality in qualitative publications. *Qual Health Res*. 2015 Feb;25(2):151-2. doi: 10.1177/1049732314563489.
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24(2):105-12. Review.
23. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
24. Trost, J. Kvalitativa intervjuer. 4e upplagan. Lund: studentlitteratur; 2010.

Bilaga 1

Intervjuguide

1. Hur länge har du arbetat som fysioterapeut?
2. Hur länge har du arbetat med barn?
3. Vad arbetade du med tidigare som fysioterapeut?
4. Hur upplever du att det är att arbeta som fysioterapeut på en avdelning där du möter barn med övervikt?
5. Vad tycker Du är det bästa med att arbeta inom denna patientgruppen?
6. Vad vill Du uppnå med ditt arbete?
7. Vad tycker Du är viktigast att tänka på när du jobbar med denna patientgrupp?
8. Hur upplever du att den behandlingen och de interventioner du utför fungerar?
 - Hur upplever du att mottagaren uppfattar interventionerna/instruktionerna? - blir du förstådd/missförstådd? ... kan du utveckla?
 - Upplever du svårigheter/utmaningar med behandling? ... kan du utveckla?
 - Upplever du det finns något i ditt arbete som underlättar? ... kan du utveckla?
 - Upplever du skillnader i olika behandlingsformer/interventioner? ... kan du utveckla?
9. Hur upplever du resurserna i förhållande till behovet, upplever du begränsningar?
10. Om Du hade fått oändliga resurser, vad skulle du gjort?
11. Vad är Din upplevelse av förebyggande insatser på ditt arbete?
12. Vad är Din upplevelse av förebyggande insatser i samhället?
13. Hur upplever du barnens inställning till ditt arbete?
14. Hur upplever du barnets inställning till den behandling som ges?
15. Hur upplever du att kommunikationen med barnen fungerar?
16. Upplever du några likheter mellan de barn som behandlas? Om ja - utveckla
17. Hur upplever du barnets attityd gentemot sin sjukdom?
18. Hur upplever du föräldrarnas inställning till ditt arbete?
19. Hur upplever du föräldrarnas inställning till den behandling som du ger barnet?
20. Hur upplever du att kommunikationen med föräldrarna fungerar?
21. Hur upplever du föräldrarnas delaktighet i behandlingen och förändring i vardagslivet?
22. Hur upplever du föräldrarnas attityd gentemot barnets sjukdom?

Bilaga 2



LUNDS
UNIVERSITET

Informationsbrev till studiedeltagare.

Du tillfrågas härmed om deltagande i vår intervjustudie ”fysioterapeuters upplevelse av att arbeta med barn med obesitas”.

Hej!

Vi är två fysioterapeutstudenter som läser termin 5 på Lunds Universitet. Under våren kommer vi att skriva vår kandidatuppsats med temat övervikt och obesitas bland barn. Vi har valt att göra en intervjustudie där vår förhoppning är att intervjua mellan 5-10 fysioterapeuter som jobbar med barn och ungdomar med övervikt/obesitas. Frågorna kommer att vara av den kvalitativa typen vilket innebär att vi är intresserade av dina upplevelser för ”mötet” med dessa barn, vilket består av bland annat behandling och kommunikation. Vår huvudsakliga frågeställning är “Vad har fysioterapeuter för upplevelse av att arbeta med barn med obesitas?” och våra frågor kommer att vara kopplade till detta ämne.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig. Den beräknas ta cirka 30-45 min och genomförs av Linn Andersson och Sara Andersson. Intervjuerna kommer exempelvis ske över telefon eller över nätet via Skype eller liknande medel.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst och raderas efter transkribering.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den. Du kommer i den färdiga rapporten att vara aidentifierad.

Studien ingår som ett examensarbete i fysioterapeutprogrammet.

Om Du har några frågor, vill veta mer eller har möjlighet att delta, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

*Linn Andersson
Studerande på*

fysioterapeutprogrammet

e-post: li7807an-s@student.lu.se

Sara Andersson

Studerande på

fysioterapeutprogrammet

e-post: soc15sa2@student.lu.se

Handledare

Frida Eek,

universitetslektor, docent

Tfn: 0736744834

e-post:

frida.eek@med.lu.se