



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Ett friskt barn svälter inte sig självt -Intervjuer med distriktssköterskor

Författare: Lisa Solitander
Louisa Mason

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Ett friskt barn svälter inte sig självt -Intervjuer med distriktssköterskor

Författare: Lisa Solitander
Louisa Mason

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

Barn som matvägrar eller är kräsna med maten är en känd företeelse inom barnhälsovården, men det saknas kunskap om hur distriktssköterskan ger stöd till föräldrar vars barn är kräsna eller matvägrar. Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans stöd till föräldrar med barn som är kräsna eller matvägrar. Studien gjordes med kvalitativ ansats med semistrukturerad intervjumethodik som datainsamlingsmetod. Materialet analyserades med latent innehållsanalys där intervjuerna transkriberades i sin helhet. Resultatet visar att distriktssköterskan stödjer föräldrar med barn som är kräsna eller matvägrar genom att inge trygghet, ge råd i en komplex situation samt ge praktiskt stöd. Det är individuellt hur distriktssköterskan upplever föräldrarnas situation, vilket påverkar hur råden ges och tas emot. Vidare försöker distriktssköterskan hjälpa föräldrar att hjälpa sig själva, så kallad empowerment.

Nyckelord

Barn, Kräsenhet, Matvägran, Föräldrar, Distriktssköterska, BVC, Stöd

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	3
Teoretisk referensram	3
Definition och prevalens av kräsenhet och matvägran hos barn	4
Föräldrarnas upplevelser av och konsekvenser kring kräsenhet och matvägran	5
Livsmedelsverkets råd om mat till barn	6
Barnhälsovård	6
Distriktssköterskans roll	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Databearbetning	10
Förförståelse	11
Etisk avvägning	11
Resultat	12
Inge trygghet	13
Se föräldrarna i deras upplevelse av matsituationen	13
Bekräfta otrygga föräldrar	14
Betydelsen av kontinuitet och erfarenhet hos distriktssköterskan	15
Hjälpa föräldrarna med gränssättning	15
Skapa tilltro till föräldrarnas egen förmåga genom bekräftelse	15
Ge råd till föräldrar i en komplex situation	16
Att råden påverkades av distriktssköterskans syn på problemet	16
Skapa gemenskap vid måltiderna	16
Skapa delaktighet vid matsituationen	17
Hjälpa föräldrarna avdramatisera måltiderna	17
Att distriktssköterskans råd influerades av genustänk	18
Hjälpa föräldrarna praktiskt	19
Skapa uppfattning om barnets matintag	19
Kontrollera barnets tillväxt	20
Informera om innehåll i maten	20
Att distriktssköterskan tar hjälp utifrån samt av övriga kollegor	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	27
Referenser	28
Bilaga 1 (2)	31

Problembeskrivning

Media har uppmärksammat att barn i högre grad matvägrar eller är mer eller mindre kräsna och föräldrarna upplever bristande stöd och information när de vänder sig till barnavårdscentralen (BVC). En vanlig uppfattning bland gemeneman är ”ett friskt barn svälter inte sig själv.” Kräsenhet eller problem med maten på olika sätt är vanligt bland barn. I litteraturen uppskattas mellan 25 till 30 % av barn visar olika problem vid måltider (Satter, 1995). Forskning visar att 25 % av normalt utvecklade barn har någon form av problem vid måltiderna och upp till 80 % hos barn med särskilda behov (Manikam & Perman, 2000; Tan et al., 2012). Det blir alltmer vanligt med matvägran eller kräsenhet bland barn vilket är stressande för både föräldrar och barn. I och med föräldrarnas reaktioner på stressen blir barnen påverkade, vilket kan leda till att familjen kommer in i en ond spiral av matvägran, konflikter och tillrättavisningar vid matbordet och måltiden tillsammans blir därmed extra laddad i stället för en stund av gemenskap (Tan et al, 2012). Matvägran kan innebära större risk att barnen blir undernärda och inte följer sin tillväxtkurva.

Sjuksköterskor, framförallt inom pediatrik vård, samt andra yrkeskategorier, bl a läkare och logopedier, har tidigare skrivit om barns kräsenhet och matvägran, medan distriktssköterskor inte belyst ämnet ur sitt perspektiv. Barns kräsenhet med mat och matvägran behöver utforskas, vilket bekräftas av de litteratursökningar som gjorts inför studien. Som blivande distriktssköterskor är det viktigt att kunskapen utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet. I Rikshandboken finns riktlinjer kring matvägran att följa, något som kan fungera som ett stöd till distriktssköterskor inom barnhälsovården, däremot finns ingenting skrivet om barns kräsenhet (Rikshandboken, 2014). Författarnas upplevelse är att majoriteten av distriktssköterskorna idag arbetar utifrån sin egen erfarenhet. I framtiden är det betydelsefullt att föräldrarna får relevanta råd och stöd utifrån vetenskaplig grund.

Bakgrund

Teoretisk referensram

Enligt Gottlieb (2014) är strengths-based nursing ett holistiskt perspektiv, något som med fördel kan användas i distriktssköterskans stöd till föräldrar med barn som är kräsna med mat eller matvägrar. Strengths-based nursing är ett sätt att betrakta omvårdnad och innefattar

centrala begrepp som bl a hälsa, unikhet, självbestämmande och holism, något som sjuksköterskan kan arbeta utifrån (Gottlieb, 2014). Ett av sjuksköterskans mål är att hjälpa patienten och anhöriga genom att öka deras tilltro till sin egen förmåga. Begreppen i strengths-based nursing förstärker möjligheterna till empowerment och self-efficacy, något som leder till att patienten och familjerna fokuserar på att stärka sig själva och minimera svagheter (a.a.). Empowerment kan i sin tur medföra att patientens känsla av självständighet ökar och ger dem en möjlighet att hjälpa sig själva. Distriktssköterskan strävar efter att främja hälsa och lindra lidandet, och samtidigt ha ett förhållningssätt där patientens förmåga till egenvård stärks (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Empowerment i kontakt med föräldrar till barn som uppvisar problem i matsituationer ger dem styrkan att få kontroll och stöd i denna situation. Gottlieb (2014) menar att strengths-based nursing med fördel kan användas i området "primary care."

Aaron Antonovsky beskriver olika mekanismer som gör att människan klarar påfrestningar på olika sätt (1991). Enligt Antonovsky utsätts vi alla för situationer som är påfrestande både fysiskt och psykiskt. Han beskriver att människan ständigt pendlar mellan hälsa och ohälsa och menar att fokus bör ligga på prevention, dvs fokusera på de olika faktorer som gör oss friska, som i sin tur kan leda till effektiva strategier att bemöta det som kommer vår väg (a.a.). Distriktssköterskans förhållningssätt kan innebära ett arbete utifrån salutogenes, där det strävas efter att se det friska hos den som söker hjälp. Salutogenes kan appliceras på distriktssköterskans stöd till föräldrar och barn där det friska ska eftersträvas.

Definition och prevalens av kräsenhet och matvägran hos barn

Matvägran hos barn är ett brett och svårdefinierat begrepp där barnet har någon form av svårighet med matintaget som övergår till att vägra all eller merparten av den erbjudna maten (Williams, Field & Seiverling, 2010). Kräsenhet innefattar att barnet endast äter en eller några få maträtter (picky/selective eating) (Mascola, Bryson & Agras, 2010). Kräsenhet per denna definition handlar inte om en s.k. "dålig uppfostran" eller avsaknad av gränssättning från föräldrarna utan något som barnet är. Måltiderna kan kännetecknas av mycket långsamt ätande eller raseriutbrott vid måltiderna vilket leder till en negativ spiral, främst mellan barnet och dess föräldrar (Lewinsohn et al., 2005). Med den bakgrunden bör kräsenhet definieras av att barnet, på något sätt, reglerar sitt matintag, men det är inte endast en fråga om maten utan

också om barnets mentala och fysiska utveckling och beteende (Williams, Field & Seiverling, 2010).

Svårigheter vid matintaget kan innebära allt från milda bekymmer till väldigt allvarliga (Fishbein et al., 2006). Fishbein et als studie om matvägran visar att cirka 3-10 % av barn i ålder 1-6 år har en svårare form av matvägran eller kräsenhet. Mascola, Bryson och Agras (2010) menar att kräsenhet förekommer hos 8-50 % av alla barn. Manikam och Perman (2000) fann att 25 % av alla barn har problem med maten medan 3-10 % har svåra problem.

Föräldrarnas upplevelser av och konsekvenser kring kräsenhet och matvägran

När barn inte vill äta utlöser det många reaktioner hos föräldrarna. Att livnära sitt barn är för många föräldrar en självklar uppgift, precis som att sörja för sitt barns motoriska och psykiska utveckling. Mat är oftast något njutbart och innebär inte endast mättnad utan också gemenskap. Många föräldrar blir oroliga när barnet vägrar äta och tror att barnet kommer bli sjukt eller inte följa sin tillväxtkurva. Barn som inte vill äta när de är sjuka är inget ovanligt, men efter tillfrisknande äter barnet ofta bättre och tar igen det de förlorat under sjukdomstiden (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009). Om barnet inte börjar äta igen efter sjukdom är det viktigt att BVC-sjuksköterskan uppmärksammar och vid behov remitterar till rätt instans exempelvis dietist, barnmottagning eller logoped, psykolog eller kurator (a.a.). Manikam och Perman (2000) menar att effekterna av en långvarig kräsenhet eller matvägran visar sig på olika psykiska och fysiska sätt. Barnet kan påvisa minskade intellektuella och emotionella förmågor, tillväxthämning och mindre ork samt näringsbrist. Risk för dålig hälsa och döden ökar när barnet äter lite eller mycket dåligt (a.a.).

Barn som är kräsna kan orsaka oro hos föräldrarna vilket leder till en ökad benägenhet att kontakta läkare (Mascola, Bryson & Agras, 2010). Dock är upplevelsen bland många föräldrar att hälso- och sjukvården inte tar deras oro på allvar. Mascola, Bryson och Agras menar att matvägran eller kräsenhet med mat orsakar konflikter mellan föräldrarna i deras hanterande av problemet. Barnet har ingen kunskap kring vad ett minskat matintag innebär medan föräldrar i allra högsta grad är medvetna om vad konsekvenserna blir om barnet inte får i sig näring. Konflikter runt måltiden tenderar att öka i samband med att föräldrar kräver att barnet ska äta eller när barnet i högre grad blir påtvingande maten (Satter, 1995).

Konflikterna kan leda till att barnet besvarar föräldrarnas krav på att äta genom att fortsätta matvägra eller kräsenheten och den onda spiralen accentueras (a.a.).

Livsmedelsverkets råd om mat till barn

Livsmedelsverket är en myndighet som ger ut råd kring kosten och matvanor, som även innefattar barn. De strävar efter att ge saklig och vetenskapligt underbyggd information kring mat och dryck samt specifika råd till olika grupper som t ex spädbarn, barn, gravida och ammande. Råden är generella, men har näringsrekommendationer, befolkningens matvanor och hälsoproblem som en bas att utgå ifrån (Livsmedelsverket, 2015). I mötet med en familj borde individuellt anpassade råd ges (a.a.).

Livsmedelsverket rekommenderar helamning eller modersmjölksersättning tills barnet är 6 månader gammalt (Livsmedelsverket, 2015). Barn från 4-6 månader får smaka små smakprov av familjens mat, men den ska vara välmosad/passerad. Det är inte av betydelse vad som först introduceras, snarare att mängden mat långsamt ska ökas, maten är välmosad/passerad och alla livsmedelsgrupper introduceras under barnets första år. När barnet blir äldre rekommenderas det att smakportionerna övergår till att bli måltider som ersätter amningen/modersmjölksersättningen. Den passerade/mosade maten bör efterhand innehålla grövre bitar för att undvika problem med ätandet. Barn som är 1 år eller äldre bör äta frukost, två huvudmål och 2-3 näringsrika mellanmål (a.a.).

Barnhälsovården bör ha hälsosamtal med föräldrar kring familjens och barnets matvanor (Livsmedelsverket, 2015). Det poängteras att det är föräldrarna som bestämmer *vad* som ska serveras och det är barnet som bestämmer *hur mycket* det vill äta av den serverade maten. Livsmedelsverket påtalar att barn ej bör äta större mängd mjölkprodukter (mer än en halv liter/dag) då det kan göra att barnet äter för lite av andra näringsämnen. Vidare ska s.k. tomma kalorier och skräpmat undvikas eftersom de ger mättnad men ingen näring. Godis, glass, snacks och läsk bör inte förekomma oftare än högst en gång per vecka (a.a.).

Barnhälsovård

Barnhälsovårdens (BHV) mål finns inte specifikt definierade i lagtext eller regelverk däremot finns regionala och lokala riktlinjer formulerade (Socialstyrelsen, 2014). Barns hälsa och utveckling bör främjas av BHV och förebygga ohälsa enligt Socialstyrelsens mål. Föräldrar

bör erbjudas hälsovägledning, föräldrastöd och hälsoövervakning av BHV så föräldrarna får möjligheter att skapa grunden till bra utveckling för barnen. Stödet som familjer behöver kan vara olika eftersom alla har olika förutsättningar och behov. Barn som löper större risk att drabbas av ohälsa eller har en nedsatt hälsa ska erbjudas individanpassat stöd.

Hälsoövervakning såsom väga, mäta och se barnets utveckling samt vara uppmärksam på förhållanden i barnets närmiljö ingår även i riktlinjerna för BHV (a.a.).

Barnhälsovården organiseras i form av barnavårdscentraler, BVC, som ansvarar för de barn som är listade på enheten (Socialstyrelsen, 2014). BVC kan drivas både offentligt och privat och vara en del av en familjecentral, vilket innebär öppen förskola, barnmorskemottagning, och socialtjänst med inriktning på förebyggande arbete finns i samma lokaler. Flera olika yrkeskategorier finns representerade på en familjecentral med olika huvudmän där de arbetar tillsammans med familjen i fokus, t ex socionomer, dietister, ortoptister och logoped. På BVC arbetar sjuksköterskor med specialistutbildning till distriktssköterska eller barnsjuksköterska. På varje BVC arbetar även legitimerade läkare med adekvat kompetens, t. ex specialistkompetens i allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri (a.a.).

Förutom distriktssköterskor har även dietister, kuratorer och logoped en betydelsefull roll när barn matvägrar eller är kräsna med maten och det är viktigt att problemet behandlas med hjälp av personer från olika yrkeskategorier (Manikam & Perman, 2000). På en del universitetssjukhus runtom Sverige finns specialistmottagningar för barn som matvägrar eller är kräsna med maten. Seabert, Eastwood och Harris studie (2005) visade att barnen fick bäst resultat av behandling när ett tvärprofessionellt team med logoped, dietister, kuratorer, psykologer, sjuksköterskor och läkare samt barnrehabilitering arbetade tillsammans med barnets föräldrar. Likaså är det viktigt att distriktssköterskan på BVC remitterar barnet till de rätta instanserna vid behov, t ex barnmottagning, logoped, och dietist, kurator alternativt psykolog (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009).

Distriktssköterskans roll

Under barnens första år är BVC den naturliga platsen att söka stöd på då föräldrarna behöver det som mest. Majoriteten, ca 99 %, av barnen i Sverige är inskrivna på BVC (Socialstyrelsen, 2014). Distriktssköterskan på BVC kan erbjuda föräldrar stöd, hjälp och råd om deras barns hälsotillstånd, både genom att bekräfta det friska och uppmärksamma och

vägleda vid ohälsa. Distriktssköterskan ansvarar för tillväxtkontroller, utvecklingsbedömningar och föräldrautbildning. För många föräldrar spelar distriktssköterskan en central roll vid frågor och funderingar kring deras barns hälsa eller ohälsa. Vidare ska distriktssköterskan remittera till andra vårdinstanser om behov föreligger (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009; Socialstyrelsen, 2014).

Distriktssköterskans arbete ska bygga på ett etiskt och holistiskt synsätt och på vetenskap och beprövad erfarenhet samt verkställas i enlighet med gällande författningar och riktlinjer (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Det etiska synsättet hos en distriktssköterska är av särskild vikt för att respektera att var patient och situation är unik. Det holistiska förhållningssättet innebär att se människan som subjekt och i samspel med samhället. Genom att arbeta personcentrerat och ur ett salutogent perspektiv kan distriktssköterskan stödja och stärka individen och familjen (a.a). Detta leder i sin tur till att distriktssköterskan tillsammans med familjen och barnet skiftar fokus från maten och de faktorer som gör att barnet är kräset med maten eller matvägrar. På så vis inger distriktssköterskan trygghet och möter och stödjer föräldrarna i en komplex situation.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans stöd till föräldrar med barn som är kräsna med maten eller matvägrar.

Metod

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats, för att skapa förståelse hur distriktssköterskan ger stöd till familjer med friska barn där barnen var i åldrarna 1-6 år matvägrade eller var kräsna med maten och inte hade fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.

Urval

Ett strategiskt val i studien var att enbart intervjua distriktssköterskor på BVC som har kunskap och erfarenhet kring att arbeta med barn i åldrarna 1-6 år. Vidare inklusionskriterier för studien var barn vars problematik som var i fokus skulle slutat med bröstmjolk/modersmjölksersättning och åt fast föda. För att få fram lämpliga informanter till studien, söktes BVC-enheter i norra Skåne via 1177 och informationsbrev skickades till 52 verksamhetschefer för dessa enheter, där 32 avböjde medverkan. Norra Skåne valdes först då

många andra studenter valde att söka informanter i sydvästra Skåne. De tjugo verksamhetschefer som var positiva till medverkan villkorade att intervjuerna inte fick störa verksamheten. Informationstillfällena bokades in för att berätta om studien, men nio verksamhetschefer avböjde innan de hann ske. De elva distriktssköterskor som deltog vid informationstillfällena bokades in för intervjuer. I strävan att få fler informanter, skickades det ut informationsbrev till 15 verksamhetschefer på BVC i mellersta Skåne, men samtliga avböjde att delta.

I detta skede togs kontakt med handledaren med avsikten att även inkludera barnsjuksköterskor som arbetade på BVC i studien. Efter godkännande tillkom ytterligare en informant. Sammanlagt blev 11 distriktssköterskor och 1 barnsjuksköterska intervjuade. Samtliga informanter var kvinnor mellan åldrarna 34 och 65 år. Antalet yrkesverksamma år som distriktssköterskor generellt varierade mellan 1-40 år och inom BVC 1-35 år. Distriktssköterskorna arbetade i snitt cirka 90 % (75-100 %) och ansvarade för 200-350 barn. Deras arbetsplatser var BVC både inom offentlig och privat primärvård. En pilotintervju genomfördes i april 2015 för att se om intervjuguiden var relevant för studiens syfte. Pilotintervjun inkluderades i studien då den ansågs uppfylla kriterierna och gav relevant information. Resterande intervjuer genomfördes under sommaren 2015.

Datainsamling

I studien användes semistrukturerad intervjumethodik som datainsamlingsmetod. Intervjuerna genomfördes på en av distriktssköterskorna vald plats och hälften av intervjuerna gjordes av den ena studenten med den andra som observatör och vice versa. Intervjuerna spelades in med smartphone och transkriberades därefter ordagrant av personen som hade genomfört intervjun, dvs sex intervjuer vardera. Medellängden för intervjuerna var cirka 25 minuter (17-34 minuter). Enligt Graneheim & Lundman (2004) är det viktigt att även notera perioder av informanternas tystnad, suckar, och skratt men också deras gester för att få fram helheten av det som sades så ingen information går förlorad. Den observerande studenten noterade dessa företeelser under intervjuens gång för att bibehålla denna information.

Studien använde intervju som metod för att samla in data där en intervjuguide användes, se bilaga 1, en inledande fråga belyste ämnet och relaterade ämnen till studien stod nämnda i

guiden som stöd vid intervjun. Genom att även ställa frågor som “kan du utveckla detta?” eller “på vilket sätt då?” försökte författarna få informanterna att berätta mer om det som framkom i intervjuerna för att få ett rikare material. “Uppföljningsfrågor” (s.k. probes) är något Polit och Beck (2014) menar kan användas med fördel för att få fram mer användbar och detaljrik information från en informant.

Databearbetning

Analysen av data genomfördes med kvalitativ innehållsanalys som är en alltmer använd metod inom hälsovetenskapens forskning (Hsieh & Shannon, 2005). Analysen gjordes utifrån Graneheim och Lundman där intervjun och observationer präglas av forskarens och informanternas interaktion med varandra, dvs deras kommunikation (2004). Kvalitativ innehållsanalys kan göras latent eller manifest där den manifesta analysen innebär en beskrivning av det uppenbara, medan den latent analysen är en tolkning av informationen (Danielson, 2012a). Materialet analyserades med latent innehållsanalys. Intervjuerna transkriberades i sin helhet och lästes igenom noggrant ett flertal gånger innan bearbetning påbörjades. Det transkriberade materialet plockades ut i fulltext och det som var betydelsefullt och svarade till studiens syfte plockades ut, dvs meningsbärande enheter (Tabell 1). Danielson (2012a) menar att det är av vikt att de meningsbärande enheterna inte är för korta för då kan värdefull information gå förlorad. Enheterna kondenserades för att få fram kärnan i de meningsbärande enheterna och sedan kodades de med ett eller några enstaka relevanta ord. Under kodningsprocessen sågs det hur kodningen bidrog till att forma subkategorier genom att “bygga” subkategorierna via de besläktade orden eller företeelserna. Fjorton subkategorier utmynnades i tre kategorier av stöd (tabell 1) och slutligen framkom ett övergripande tema.

Tabell 1; Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserande meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
...att man ändå gör måltiden avslappnad och erbjuder barnet och låter det sitta med och äter så mycket du vill. Och sen så får det va så.	Gör måltiden avslappnad och erbjuder barnet och låter det sitta med och äter så mycket du vill.	Avslappnad måltid	Att skapa gemenskap vid måltider	Ge råd till föräldrar i en komplex situation	Distriktssköterskan hjälper föräldrarna att hjälpa sig själva
... Alltid bekräftar och förstår deras oro för barn måste få mat så klart....	Bekräftar och förstår oro	Bekräfta oro	Att skapa tilltro till föräldrarnas egen förmåga genom bekräftelse	Inge trygghet	
En del barn får välling morgon ibland på natten, på kvällarna och om man fasar ut vällingen går inte att ta bort helt brukar de flesta barnen börjar äta	Fasa ut välling, då blir barnet hungrigt	Fasa ut välling	Att ge råd om innehåll i maten	Hjälpa föräldrarna praktiskt	

Förförståelse

Förförståelsen av ämnet kan påverka perspektivet och därmed analysen av materialet genom att de små tecknen och gester som är viktiga i både transkriberingen och i analysen av resultatet missas. Frågeställningar och följdfrågor med olika betoning och förklaringar kan påverka resultatet och där är förförståelsen i ämnet också betydelsefull (Danielson, 2012a). Även om det är svårt att vara opåverkad av sitt ämne, i synnerhet efter en gedigen bakgrundsanalys, så är det av stor betydelse att försöka ha och bibehålla ett neutralt perspektiv så långt som möjligt. Författarnas förförståelse har delvis präglats av bakgrundsmaterialet, men också av att båda, sedan tidigare, känner till begreppen kring företeelsen samt haft bekanta vars barn antingen varit kräsna med maten eller matvägrat. Författarna är sjuksköterskor som tidigare inte har arbetat med barn och familjer, som har haft denna problematik, vilket författarna hade i åtanke.

Etisk avvägning

Forskaren bör beakta etiska principer som är sedvanliga inom vetenskapliga studier. Teoretiskt kan det vara fyra fundamentala etiska principer i biomedicinska behandlingar och forskning (Beauchamp & Childress, 2009). Dessa är autonomiprincipen och syftar till att

respekt visas till individens förmåga att ta beslut, principen om att inte skada handlar om att skada ska undvikas medan principen om godhet relaterar till välvilja, den sista principen om rättvisa syftar på att de två tidigare nämnda principer ska vara jämnt fördelade (a.a.). I studien har samtliga beaktats genom att de medverkande distriktssköterskorna själva fått bestämma om de ska delta samt att övriga principer har följts som en röd tråd.

Helsingforsdeklarationens sista version som ändrades och antogs av World Medical Association (WMA) 2013 har viktiga etiska principer i relation till medicinsk forskning. Bland de principer som är relevanta för studien är att respekt ska visas alla människor och för deras hälsa och rättigheter. Vidare ska forskningens nytta och risker vara välavvägda mot varandra och de ska kontinuerligt uppdateras och bedömas (WMA, 2013). Nyttan med studien bedömdes att den kunde utmytna i en ökad förståelse för hur distriktssköterskan gav stöd till föräldrar medan att risken med studien var att distriktssköterskorna kunde känna sig granskade i sitt arbetssätt vilket skulle kunna leda till en osäkerhet hos dem.

Efter granskning av Vårdvetenskapliga etiknämnden skickades brev till verksamhetscheferna på de berörda enheter som valts ut där studien presenterades och intervjuernas syfte förklarades. Efter tillstånd från verksamhetscheferna skickades introduktionsbrev till de distriktssköterskor som var verksamma vid enhetens BVC där förfrågan om att delta i intervjun inkluderades. Deltagandet var frivilligt och de kunde välja att avsluta intervjun när helst de önskade. Distriktssköterskorna valde plats för intervjun, intervjuerna spelades in och materialet förvaras inlåst så att obehöriga inte har tillträde till det och kommer att förstöras efter godkänd examination. Informanterna avidentifierades i arbetet och inga utmärkande egenskaper beskrivs för att bevara deltagarnas konfidentialitet. I resultatet benämns informanterna som Dsk 1, Dsk 2 osv utifrån ordningen de blev intervjuade i. Den enda intervjuade barnsjukssköterskan är också benämnd som Dsk i studien för att inte röja hennes identitet.

Resultat

Vid bearbetning av materialet från intervjuerna identifierades ett övergripande tema, "Distriktssköterskan hjälper föräldrar att hjälpa sig själva" och tre kategorier som svarade på

syftet att beskriva distriktssköterskans stöd till föräldrar med barn som är kräsna med maten eller matvägrar. Dessa 3 kategorier, dvs inge trygghet, ge råd och praktisk hjälp har sammanlagt 14 subkategorier (Tabell 2).

Tabell 2: Tema, kategorier och subkategorier

Tema	Distriktssköterskan hjälper föräldrarna att hjälpa sig själva		
Kategorier	Inge trygghet	Ge råd till föräldrar i en komplex situation	Hjälpa föräldrarna praktiskt
Subkategorier	<p>Se föräldrar i deras upplevelse av matsituationen</p> <p>Bekräfta otrygga föräldrar</p> <p>Betydelsen av erfarenhet och kontinuitet hos distriktssköterskan</p> <p>Hjälpa föräldrarna med gränssättning</p> <p>Skapa tilltro till föräldrarnas egen förmåga genom bekräftelse</p>	<p>Att råden påverkades av distriktssköterskans syn på problemet</p> <p>Skapa gemenskap vid måltiderna</p> <p>Skapa delaktighet vid matsituationen</p> <p>Hjälpa föräldrarna avdramatisera måltiderna</p> <p>Att distriktssköterskans råd influerades av genustänk</p>	<p>Skapa uppfattning om barnets matintag</p> <p>Kontrollera barnets tillväxt</p> <p>Informera om innehåll i maten</p> <p>Att distriktssköterskan tar hjälp utifrån samt av övriga kollegor</p>

Inge trygghet

En stor roll i distriktssköterskans stöd var att inge trygghet. Det var viktigt att föräldrarna kände att distriktssköterskan var trygg i sin yrkesroll och hade mycket kunskap. På BVC var det även av största vikt att föräldrarna kände sig trygga nog att delge distriktssköterskan sina farhågor och problem, men också att de kände ett stöd av distriktssköterskan utifrån hennes närvaro, omhändertagande och bemötande. Stödet visade sig i fem subkategorier, där bl a se, bekräfta och hjälpa föräldrar med gränssättning samt skapa tilltro till deras egen förmåga ingår.

Se föräldrarna i deras upplevelse av matsituationen

Föräldrarnas upplevelse kring matsituationen visade sig genom att de överförde sin otrygghet till sina barn, dvs föräldrarna upplevde situationen att äta som påfrestande, antingen beroende på sin egen bakgrund eller att matsituationen med barnet blivit laddad. Distriktssköterskorna uppgav att vissa föräldrar, nästintill uteslutande mödrar, själva hade haft en komplicerad relation till mat vilket i sin tur påverkade hur de upplevde situationen när barnen matvägrade

eller var kräsna. Mödrarna kunde haft problem med ätstörningarna i många år och att se barnen äta innebar en kamp.

“Har själv ett svårt förhållande till, ja kanske komplicerat förhållande till mat och då blir det ju också komplicerat på nåt vis hur barnet ska förhålla sig till mat och att det kan bli svårt att börja servera barnet mat för man vet inte riktigt hur man ska göra när man är själv så ambivalent inför känslan av att äta.” (Dsk 3)

Distriktssköterskorna beskrev också att föräldrar upplevde barnet som kräset med maten även om så inte var fallet, vilket tyder på att informanterna ansåg att många föräldrar har en ogrundad oro kring sina barns matintag. Föräldrarna upplevde att barnen åt dåligt för att barnet inte tyckte om den aktuella maten eller inte åt upp allt. Distriktssköterskorna strävade efter att skaffa sig inblick i föräldrarnas förhållningssätt och upplevelse av mat för att kunna stödja dem på rätt nivå.

Bekräfta otrygga föräldrar

Otrygghet bland föräldrarna påverkade hur de hanterade situationen när barnen var kräsna eller matvägrade. Anledningen till känslan av otrygghet kunde distriktssköterskorna endast spekulera i, men avsaknad av tid, stress, dåligt samvete och att föräldrarna saknade ett skyddsnät angavs som möjliga orsaker. Vidare upplevde distriktssköterskorna att föräldrarna sökte råd på många olika sätt, inte bara hos familj eller vänner men också via olika former av sociala media såsom webbsidor eller Facebook. En generell upplevelse var att föräldrarna hade mycket funderingar kring barns allmänna skötsel och omsorg. Informanterna uttryckte att föräldrarna fokuserade mycket kring barnens basala behov såsom sömn, toalettbesök och mat. Vidare upplevdes att föräldrar har ändrat synen på barns vikt dvs smala barn sågs som onormalt, vilket för någon generation sedan var det vanliga.

“Idag är det man ska hitta sin egen väg också så säger den det och den det och det står där på nätet och så sa de så sa den det på facebook och så sa de så på tv, ja men man skapar en osäkerhet och osäkerheten skapar problem för man är inte trygg som förälder.” (Dsk 11)

“Sen pratar vi en del om det här också...ja det är alltså något som ha förändrats med denna generationen, att vi ser inte ett barn som är smalt som normalt idag längre. Utan dom ska helst vara lite runda. Jag brukar berätta att när jag var liten så fanns det nästan inga kraftiga, överviktiga barn utan då kunde vi räkna revbenen på alla barnen.” (Dsk 6)

Betydelsen av kontinuitet och erfarenhet hos distriktssköterskan

Erfarenhet som grund till kunskap var något som distriktssköterskorna nämnde som en viktig komponent i hur de kunde ge emotionellt stöd och därmed inge trygghet till föräldrarna. Den egna erfarenheten, både den privata men också yrkeserfarenheten, ansågs viktig och informanterna uppgav att de använde sig av och förlitade sig på sin erfarenhet i mötet med föräldrarna. Distriktssköterskorna menade att tidigare möten med företeelsen kräsenhet med mat eller matvägran gav dem en beredskap att hantera problematiken i allmänhet och ge stöd till föräldrarna i synnerhet. Det framkom att följa familjer under en längre tid och känna dem väl, dvs ha kontinuitet, var viktigt i utformningen av det stöd som gavs till familjen. På grund av distriktssköterskans långa erfarenhet skapades en tillit till distriktssköterskan.

“Jag tror och jag vill inte skryta...men jag var så gammal i gamet att för dom var jag nästan som en mormor så och i och med detta och hade sett så många barn så hade dom tillit till mig...Ja det ska du se, ju äldre du blir ju mer tillit får du av föräldrarna...så är det.” (Dsk 1)

Hjälpa föräldrarna med gränssättning

Informanterna angav att det var vanligt förekommande att matsituationen upplevdes jobbig för föräldrarna. När barnen inte ville äta den serverade maten gjorde det att matsituationen inte blev en trivsamt upplevelse och föräldrarna kunde berätta för distriktssköterskan att det kändes som de hade tappat kontrollen. Distriktssköterskorna diskuterade med föräldrarna om barnens viljor och att det var viktigt att föräldrarna vågade sätta gränser. Ett allmänt råd var att föräldrarna bestämde vad barnen skulle äta, men barnet bestämde hur mycket. Distriktssköterskorna kunde berätta om fall där föräldrarnas gränssättning hade haft önskvärd effekt, men föräldrarna fick vara beredda på att det kunde ta tid och det var viktigt att föräldrarna var konsekventa i sin gränssättning.

“Föräldrarna får bestämma att det här ska serveras idag och varsågod och ät. Och, sen, nä du vill inte ha någon mat då, nä ok, då är du klar och vi går ifrån bordet.” (Dsk 3)

“Jag kommer ihåg att hon (mor) satte hårt mot hårt och då började gossen äta.” (Dsk 1)

Skapa tilltro till föräldrarnas egen förmåga genom bekräftelse

Att bekräfta föräldrarnas oro kring kräsenhet med mat eller matvägran var ett sätt för distriktssköterskorna att hjälpa föräldrarna skapa tilltro till sin egen förmåga. Genom bekräftelse insåg föräldrarna att de inte var ensamma i sin situation. Distriktssköterskorna

försökte även stödja familjer genom att intyga att föräldrarnas förmågor var tillräckliga. Vidare menade informanterna att lyhörddhet inför föräldrarnas önskemål var viktigt för då kunde distriktssköterskorna individanpassa stödet till föräldrarna.

“Den maten du lagar till dig själv den duger ju alldeles utmärkt till dina barn ja...” (Dsk 11)

“...försöker jag gå tillbaka till, och prata lite med föräldrarna om hur vill ni att det ska vara, hur skulle ni vilja ha det hemma och sen får man försöka stödja utifrån deras förväntningar och deras mål de har.” (Dsk 8)

Ge råd till föräldrar i en komplex situation

Det rådgivande stödet kunde ses som distriktssköterskornas sätt att få föräldrarna att hjälpa sig själva i en komplex situation. Skapa delaktighet och gemenskap vid måltiden, avdramatisering av problemet samt hur distriktssköterskorna såg på kräsenhet/matvägran påverkade hur råden gavs till föräldrar.

Att råden påverkades av distriktssköterskans syn på problemet

Det framkom att distriktssköterskor inte såg kräsenhet med mat eller matvägran hos barn i åldrarna 1-6 år som ett allvarligt problem och tonade ner det som företeelse. Det innebar att de upplevde att det inte var vanligt att problemen med matvägran eller kräsenhet påverkade barnens tillväxt, men det var mycket diskussion generellt om mat. Distriktssköterskorna uttalade samtidigt att kräsenhet eller matvägran var ett problem som föräldrar inte tvekade att prata med dem om. Problemet uppgavs vara konstant eller ökande i omfattning och upplevdes vara ett mångfacetterat och komplext ämne. Erfarenheten var att aktiva barn tydde på att de var välmående och kräsenheten/matvägran påverkade inte dem negativt.

“Ja men jag tycker inte att det är så stora problem hos dom (de äldre barnen). Jag har ingen som är så där...som inte vill äta. Nä, inte som jag kan komma på så.” (Dsk 5)

“Är dom aktiva och rör sig mycket och inte lägger sig och vilar under leken så är det ett gott tecken att dom får i sig sin näring.” (Dsk 6)

Skapa gemenskap vid måltiderna

Vikten av måltiden som en tid för gemenskap, trevnad och familjestund var något som distriktssköterskorna poängterade. Måltiden var ett tillfälle där maten inte bara skulle ses som näring utan även njutbart. Var och hur man åt ansågs betydelsefullt, dvs skapa trevnad genom att duka fint, äta tillsammans vid bordet och inte sitta framför teven. Att göra måltiden så

avslappnad som möjligt inverkade positivt på hur föräldrar och barnen upplevde den och därmed kunde barnens matintag öka. Distriktssköterskorna ansåg det som viktigt att familjen åt tillsammans någon gång dagligen så barnen kunde få möjlighet att varva ner och vara tillsammans med sin familj i en lugn och harmonisk miljö.

“...Hade familjen suttit ner och ätit tillsammans, gjort det till en mysig stund på dagen och visat barnet att vi vuxna tycker om mat och äter gärna tillsammans. Göra matstunden till något annat än att endast fokusera på att tjata på barnen att de ska äta, prata om hur dagen har varit.” (Dsk 9)

Skapa delaktighet vid matsituationen

Inköp och matlagning tillsammans menade distriktssköterskorna förberedde barnet och familjen inför den gemensamma måltidsstunden. Att handla maten tillsammans ansågs fylla ett lärosyfte där barnet kunde se hela processen av att tänka på vad som behövdes för att laga en måltid och att vara med och “bestämma” det som skulle inhandlas. Matkassar som kom hem till dörren utan att familjen behövde åka och handla sågs som att barnet missade en del av processen i att laga mat och därmed sin delaktighet. Distriktssköterskorna förstod det praktiska i de s.k. matkassarna men menade även att planerandet och handlandet av maten kunde bli en familjeaktivitet där barnen kunde bestämma en maträtt någon gång i veckan. Låta barnet få chansen och berätta vad som serverades till måltiden och sedan servera sig själv kunde bidra till ökad matlust. Överlag ansågs det viktigt att föräldrarna lät barnet smaka och vara med från början så att barnet upplevde mat som en positiv företeelse och därmed ökade chansen att barnet skulle vilja äta eller åtminstone smaka på maten.

“För visst är du kanske lite större barn så kan de vara med och göra sallad och så. Man äter själv bättre när man själv hjälper till.” (Dsk 1)

“Att den maten ni har på bordet är den maten barnet kommer att äta framöver...” (Dsk 6)

Hjälpa föräldrarna avdramatisera måltiderna

Det framkom att distriktssköterskans råd om barns kräsenhet eller matvägrar kunde upplevas av föräldrar som att distriktssköterskan bagatelliserade deras oro. Dock kunde avdramatiseringen betraktas som ett sätt av distriktssköterskorna att få föräldrarna att hjälpa sig själva genom att de försökte ge stöd som stärkte föräldrarnas självförtroende. Distriktssköterskorna upplevde att “*friska barn svälter inte sig själva*” och gav rådet till föräldrarna att inte skapa en konflikt mellan maten/måltiden och barnet. Tjatat vid matbordet

kunde förstärka problemet och ge negativ effekt. Genom att försöka få föräldrarna att istället minska konflikterna och uppmärksamheten kring problemet kunde barnets kräsenhet eller matvägran lösa sig självt. Mönstret kunde brytas och barnet började äta. Att föräldrarna tjtade på barnet som "ät nu," "ät upp," "kladda och lek inte med maten" samt överdrivet torra barnets mun var några exempel distriktssköterskorna gav som påverkade barnets matlust negativt.

"Man kommer så lätt i det här onda cirklarna och så tjtatar man och vill att dom ska äta och då blir allt fel, då blir allt fel." (Dsk 4)

"Jag brukar försöka tona ner det; just det att de svälter inte ihjäl." (Dsk 7)

Det upplevdes vanligt av distriktssköterskorna att barnen åt bra som spädbarn men vid 2-3 årsåldern blev det vanligt med kräsenhet med mat och matvägran, pga att barnen i den åldern är i det utvecklingsstadiet att vilja visa sin vilja. Att barnen visade sin vilja genom att försöka bestämma vad de åt tyckte distriktssköterskorna var helt normalt för åldersgruppen. Däremot menades det att tidig matvägran (dvs som spädbarn) kunde bero på andra faktorer av fysisk eller psykisk karaktär t ex nedsatt sväljningsreflex eller en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det framkom att barn med denna sorts problematik hade så gott som alltid haft svårigheter att kunna eller vilja äta. Vidare menades det att känslan att äta eller överhuvudtaget stoppa något i munnen upplevdes av dessa barn som något hotfullt, traumatiskt och framförallt inte njutningsfullt.

"Åldersmässigt kan jag se en trend i att barn i tre års ålder är lite mer kräsna än barn i femårs ålder eller de som är 1-2 år. Jag tror att detta kan ha mycket med trots att göra." (Dsk 9)

"...sen har jag något barn som började innan ett års ålder och då där vet jag att det föreligger annat också. Är det något som ligger bakom då börjar det tidigare, en vanlig matvägran utan sjukdom börjar lite senare är min erfarenhet." (Dsk 8)

Att distriktssköterskans råd influerades av genustänk

Vid intervjuerna framkom att distriktssköterskorna upplevde flickor som mer kräsna än pojkar även om kräsenhet hos pojkar också nämndes. Distriktssköterskorna reflekterade över hur deras bemötande som hälso- och sjukvårdspersonal kunde påverka mötet och råd som gavs utifrån barnets kön. Att relatera till barnet och dess föräldrar om barnets kräsenhet eller matvägran utifrån typiska flick- och pojkuttryck ("du måste äta för att du är en söt, snäll flicka" eller "stor, stark pojke") var något distriktssköterskorna menade borde undvikas

eftersom uttrycken cementerade traditionella könsroller som gav barnet felaktiga uppfattningar och tog bort fokus från själva problemet.

“...när det gäller vårt eget genustänkande där det också spelar roll vad vi har för förväntningar på våra barn om de är flicka eller pojke...nej ja just det här genustänkande kommer ju också in i detta så där tycker jag ju det är en jätte viktig roll för BVC att censurera sig själv och tänka på hur man bemöter barn och ... hur man tilltalar barn. Flickan behöver inte vara liten och söt och pojken behöver inte vara det här andra starka och modiga.” (Dsk 11)

Hjälpa föräldrarna praktiskt

Distriktssköterskans stöd till familjer då barnen var kräsna alternativt matvägrade kunde även ges som ett konkret och praktiskt stöd. Distriktssköterskan försökte bilda sig en uppfattning om barnets faktiska matintag, kontrollerade tillväxten, gav information om innehåll i maten samt kunde söka stöd hos andra yrkesprofessioner genom att be om råd hur hen skulle stödja familjen bäst eller remittera till annan yrkesprofession.

Skapa uppfattning om barnets matintag

En av de första åtgärderna distriktssköterskan på BVC gjorde var att be föräldrarna samla in uppgifter kring barnets matintag. Det innefattade noteringar vad barnet åt i hemmet, men också att de frågade hur barnet åt på förskolan. En vanlig erfarenhet bland informanterna var att barnen åt bättre på förskolan, men sämre hemma.

“Det är också vanligt det här att man äter bra på dagis, där äter man, det som serveras, även grönsaker, men hemma så äter man precis det man själv väljer ut och oftast är inte det som föräldrarna vill att man ska äta.”
(skratt) (Dsk 3)

Ett praktiskt råd som gavs var att föräldrarna skulle utforska om barnets kräsenhet alternativt matvägran berodde på att barnet faktiskt inte mådde bra av någon ingrediens i den maträtt som serverades. Distriktssköterskorna menade att överkänsligheter och intoleranser (t ex gluten eller laktos) kunde skapa symptom där barnet fick obehag av att äta eller minskad matlust.

“Det jag brukar först förvissa mig om är att de inte är allergiska för något, inte är överkänsliga för något. För ibland är det så att barn som inte vill äta att dom känner på sig att dom får ont i magen eller inte mår bra av att äta.” (Dsk 4)

Distriktssköterskans arbete i att hjälpa familjer med denna form av problematik kunde ses som ett sätt att lösa ett pussel; alla bitar behövdes för att se helheten av problemet och sedan

lösningen. Det påtalades att vuxna kunde servera för mycket mat, dvs barnens portioner var för stora i relation till vad de egentligen orkade och behövde äta. Barn som inte åt hela portionen kunde tolkas som de inte åt, men att det faktiskt var så att barnen inte orkade äta upp all mat som serverades.

Kontrollera barnets tillväxt

I distriktssköterskans stöd framkom att tillväxtkontroller av barnets var en första åtgärd när föräldrarna uttryckte oro kring eventuell kräsenhet eller matvägran. Tillväxten kontrollerades enligt barnhälsovårdens basprogram, men också på föräldrars begäran. En enkel insats, både för att förvissa sig om barnets tillväxtkurva, men också för att lugna föräldrarna.

Distriktssköterskorna framförde vikten av tillväxtkontroller som rutin för att utesluta kräsenhet med maten och matvägran pga fysiska fel. Vid tillväxtkontrollen av barnet gavs en möjlighet att fråga barnet om dess upplevelse av att äta och hur det mådde rent allmänt.

“Barnen som hunnit bli 18 månader som är kräsna och inte vill äta, då dröjer det ett helt år tills nästa gång. Dom brukar vi ha dom 1-2 gånger extra beroende på hur situationen ser ut och hur oroliga föräldrarna är.” (Dsk 2)

“Man får inte glömma att det kan vara en fysisk åkomma det är ju självklart vi måste väga och mäta och se på att man växer.” (Dsk 10)

Informera om innehåll i maten

Förslag kring mat, småätande och måltidssubstituter var vanligt förekommande vid informationen kring innehållet i maten. Distriktssköterskorna nämnde att småätande mellan måltiderna resulterade i utebliven hunger när måltiden sedan serverades. De menade mellanmål var nödvändiga, men konstant småätande och tillgång till mat gjorde att barnen inte var hungriga när det var dags för ett huvudmål. Ett överdrivet mjölkdrickande upplevdes ha inverkan på barnens matintag.

“Ibland så småäter man så mycket så dom hinner inte bli hungriga. Lagom stora portioner och lagom med mellanmål emellan måltiderna. Inte dricka för mycket, framförallt mjölk. Inte för mycket mjölk till maten för då kan dom dricka sig mäta.” (Dsk 4)

Välling sågs som ett problem vid kräsenhet/matvägran som nämndes av distriktssköterskorna. Föräldrar kunde, i en rädsla att barnet var hungrigt, ge barnet välling istället för mat och detta upplevdes som ett hinder att få barnen att äta “riktig” mat när barnen visste att vällingen skulle serveras. Distriktssköterskorna menade inte att barnen skulle lägga sig hungriga men att

ge välling kunde hjälpa för stunden men stjälpa i längden. Informanterna gav rådet att försöka fasa ut vällingen.

“Och så blev det en ond cirkel det också för då visste barnet direkt att då om jag inte äter det där så kommer jag ändå få en flaska välling istället för att vara hungrig.” (Dsk 3)

“Sen är det ju det här med en del barn får ju välling morgon ibland på natten och på kvällarna och om man då försöker sakta fasa ut vällingen för det går ju inte att ta väck det helt och hållet så pang bom utan om man fasa ut vällingen sen brukar de flesta barnen börjar äta...” (Dsk 12)

Vidare nämndes råd som att bara ge sötsaker på lördagar och inte ha “skräpmat” hemma.

Matens utseende och en aptitlig upplägning kunde väcka barnens intresse.

Distriktssköterskorna avrådde från att “röra ihop” maten till en sörja utan uppmuntrade föräldrarna att istället separera maten på tallriken. Vidare kunde det ges förslag på att “smyga in” extra fett i maten, t ex en klick smör på pastan.

Att distriktssköterskan tar hjälp utifrån samt av övriga kollegor

Andra yrkesprofessioner konsulterades vid behov av distriktssköterskorna för att hjälpa barnet och dess föräldrar. Utnyttjande av resurser som remisser till dietist, barnhälsovårdpsykolog eller barnläkare/mottagning ansågs självklart i synnerhet om barnets tillväxt påverkades. Logoped, sjukgymnaster och socionomer fanns också tillgång till, dock i olika stor omfattning beroende på bostadsort. I nordvästra Skåne fanns ett boende som tillhörde barn- och ungdomspsykiatri, som kunde göra observationer kring barnens och familjens ätande och ge konkreta råd. Distriktssköterskorna nämnde de öppna förskolorna i anslutning till deras BVC som hade möjlighet att ge hjälp av specialutbildade förskolepedagoger knutna till verksamheten. Återkoppling på remisserna till andra yrkesprofessioner saknades dock ofta och var önskvärt. Det uppgavs även att mycket lite var skrivet kring matvägran eller kräsenhet. Handböcker som Rikshandboken eller information från Livsmedelsverket och webbsidan “Growing People” angavs som möjliga informationskällor. Framförallt togs stödet av kollegor på BVC upp som ansågs ovärderligt.

“Ja när det gäller matvägran där finns det inga rekommendationer, men vi har ju ett jättefint handlingsprogram när det gäller överviktiga barn.” (Dsk 8)

“Men framförallt pratar jag med mina kollegor om det är så att jag känner mig osäker.” (Dsk 10)

Diskussion

Metoddiskussion

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats och urvalet var att endast intervjua distriktssköterskor på BVC som hade kunskap och erfarenhet kring att arbeta med friska barn i åldrarna 1-6 år. Författarna genomförde sökningar av informanter i norra Skåne då det förklarades att södra Skåne kunde anses vara "mättat" i antalet intervjuförfrågningar och sökningen av informanter i ett annat område kunde öka möjligheterna att få informanter till studien. Trots det strategiska geografiska valet var det svårt att få informanter till studien. Totalt 47 (av 67) verksamhetschefer på BVC i norra och mellersta Skåne svarade inte trots påminnelse, alternativt godkände inte att studien genomfördes på enheten. Anledningar att avböja som gavs var personal- och tidsbrist. Under våren tillfrågades barnsjuksköterskor på BVC och då tillkom en informant. Skillnad i svaren från barnsjuksköterskan och distriktssköterskorna kunde inte urskiljas, vilket kan vara relaterat till att distriktssköterskan/barnsjuksköterskan på BVC arbetar hälsofrämjande med i första hand friska barn och inte inriktar sig på omhändertagande av sjuka barn. Enligt Henricson & Billhult (2012) är det strategiska urvalet ett sätt att få fram detaljrik information kring studiens syfte. Det var en bredd i informanternas åldrar och yrkesår i allmänhet och de inom barnhälsovården i synnerhet. Spridningen av år arbetade inom BVC (1-35 år) kan påverka hur distriktssköterskorna ser på kräsenhet och matvägran och utformar sitt stöd utifrån sin erfarenhet. Benner (1993) menar att erfarenheten är en nödvändig förutsättning för expertvetande och det är det som gör en novis till en expert. Samtliga informanter var kvinnor, men inget som kunde påverkas av författarna och vilken betydelse det hade för studiens resultat är svårt att avgöra eller spekulera om.

Syftet med studien var att fördjupa sig i distriktssköterskans stöd till föräldrar vars barn var kräsna eller matvägrade. Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerad intervju där inledningen var en huvudfråga. Metoden var fördelaktig för att få fram distriktssköterskornas upplevelser om hur de gav sitt stöd till föräldrarna. Om en strukturerad intervju gjorts med "ja eller nej"-frågor hade mycket värdefull information gått förlorad. Författarna har dock reflekterat över om huvudfrågan (vg se intervjuguide) var den mest lämpade. Distriktssköterskorna hade svårt att svara på frågan och kände sig handfallna. Svårighet att svara på frågan kan också bero på avsaknad av författarnas rutin att genomföra intervjuer. Vid

pilotintervjun var tolkningen att frågan gav mycket kännedom kring kräsenhet och matvägran därav valde författarna att fortsätta använda frågan i resterande intervjuer. Danielson (2012b) menar att intervjuguiden kan förstöra interaktionen mellan parterna om intervjuaren är för styrd av den och att forskaren bör anpassa sig till det som kommer upp under intervjuns gång. Författarna upplevde att de fick ställa uppföljningsfrågorna i ett tidigt skede för att sedan notera att distriktssköterskan erinrade sig ett specifikt fall längre fram i intervjun. Vidare har författarna även reflekterat över att en intervju endast var 17 minuter lång och om den borde exkluderas ur resultatet, men då det framkom mycket intressant material så valde författarna att inkludera den. Längden på intervjun kan relateras till författarnas bristande erfarenhet i intervjuteknik alternativt oförmåga till att använda intervjuguiden på korrekt sätt.

Datan bearbetades med en latent innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) för att få fram en djupare mening av vad informanterna sade. Troligtvis pga ovana att bearbeta stora mängder av data, hade författarna svårt att lämna den manifesta analysen. Det fanns en viss ambivalens till vad som var latent och vad den manifesta analysen stod för, men genom att läsa materialet ytterligare och genom diskussioner skapades en djupare förståelse. Författarna menar att det är en fördel om analysprocessen har ett bestämt mönster, dels för enkelheten i sin utformning, men också för att närma sig kärnan av det som informanterna menade. Subkategoriernas bildande från koderna var problematiskt då vissa var omfattande utifrån syftet men efter analys framträdde dessa och bidrog till bildandet av tre kategorier. Det sågs att distriktssköterskan gav stöd genom att inge trygghet och hjälpa föräldrar praktiskt men också genom råd till föräldrarna i en komplex situation. Slutligen arbetades ett övergripande tema fram. För att öka studiens trovärdighet borde författarna vid en framtida studie fråga om distriktssköterskans *upplevelse* av att ge stöd till föräldrar som har barn som är kräsna eller matvägrar och inte bara *hur* de ger stödet samt att börja med frågan "Berätta hur du som distriktssköterska ger stöd till föräldrar med barn som är kräsna eller matvägrar?" Vidare skulle distriktssköterskans upplevelse av företeelsen ge en djupare förståelse kring ämnet matvägran eller kräsenhet.

Författarnas förförståelse grundade sig på informationen som framkom under bakgrundsanalysen då författarna inte tidigare arbetat med barn eller själva haft barn som är kräsna med maten eller matvägrat utan endast haft bekanta som haft bekymmer med

problematiken i fokus. Författarnas upplevelse är att deras ringa förförståelse i ämnet inte påverkade deras intervjuer och i slutändan inte heller resultatet.

Resultatdiskussion

I studien framkom ett övergripande tema “Att distriktssköterskan hjälper föräldrar hjälpa sig själva,” något som kan kopplas till teorin strengths-based nursing (Gottlieb, 2014). Teorin innefattar begreppen hälsa, unikheter, självbestämmande och slutligen holism, som en grund för distriktssköterskorna att arbeta utifrån. Strengths-based nursing handlar också om att främja hälsa samt om att mobilisera, utnyttja och utveckla styrkor för att främja hälsa och underlätta läkning (Gottlieb, 2014). Informanterna försökte stärka föräldrarna i sitt föräldraskap och därmed hjälpa föräldrarna att på egen hand hjälpa och stödja sina barn. Genom att stärka föräldrarna byggde distriktssköterskorna även grunden till att skapa empowerment.

Empowerment är en av många hörnstenar i distriktssköterskans förhållningssätt och är en bas för distriktssköterskan att arbeta utifrån (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Individanpassade råd där salutogenes, holism och empowerment är grunden som ligger i tiden och är något som både Socialstyrelsen (2014) och Livsmedelsverket (2015) påtalar i sina rekommendationer. Som blivande distriktssköterskor bör vi tänka på vilka råd familjen behöver kring barnens kräsenhet och matvägran och göra vårt yttersta för att individanpassa dem, något som kan vara svårt i dagens hårt pressade sjukvård där tids- och resursbrist är påtaglig. I framtida studier hade det varit av intresse att se hur föräldrarna upplever kräsenhet och matvägran hos barn och deras perspektiv av stödet som framkom i studien samt om distriktssköterskans stöd var tillräckligt.

Råden som ges till föräldrar med barn som är kräsna med maten eller matvägrar är många. Studien belyste distriktssköterskornas stöd till föräldrar med matvägrande eller kräsna barn samt att det finns ett behov för ytterligare skriftliga riktlinjer för hur personal på BVC ska arbeta för att stödja föräldrar vars barn matvägrar eller är kräsna. En granskning av Rikshandboken för barnhälsovård (2014) visar att det finns lite råd kring matvägran men ingenting om kräsenhet med mat. Många av de råd som står i Rikshandboken överensstämmer med de distriktssköterskorna gav i studien och främjar hälsa. Ett stort antal föräldrar upplever svagt stöd av hälso- och sjukvårdspersonal och att de får höra “ett friskt barn svälter inte sig själv”, vilket bekräftas av Zucker et al (2015) som fann i en studie att 63 % av 300 föräldrar till kräsna barn upplevde bristande stöd. Vidare menar Zucker et al att avsaknaden av

forskning kring orsaken, konsekvenser eller behandling av matvägran och kräsenhet, som är ett vanligt förekommande problem, kan göra att hälso- och sjukvårdspersonal känner osäkerhet om vilka råd de ska ge till föräldrar (a.a.). I författarnas litteratursökning har det varit brist på relevant litteratur om kräsenhet och matvägran skriven av distriktssköterskor vilket tyder på avsaknad av forskning inom området. Flera artiklar i litteratursökningen påtalade att det var litet skrivet om ämnet och att begreppen, målgrupperna och därmed olika lösningar var svårdefinierade och "spretiga" (Manikam & Perman, 2000; Lewinsohn et al, 2005; Dubois et al, 2007; Mascola, Bryson, & Agras, 2010; Zucker et al, 2015). Zucker et al menar vidare att bristen på kunskap gör att personalen hamnar i dilemman där de ska försöka minska föräldrarnas oro samtidigt som de ska bekräfta barnets matvägran eller kräsenhet (a.a.).

Kategorin "inge trygghet" innefattade hur distriktssköterskorna skapade sig en uppfattning om problemets omfattning i familjen, gav tilltro till föräldrarna genom bekräftelse av problemet och såg till att föräldrarna hade verktygen att klara av barnets matvägran/kräsenhet. Genom att skaffa sig en inblick i föräldrarnas syn på mat och matsituationen var ytterligare en del av distriktssköterskornas arbete. Att föräldrarnas egna ambivalenta relation till mat kunde överföras till deras barn och påverka om barnet var kräset eller matvägrade var något som distriktssköterskorna tog upp i intervjuerna. Tan et als studie (2012) bekräftar att mödrar till matvägrande barn i högre grad själva hade/hade haft ätstörningar. Författarna hade inte på förhand reflekterat över hur föräldrarnas eventuella egna ambivalens till mat kunde påverka både dem själva och deras barn så djupt. En tanke väcktes om att distriktssköterskorna på BVC borde, vid tillfälle, fråga om det fanns ätproblematik hos föräldrarna, kanske när det var dags att prata om introduktion av mat till barnet som spädbarn. Detta kunde med lätthet göras när familjen var på ett sedvanligt BVC-besök och behövde inte vara något dramatiskt eller utpekande. Ett sådant samtal skulle snarare bekräfta familjens unikhet och ger dem möjligheten att reflektera över hur de skulle kunna hjälpa sig själva.

I kategorin "ge råd till föräldrar i en komplex situation" framkom att föräldrar kunde uppleva kräsenhet och matvägran som problematiskt medan distriktssköterskorna upplevde motsatsen och försökte avdramatisera det hela. Zucker et al (2015) påtalar att föräldrar oftast kan identifiera när barnet är kräset med maten och blir oroliga över de sociala och hälsomässiga effekterna av att barnet inte vill äta samt att de ofta söker professionell hjälp; i synnerhet inom

primärvård. Dock var upplevelsen bland föräldrarna att hälso- och sjukvården inte besvarade deras farhågor (a.a.). Författarna reflekterade i efterhand över att de intervjuade distriktssköterskorna ansvarade för 200-350 barn inom sina respektive verksamheter, men upplevde nödvändigtvis inte kräsenhet eller matvägran som ett problem eller företeelse hos "sina" barn. Zucker et al fann att 14-20 % av föräldrar uppgav att deras 2-5-åringar ofta eller alltid var kräsna med maten. En fråga att ställa är om distriktssköterskan väljer att ignorera företeelsen kräsenhet och matvägran eller om föräldrarna väljer att inte nämna det för distriktssköterskan pga rädsla för bristande stöd eller t.o.m avsaknad därav? Vi riskerar att missa helheten om vi som distriktssköterskor inte väljer att fråga föräldrarna hur det går i matsituationen, som trots allt kan visa på en stor variation av problem, både som kräsenhet, matvägran men också att inte vilja sitta vid bordet osv. Det är viktigt att inse att vad distriktssköterskan tycker om ett problem påverkas sättet kring hur råd, stöd och bekräftelse utformas. Risken med avdramatisering av matvägran eller kräsenhet kan vara att föräldrarna känner sig avfärdade, vilket kan leda till att föräldrarna och barnet inte får den hjälp de behöver i denna komplexa situation.

Kategorin "hjälpa föräldrarna praktiskt" beskrev hur distriktssköterskorna skapar sig en uppfattning av barnens matintag och tillväxt och eventuella allergier/överkänsligheter samt ger matråd men tar också, vid behov, stöd från andra yrkesprofessioner. Distriktssköterskorna identifierade på ett tidigt stadium kräsenhet med mat och matvägran och remitterade barnet/familjen till rätt instans vilket bekräftades i studiens resultat. Distriktssköterskorna tog hjälp av andra yrkeskategorier, främst genom att remittera barnet och dess familj till olika enheter som barnmottagning, barnpsykolog, logopeder eller specialpedagoger var positivt och ingår i distriktssköterskans profession. Författarna har funderat över varför tillgång till stöd såg så olika ut i de geografiska områdena där intervjuerna genomfördes, vilket det troligtvis gör också i riket i stort. Råd och stöd från olika yrkeskategorier borde vara likvärdigt över hela Skåne, om inte hela Sverige. Seabert, Eastwood och Harris (2005) visade att kliniker för kräsenhet/matvägran där olika yrkesgrupper som dietister, sjukgymnaster och logopeder som samarbetade tillsammans hade positiv effekt på de deltagande familjerna och barnens matintag. På några få orter i Sverige, i bl a Malmö och Uppsala, finns kliniker där problematiken bemöts och där olika yrkesprofessioner samarbetar med god effekt. En önskan vore att barns kräsenhet och matvägran får samma uppmärksamhet och föräldrar får samma stöd i denna komplexa situation i hela landet oberoende av bostadsort.

Konklusion och implikationer

Distriktssköterskorna gav stöd i form av att inge trygghet, rådgivande stöd i en komplex situation samt genom ett praktiskt stöd till föräldrar. Det övergripande var att distriktssköterskorna i studien ämnade hjälpa föräldrar hjälpa sig själva när barnen var kräsna med maten eller matvägrade. Hjälptill självhjälpt är en form av empowerment, en utav många hörnstenar i distriktssköterskans förhållningssätt och del distriktssköterskans hälsofrämjande arbete. Genom att inge trygghet via erfarenhet, förstå föräldrarnas upplevelse av problematiken, hjälpa föräldrarna skapa delaktighet och gemenskap vid matsituationen samt kontrollera barnets tillväxtkurva när föräldrarna uttryckte en oro är en del av det stöd som distriktssköterskorna gav. Nyttan med denna studie är att sprida kunskap kring förekomsten av kräsenhet med mat och matvägran bland barn och kan mynna ut till utförligare råd kring detta ämne.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Beauchamp T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th edition). New York: Oxford University Press.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.162-175). Lund: Studentlitteratur AB.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivningen för Specialistsjuksköterskor, Distriktssköterskor*. [Broschyr]. Ödeshög: AB Danagårds grafiska. Från <http://www.distriktsskoterska.com>
- Dubois, L., Farmer, A.P., Girard, M., & Peterson, K. (2007). Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61,846-855.
- Fishbein, M., Cox, S., Swenny, C., Mogren, S, Walbert, L, & Fraker, C. (2006). Food Chaining: A systematic approach for the treatment of children with feeding aversion. *Nutrition in clinical Practice*, 21, 182-184.
- Gottlieb, L.N. (2014). Strengths-based nursing. *American Journal of Nursing*, 114(8), 24-32. doi: 10.1097/01.NAJ0000453040.78252.10
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination i omvårdnad* (s.129-138). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hsieh, H-F., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Lewinsohn, P., Holm-Denoma, J., Gau, J., Joiner Jr., T., Streigel-Moore, R., Bear, P., &
- Lamoureux, B. (2005). Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 208-219. doi:10.1002/eat.20175

- Livsmedelsverket. (2015). *Bra mat för mat 0-5 år - handledning för barnhälsovården*. [Broschyr]. Stockholm: Livsmedelsverket. Från <http://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor/barn-och-ungdomar>
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård - att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber AB.
- Manikam, R., & Perman, J.A. (2000). Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34-46.
- Mascola, A., Bryson, S., & Agras, S. (2010). Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eating behaviors*, 11, 253-257. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.05.006
- Polit, D. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing research* (8th edition). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rikshandboken för barnhälsovård. (2014). *Matvägrän och dålig aptit*. Stockholm: SLL. Från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Allmant/Matvagrän-och-dalig-aptit/>
- Satter, E. (1995). Feeding dynamics: Helping children to eat well. *Journal of Pediatric Health Care*, 9, 178-184.
- Seabert, H., Eastwood, E.C., & Harris, A. (2005). A multiprofessional children's eating clinic. *Journal of Family Health Care*, 15(3), 72-74.
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
- Tan, S., Yilmaz, A.E., Karabel, M., Kara, S., Aldemir, S., & Karabel, D. (2012). Children with food refusal: An assessment of parental eating attitudes and their styles of coping with stress. *Journal of Chinese Medical Association*, 75, 209-215. doi:10.1016/j.jcma.2012.04.002
- Williams, K., Field, D., & Seiverling, L. (2010). Food refusal in children: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 625-633. doi:10.1016/j.ridd.2010.01.001
- WMA, World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 5 februari, 2015 <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., Carpenter, K., Keeling, L., Angold, A. & Egger, H. (2015). Psychological and psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics* 136(3): e582-590.. doi:10.1542./peds.2014-2386. Epub 2015 Aug 3

Intervjuguide

Vi började intervjun med denna första fråga och sedan ställde vi “uppföljningsfrågor” kring de ämnen som listas nedan. Detta gav oss ett djup i intervjun och mer material att arbeta med.

Berätta om en situation där du som distriktssköterska har mött föräldrar med barn som är kräsna med maten eller matvägrar?

Ämnen att diskutera kring;

- Barnens kön och ålder
- Föräldrarnas ålder/erfarenhet
- Distriktssköterskans stöd vid denna typ av problematik
- Distriktssköterskans syn på problemet
- Distriktssköterskans erfarenhet av problemet
- Distriktssköterskans upplevelse av tvärprofessionellt teamarbete
- Distriktssköterskans upplevelse om problemet har ökat