BVC-sjuksköterskans upplevelser av vägledning och stöd till föräldrar vars barn är överviktiga

En intervjustudie

Författare: Marie Henriksson

Marie-Louise Markusson

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Hösten 2013

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälleOmvårdnadsutbildnignar

Box 157, 221 00 LUND

BVC-sjuksköterskans upplevelser av vägledning och stöd till föräldrar vars barn är överviktiga

En intervjustudie

Författare: Marie Henriksson

Marie-Louise Markusson

Handledare: Anita Lundqvist

Magisteruppsats

Hösten 2013

Abstrakt

I Sverige beräknas 15-20 % av barnen vara överviktiga och 3-5 % feta. En kvalitativ studie genomfördes med syftet att beskriva BVC-sjuksköterskans upplevelser av vilken vägledning och vilket stöd som ges till föräldrar vars barn är överviktiga. Urvalet bestod av 10 BVC-sjuksköterskor och datainsamlingen var intervju. Intervjutexterna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att övervikt inte var något stort problem i respondenternas upptagningsområde. Basprogrammets hälsobesök var viktiga för att kunna upptäcka övervikt. Ämnet var känsligt och många respondenter ansåg att det var enklare när föräldrarna själva insåg att det fanns ett problem. Förhållningssättet var att utgå från familjens goda levnadsvanor och med följsamhet och lyhördhet utveckla en god relation till föräldrarna. BVC-sjuksköterskorna upplevde att det fanns få konkreta råd att ge och att de trodde att föräldrar hade bättre kunskaper om kost än vad de hade. När BVC sjuksköterskans egen vägledning och stöd inte gav resultat initierades samarbete med andra professioner inom BVC verksamheten.

Nyckelord

Barn, BVC-sjuksköterskan, Föräldrar, Upplevelser, Vägledning, Stöd, Övervikt

Omvårdnadsutbildningar

Institutionen för hälsa, vård och samhälleMedicinska fakultetenLunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning 1

Problembeskrivning 2

Bakgrund 3

Barnhälsovård 3

Vägledning och stöd 3

Övervikt och fetma 4

Orsaker till barnövervikt och barnfetma 5

Fysisk aktivitet och kost 5

Ärftliga faktorer 6

Socioekonomiska faktorers påverkan 6

Kulturella faktorer 6

BVC-sjuksköterskans arbete inom barnhälsovården 7

BVC-sjuksköterskans arbetsmetoder med familjer där barn visar övervikt 8

Orems omvårdnadsteori 9

Syfte 9

Metod 10

Urval av undersökningsgrupp 10

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument 11

Genomförande av datainsamling 11

Genomförande av databearbetning 13

Etisk avvägning 14

Resultat 14

Bakgrundsfakta 14

BVC-sjuksköterskans kost- och uppfödningsrådgivning 15

Samtal kring goda matvanor och gränssättning 15

Sondera familjens kostkunskaper och fysiska aktiviteter 15

BVC-sjuksköterskans information och vägledning när ett barn upptäcks vara överviktigt 15

Underlätta föräldrars insikt om barnets övervikt 15

Följsamhet och lyhördhet till föräldrars upplevelser och känslor 15

BVC-sjuksköterskans åtgärder när föräldrar inte inser problemet med barnets övervikt 15

Initiera samarbete runt familjen 15

Diskussion 23

Diskussion av vald metod 23

Diskussion av framtaget resultat 26

Orems omvårdnadsteori 28

Konklusion och fortsatt forskning 28

Referenser 30

Bilaga 1 (4) 35

Bilaga 2 (4) 36

Bilaga 3 (4) 39

Bilaga 4 (4) 40

# Problembeskrivning

Sedan 1980-talet har antalet personer med övervikt ökat drastiskt (WHO, 2012a). Under 2010 beräknades cirka 43 miljoner barn under fem år vara överviktiga och av dessa levde 35 miljoner i utvecklingsländer (de Onis, Blössner & Borghi, 2010). Runt om i världen var 92 miljoner barn i riskzonen för övervikt. Görs inget för att förhindra detta beräknas antalet överviktiga och feta förskolebarn stiga till 60 miljoner 2020 (a.a.). Enligt World Health Organization [WHO] är fetma en av de största prövningarna inom folkhälsoområdet under 2000-talet (WHO, 2012a). Om inte övervikt förebyggs ökar risken att drabbas av hjärt- kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och vissa cancerformer som till exempel tjocktarmscancer och njurcancer vilket kan leda till långvarig sjukdom eller för tidig död (Philip et al. 2004). Enligt Lobstein, Bauer och Uauy (2004) har barn till föräldrar med låg socioekonomisk status högre risk för att drabbas av övervikt eller fetma.

Kommunikationen mellan BVC-sjuksköterska och föräldrar är en viktig del i insatsen med att lösa problemet med barns övervikt. BVC-sjuksköterskan innehar en unik position och kan påverka föräldrarna att hjälpa sitt barn till en bättre hälsa (Mikhailovich & Morrison, 2007). I Sverige är antalet föräldrar och barn som besöker barnhälsovården [BHV] nästan 100 % (Blennow, Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2009). Det är viktigt att det byggs en förtroendefull relation mellan föräldrarna och vårdpersonalen från början, då ämnet övervikt ofta är känsligt att ta upp med föräldrarna (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten, 2009). BVC-sjuksköterskorna kunde märka en skillnad i kultur och etnicitet, när det gällde synen på överviktiga barn. Somliga föräldrar tyckte det var hälsosamt om barnen var stora och uttryckte; desto större desto bättre, samt att stora barn var ett tecken på välstånd och hälsa (a.a.). Eftersom många barn lider av övervikt eller fetma finns inte möjligheten att alla dessa barn kan vårdas på fetmakliniker, barn med ”endast” övervikt bör därför hänvisas till primärvården (Lobstein et al., 2004).

Övervikten hos barnet blir lättare att få kontroll över dvs. att få viktuppgången att stanna av, desto tidigare den upptäcks och tas tag i (Lobstein et al., 2004). I en nyligen publicerad studie av Gillison, Beck och Lewitt (2013) från England visades att bland 45 föräldrar som besvarade en kvalitativ enkät att 43 av föräldrarna avvisade att deras barn var överviktigt med hänvisning bland annat till bristande förtroende för åtgärderna. Åtgärderna var hälsosammare kost, minskat stillasittande och mer fysisk aktivitet. Dessutom hade föräldrarna en känsla av att hälso- och sjukvårdspersonalen ifrågasatte deras föräldraskap (a.a.). Vi anser att som blivande distriktssköterskor är detta ett viktigt ämne och vill veta hur BVC- sjuksköterskor vägleder och stödjer föräldrar när deras barn löper risk att bli överviktigt eller är överviktigt.

# Bakgrund

### Barnhälsovård

Enligt FN´s barnkonvention som antogs 1989 har alla barn rätt till hjälp för att uppnå bästa möjliga hälsa efter sina egna förutsättningar. Barnavårdscentralen [BVC] ska arbeta förebyggande med barnhälsovård och ge varje förälder individanpassad information (a.a.).

*”*BVC:s huvudmål är att minska dödlighet, sjuklighet samt handikapp bland barn, minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn, stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och på detta sätt bidra till lämpliga grunder för en god utveckling för barn*”* (Socialstyrelsen 1991:8, de allmänna råden från Socialstyrelsen 1991:8 är inaktuella, trots detta är det dessa som fortfarande följs. Ett nytt nationellt dokument ”Vägledning för Barnhälsovården” kommer att presenteras under våren 2014).

Delmålen är att utföra särskild hälsoövervakning av alla barn i ålder noll till sex år, att minska ohälsa inom familjen, att ge behovsanpassad support och stöd till föräldrar och barn, samt uppmärksamma föräldrar på faror i barnens närmiljö (Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården, 2007). BVC-sjuksköterskan är specialistutbildad distriktssköterska eller barnsjuksköterska med specialkunskaper i barns behov och utveckling med stödjande och rådgivande funktion till föräldrar (Svensk sjuksköterskeförening a, b, 2008). Målsättningen för Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är att varje patient ska bemötas med respekt och ha rätt till lika vård.

### Stöd och vägledning

I studien har vi valt att använda oss av Lindblad, Rasmussen och Sandmans (2005) definition för stöd. Att få stöd av professionella innebär att föräldrar och barn blir bekräftade som värdefulla personer och att föräldrarna uppnår trygghet och kompetens i föräldraskapet och får ett hopp för barnets framtid (a.a.). Langford, Bowsher, Maloney och Lillis (1997), gjorde en begreppsanalys över vad socialt stöd var. Det fanns en allmänt accepterad koppling i litteraturen mellan socialt stöd och hälsa. De fann fyra huvudteman inom socialt stöd. Det känslomässiga stödet som bland annat innefattade empati, förståelse och tillit. Informativt stöd som gavs för att lösa ett problem. Det instrumentella stödet vilket kunde vara den yrkesmässiga rådgivningen som BVC-sjuksköterskan gav. Sista delen var det bidragande stödet som konkret handlade om att utföra ett arbete för någon annan (a.a.).

Vägledning definieras enligt Hundeide (2001) som att vägleda föräldrar i det dagliga samspelet med sina barn. I vägledningen ska det arbetas för att bibehålla och stärka föräldrarnas känsla av barnets behov så att barnet utveckling blir god (a.a.).

Övervikt och fetma definieras av WHO som en onormal eller överdriven mängd fett som kan försämra hälsan (WHO, 2012). Så sent som år 2000 kom internationella definitioner på övervikt och fetma hos barn (Nowicka & Flodmark, 2006). Innan detta hade varje forskare egna gränser för övervikt respektive fetma, vilket komplicerade jämförelser mellan olika studier. Vid forskning är det barn som är tio år gamla som mäts/vägs för att det ska kunna jämföras mellan länderna. Anledningen till att denna ålder är vald är för att fetma brukar debutera någon gång mellan fem och tio års ålder. Det var International Obesity Task Force (IOTF) som efterlyste en internationell definition på övervikt och fetma hos barn (a.a.). Cole, Bellizzi, Flegal och Dietz (2000) har konstruerat ett instrument för barn mellan två till 18 år (iso-BMI) för att underlätta internationella jämförelser av övervikt och fetma förekomst hos barn. Detta bygger på de gränser för övervikt respektive fetma som är uträknade att motsvara samma standardavvikelse som Body Mass Index (BMI) 25 respektive 30 för en 18-åring (a.a.).

### Övervikt och fetma

Enligt en review studie gjord av Lobstein et al., (2004) är det normalt för barn att lägga på sig en hög andel kroppsfett under de första månaderna men det bör avta vid en viss ålder. Fortsätter barnet att lägga på sig fett, när andra barn börjar minska i fett och i sitt BMI vilket brukar ske när barnen är mellan sex månader och fem år, är detta en varningssignal att barnet har en ökad risk för framtida övervikt (a.a.).

De rikaste av medelinkomstländerna[[1]](#footnote-1) har högst andel överviktiga medan låginkomstländerna har lägst antal barn med övervikt (WHO, 2011; WHO, 2012). Dock ökar andelen överviktiga barn fortast i de länder som räknas till de lägre medelinkomstländerna (a.a.).

Folkhälsorapporten från 2009 visade att ungefär 15-20 % av barnen i Sverige led av övervikt varav tre till fem % av dessa barn led av fetma (Hjern, 2009). Även en studie gjord i Malmö visar liknande resultat (Mangrio, Lindström & Rosvall, 2010). Mellan åren 2003 - 2008 deltog 9009 fyraåringar i studien som bygger på hälsobesöket vid fyra års ålder på BVC och den visade att 15 % av barnen var överviktiga och tre % av fyraåringarna led av fetma (a.a.). Oberoende svenska studier tyder på att fetma utvecklingen bland fyraåringar har avstannat (Bråbäck, Bågenholm & Ekholm, 2009).

### Orsaker till barnövervikt och barnfetma

#### Fysisk aktivitet och kost

Även för barn finns det många orsaker i kombination som bidrar till övervikt och fetma (Hardy, Harrell & Bell, 2004). Största orsakerna till en för stor viktuppgång är att de rör sig för lite i relation till vad de äter samt att energiintaget är större än behovet (Nowicka, 2005). Det totala kaloriintaget per dag har ökat kraftigt de senaste 20 åren i alla åldersgrupper (Slining, Mathias & Popkin, 2013). Barn mellan två och 18 år har visat en ökning i kaloriintaget där det är mer kalorier i mellanmålen än vid huvudmåltiderna. Kaloriintaget har också skiftats från livsmedel som äts hemma till livsmedel som äts utanför hemmet (a.a.).

Brekke, van Odijk & Ludvigssons (2007) studie bygger på 1-year follow-up of infants who are part of the ABIS study (All Babies in Southeast Sweden) där 10762 barn mellan nio och 18 månader ingick. Det visade sig i studien att 24 % av barnen fick sötsaker upp till två gånger i veckan. Vad som framkom var att dessa barn hade ett lägre intag av frukt och bär, grönsaker, potatis och nötkött men ett högre intag av bröd, mejeriprodukter, griskött och snabbmat i jämförelse med de barn som fått sötsaker mer sällan. Ett regelbundet intag av sötsaker vid ett års ålder berodde ofta på att mamman åt mycket sötsaker under graviditeten, det fanns äldre syskon eller mamman var 25 år eller yngre då barnet föddes. Om mamman levde ensam vid barnets födelse var detta också en orsak till att barnet tidigt fick sötsaker regelbundet (a.a.). I en jämförelse av normalviktiga och överviktiga femåringar tittade de överviktiga barnen på TV mer än tre timmar per dag. Dessa barn hade även mer stillasittande aktivitet inomhus som till exempel läsning och sitta och rita (Brophy et al. 2009).

#### Ärftliga faktorer

Övervikt beror till viss del på ärftliga faktorer, vilket innebär att barn kan ha samma levnadsvanor men alla utvecklar inte fetma (Klasén McGrath, 2011). Kunskaperna om genernas betydelse för att fetma ska kunna utvecklas är betydelsefulla för att kunna lätta det dåliga samvetet och skulden som en stor del av föräldrarna känner (a.a.). Hawkins, Cole and the Millennium Cohort Study Child Health Group (2009) har följt 13188 barn från att barnen var nio månader till de var tre år. Studien visade att om båda föräldrarna var överviktiga eller feta ökade risken att även barnen blev det (a.a.).

#### Socioekonomiska faktorers påverkan

I en studie gjord av Blomquist och Bergström (2007) framkom det att övervikt och fetma var mer vanligt förekommande hos flickor än hos pojkar bland förskolebarn i Sverige. Fetma hos flickor var vanligare i kommuner med låg socioekonomisk standard (a.a.). I Stockholm observerades större andel barn med fetma i de socionomiskt missgynnade områdena (Sundblom, Petzold, Rasmussen, Callmer & Lissner, 2008). Även Brophy et al. (2009) kom fram till att fetma var vanligare hos barn som kom från områden med lägre socioekonomisk status.

#### Kulturella faktorer

I vissa kulturer ansågs mat vara en viktig del av vardagen och i somliga familjer hade mor- och farföräldrar ett stort inflytande när det gällde omvårdnaden och fostran av barnen, vilket gjorde det ännu svårare att komma åt överviktsproblemen enligt BVC-sjuksköterskan (Edvardsson et al., 2009). Det var även svårt att ge råd, då synen på kroppsvikt skilde sig stort från hälso- och sjukvården och den kultur som familjen härstammade ifrån. Familjen hade helt enkelt svårt att inse att övervikt var ett problem, vilket gav liten förståelse för att en hälsorisk kunde föreligga (a.a.).

### BVC-sjuksköterskans arbete inom barnhälsovården

Den svenska barnhälsovården är frivillig och kostnadsfri (Jonsell, 2011). På BVC finns unika möjligheter att stödja småbarnsfamiljer till hälsosamma levnadsvanor då nästan alla barn mellan noll och sex år är anslutna till BVC:s basprogram. BVC:s basprogram rekommenderar att BVC sjuksköterskan träffar barn och föräldrar en gång när barnet är ett till sju dagar gammalt, en till två gånger när barnet är mellan en och fyra veckor gammalt, två gånger när barnet är två till tre månader, en gång när barnet är fyra till sex månader, sju till nio månader och 10-12 månader. Därefter rekommenderas en träff när barnet är 18 månader liksom vid 2 ½ eller tre år, fyra och 5½ eller sex år (a.a.). I det hälsofrämjande mötet mellan familjen och BVC-sjuksköterskan är det viktigt att BVC-sjuksköterskan bekräftar och stödjer varje enskild familj utifrån deras förutsättningar och resurser samt att bekräfta föräldrarna i deras roll (Benzein, Hagberg & Saveman, 2008).

Föräldrarna till överviktiga barn som deltog i Gillison et al., (2013) kvalitativa enkätstudie var inte tillfredsställda med hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt. Enligt forskarna fanns det olika förhållningssätt bland läkare och sjuksköterskor. Föräldrarna upplevde att personalen hade en vilja att stödja familjen och tog familjen på allvar med ett empatiskt förhållningssätt och erbjöd viktuppföljning samt samtalade om och utredde eventuella medicinska problem som orsak till övervikten. En annan upplevelse var att personalen hade bristande kunskap om vilka åtgärder som fanns att vidta. De åtgärder som föreslogs var att äta sunt och motionera mer vilket upplevdes frustrerande. Andra förhållningssätt var att personalen var direkt avvisande eller negativa mot föräldrarna. Detta visade enligt forskarna att hälso- och sjukvårdspersonal har ett blygsamt faktaunderlag när det gäller förebyggande och behandling av överviktiga och feta barn (a.a.).

Systematiska forskningsöversikter av förebyggande och behandling av övervikt och fetma hos barn visade att det fanns få studier av god kvalitet inom området och brist på tydliga bevis för vilka åtgärder som är effektiva för barnen (Campbell, Waters, O'Meara, Kelly & Summerbell, 2004; Summerbell et al., 2004). Det som översiktsstudierna kom fram till var att mest effektivt var minskningar av stillasittande beteenden (a.a.) och föräldrarnas engagemang samt beteendeterapi (Summerbell et al., 2004).

### BVC-sjuksköterskans arbetsmetoder med familjer där barn visar övervikt

Det har visats att förebyggande av övervikt och fetma når bäst resultat om det påbörjas i yngre åldrar pga. att det då är lättare att skapa och upprätthålla motivationen hos barnet och andra familjemedlemmar (Lobstein et al., 2004). Det är också vanligen lättare att kontrollera och ändra beteende hos barn då det finns mindre motstånd mot förändringar och föräldrarna har större inflytande på barnet (a.a.).

Motivation är viktigt för att barnet och föräldern skall ta till sig råd och stöd i arbetet med att få barnet att gå ner i vikt (Lobstein et al., 2004). Om inte både barn och förälder är motiverade ökar risken att resultat uteblir. BVC-sjuksköterskan bör därför vara förtrogen med motiverande arbetsmetoder för att öka motivationen hos familjer där barn är överviktiga (a.a.). Söderlund-Lindhe, Nordqvist, Angbratt och Nilsen, (2009) visade i sin studie hur motiverande samtal (MI) kan införas som ett redskap när det gällde att ge råd och stödja föräldrar till överviktiga eller feta barn. En av de intervjuade sjuksköterskorna berättade att hennes erfarenhet var att föräldrarna själva behöver hjälp med livsstilsförändringar innan de kan hjälpa barnen. Kunde föräldrarna motiveras så var det enklare att utföra ett motiverande samtal om barnets övervikt. I artikeln framkom det att många föräldrar ser sig själv och sina barn som ”stora men friska” trots att familjerna helt uppenbarligen var överviktiga eller feta. Sjuksköterskorna som var med i studien tyckte överlag att MI är ett effektivt arbetsredskap då det är särskilt användbart vid känsliga ämnen som t.ex. övervikt (a.a.). Söderlund, Malmsten, Bendtsen och Nielsen (2010) visade i sin artikel där 76 BVC-sjuksköterskor intervjuades via telefon att BVC-sjuksköterskorna använde sig av MI när de samtalade kring barns övervikt. De upplevde att de kunde se goda resultat på barns viktutveckling när metoden användes (a.a.).

Edvardsson et al., (2009) undersökte BVC-sjuksköterskors upplevelse av att samtala med föräldrarna till överviktiga barn. De intervjuade BVC-sjuksköterskorna tyckte det var ett känsligt ämne att ta upp, speciellt då föräldrarna till barnen själva var överviktiga (a.a.). BVC-sjuksköterskorna hade en unik möjlighet att utveckla ett gott förtroende och en bra relation till föräldrarna, då denna byggdes upp från barnets födelse (Benzein et al., 2008; Edvardsson et al., 2009). De tillväxtkurvor personalen hade tillgång till var ett bra stöd för att introducera ämnet, då detta var ett objektivt instrument att presentera för familjen för att skapa förståelse för överviktsproblematiken (Edvardsson et al., 2009). BVC-sjuksköterskorna var noga med sitt ordval när övervikt togs upp. Många gånger kunde ord som att barnet var stort, ovanför kurvan eller tungt och att det gått upp i vikt användas istället för ordet fetma. Att benämna barnet med övervikt istället för fetma, togs enligt BVC-sjuksköterskorna emot bättre av föräldrarna och upplevdes inte som lika aggressivt. Ofta började personalen samtalet med att prata allmänt om övervikt, visa översikter av diet- och motionsdiagram, samt att förklara vilken vikt barn i den aktuella åldern brukar vara i, innan det ledde in på det enskilda barnet (a.a.).

### Orems omvårdnadsteori

Motivation leder förhoppningsvis till egenvård och därför kan Orems egenvårdsteori vara en vägledning för BVC-sjuksköterskans arbete med överviktsproblematiken i de familjer där detta förekommer. I sin teori framställer Orem egenvård som en fokuserad process där individen på eget initiativ genomför handlingar både åt beroende familjemedlemmar samt för sig själv (Orem, 1991). Egenvård och omsorg beskrivs som ett allmänmänskligt beteende som lärs in inom den sociala kultur och miljö som individen tillhör. Detta beteende består av vanor och medvetna handlingsmönster som har till syfte att gynna utveckling, välbefinnande och sundhet. Ett viktigt delmål är att tillgodose individens egenvårdsbehov. Vissa handlingar är inriktade på den egenvård individen själv kan utföra och andra är inriktade på vilket stöd och vilken vägledning sjuksköterskan kan erbjuda. Orem framhåller att omvårdnadens mål är att så mycket som möjligt hjälpa någon till självhjälp (a.a.). Får individen, i detta fall föräldrarna, kunskap samt stöd och vägledning, kan dessa själv fatta bra beslut som gagnar deras barn i kampen mot övervikt.

# Syfte

Syftet är att beskriva BVC-sjuksköterskans upplevelser av vägledning och stöd som ges till föräldrar vars barn är överviktiga.

# Metod

Kvalitativa studier används för att undersöka personers upplevelser, erfarenheter och uppfattning (Forsberg & Wengström, 2003). Enligt Polit, Beck och Hungler (2006) innebär kvalitativ metod att leta efter en djupare mening i material för att synliggöra det osynliga. Målet med kvalitativ forskning är att hellre förstå än att förklara och passar för att skildra och undersöka egenskaper hos det som ska studeras (Malterud, 2009). Denna studie hade målet att beskriva BVC- sjuksköterskors upplevelser av vägledning och stöd som ges till föräldrar vars barn är överviktiga.

Ansatsen är induktiv dvs. att forskarna iakttar och fördjupar sig i ett material, som exempelvis kan bygga på skildringar av personers upplevelser så objektivt som möjligt för att sedan kunna återge detta (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Datainsamlingen för kvalitativa studier utgörs oftast av observationer, intervjuer eller skriftligt material (Henricson & Billhult, 2012). I en induktiv ansats kan forskaren komma fram till slutsatser från de enskilda fall som studerats vilket innebär att dessa slutsatser inte kan vara bindande eftersom det alltid kommer att finnas framtida observationer som leder till ny kunskap och pga. att slutsatserna endast omfattar observationer från ett begränsat urval av människor som har kännedom om det som studerats (Fejes & Thornberg, 2009).

## Urval av undersökningsgrupp

Respondenterna i kvalitativa studier skall ha god kännedom om ämnet som studeras (Rosberg, 2012). Variation bland respondenterna är viktigt för att erhålla olika perspektiv inom berört forskningsämne och därmed framkommer fakta som kanske endast nämns diffust hos någon medan det blir tydligare hos någon annan respondent (a.a.).

För att rekrytera deltagare skickades förfrågan via mail om medgivande till genomförande av studien till 27 verksamhetschefer för BVC i södra och västra Skåne. Flera verksamhetschefer avböjde deltagande med motiveringar som att de hade redan tackat ja till andra studier, tidsbrist eller att det inom deras upptagningsområde inte fanns några överviktiga barn. Några verksamhetschefer återkom med besked att de ställt frågan till sina BVC-sjuksköterskor och dessa skulle kontakta oss om intresse fanns för att delta i studien, vilket alla inte gjorde. Några av verksamhetscheferna avstod från att svara på förfrågan. Totalt gav sex verksamhetschefer sitt medgivande till att studien fick genomföras. Studien bygger på intervjuer med 10 BVC-sjuksköterskor, som arbetar på BVC i västra Skåne.

Studien genomfördes med ett strategiskt urval. Enligt Henricson och Billhult (2012) innebär detta att deltagarna ska vara väl insatta i berört forskningsområde så att de kan förmedla förståelse och insikter som eftersöks (a.a.). Strävan i vår studie var att nå så stor variation som möjligt bland informanterna. De BVC- sjuksköterskor som inkluderades i studien var sjuksköterskor med specialistutbildning inom distrikts- eller barnsjukvård och varierande antal tjänsteår. De skulle ha arbetat inom barnhälsovård minst två år samt själva eller i samarbete med andra professioner gett stöd och vägledning till föräldrar med överviktiga barn.

## Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Semistrukturerade intervjuer användes och en intervjuguide hade utvecklats som utgick från olika ämnesområden för att få svar på syftet (Bilaga 1). Frågorna var öppna och uppmuntrade deltagarna att utveckla sina svar samt öppnade upp för nya frågor (Kvale & Brinkmann, 2009) hävdar att om respondenten får en liten inblick i vem intervjuaren är ökar chansen att denne vågar tala om sina upplevelser. Mötet mellan intervjuaren och BVC-sjuksköterskorna började med en mycket kort presentation av intervjuaren för att respondenten skulle känna sig bekväm i situationen. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är de allra första ögonblicken av en intervju de mest betydelsefulla för kvalitén på datainsamlingen. Att intervjuaren lyssnar intresserat på det som sägs och inte avbryter respondenten är exempel på hur god kontakt kan skapas och underlättar för att kunna ställa följdfrågor (a.a.). Det som utmärker kvalitativa intervjuer är bland annat att frågorna som ställs är enkla, inte alltför långa men raka (Kvale & Brinkmann, 2009; Trost, 2010). Samtliga intervjuer avslutades med frågan om där var något respondenten ville tillägga som inte tagits upp tidigare.

## Genomförande av datainsamling

Enligt Malterud (2009) är det lämpligt att använda sig av ljudinspelningar när forskningsmaterialet består av samtal.Detta ger intervjuaren möjlighet att fokusera på intervjun som sker (Kvale & Brinkmann, 2009). Det fanns i informationsbrevet (Bilaga 3) beskrivet att det kom att vara två som var närvarande under intervjuerna och att ljudinspelning skulle göras. Är det en som intervjuar reduceras risken för att respondenten skall känna sig i underläge (Trost, 2010). Är det två intervjuare kan intervjuarna finna stöd i varandra och intervjun kan bli bättre och ge större innehåll och djupare insikt för ämnet som studeras (a.a.). Under de tre första intervjuerna deltog båda författarna och den ena ledde intervjun medan den andra lyssnade och ställde på slutet, vid behov, några följdfrågor. Därefter genomförde författarna resterande intervjuer var för sig, detta på grund av att vi fick anpassa oss efter när respondenterna kunde avsätta tid för intervjuerna. Deltagarna gavs, innan intervjun påbörjades, möjlighet att ge uttryck för om de medgav ljudinspelning och två intervjuare då detta var fallet. Inga deltagare hade något emot detta.

Respondenten bör få erbjudande om att bestämma var intervjun ska äga rum samtidigt som intervjuaren måste ha förslag på platser där intervjun lämpligen kan ske, om så önskas (Danielson, 2012; Trost, 2010). Intervjuer med en enskild person kräver tid, lugn och ro (Malterud, 2009; Trost, 2010). De BVC-sjuksköterskor som valde att delta, har själva fått bestämma plats och tid för intervjun. Samtliga valde att bli intervjuade på sin arbetsplats under arbetstid.

Trost (2010) hävdar att en intervju inte bör ta för mycket tid från respondenten. Vad det innebär kan vara en tolkningsfråga och kan även bero på vilket ämnesområde som studien handlar om (a.a.). Planeringen var att intervjun skulle pågå mellan 30 – 60 minuter. Den faktiska intervjutiden blev mellan 20-40 minuter. En pilotintervju genomfördes innan studien påbörjades. Denna respondent informerades om att intervjun eventuellt skulle komma att ingå i studien och respondenten fick därför samma skriftliga och muntliga information som övriga deltagare tillika med att en samtyckesblankett signerades innan intervjun. Denna pilotintervju inkluderades i studien.

Enligt Hartman (2004) behövs det kunskap för att kunna tolka. Denna kunskap kallas förförståelse (a.a.). Författarna till denna studie har ingen erfarenhetsbaserad förförståelse då vi inte kommit i kontakt med överviktiga barn under vår yrkesverksamma tid. Dock är vi sjuksköterskor, har barn och frekventerat BVC med våra barn

## Genomförande av databearbetning

Enligt Granheim och Lundman (2004) kan verkligheten tydas på olika sätt och tolkningen är beroende av en personlig förståelse. Kvalitativ forskning baserad på berättelser och iakttagelser kräver förståelse och samarbete mellan forskare och deltagare. Kvalitativ innehållsanalys innebär att texter tolkas och i en text finns alltid flera betydelser, dessa kan tydas på olika sätt (a.a.).

Efter att intervjuerna transkriberats ordagrant har texterna lästs igenom flertalet gånger både enskilt och gemensamt för att få en helhetsuppfattning av innehållet. Därefter har författarna tillsammans diskuterat innehållet i texterna. Analysen började med att ta ut meningsbärande enheter i varje intervju. Enlig Graneheim och Lundman (2004) kan den meningsbärande enheten i texten utgöras av termer, enstaka meningar eller hela partier vars betydelse är kopplat till varandra genom sin mening och kontext. De meningsbärande enheter vi fann kondenserades, det vill säga förkortades utan att kärninnehållet förändrades (a.a.). Därefter gavs varje kondenserad text en kod som kunde vara antingen ett ord eller en mening som en etikett för vad texten handlade om. Alla koder från varje intervju sattes därefter under varandra och lästes upprepade gånger för att finna likheter, skillnader och/eller mönster dvs. de koder som hade gemensamt innehåll fördes samman. Detta ledde till att koder med liknande innehåll bildade subkategorier. Totalt fanns det 18 subkategorier. Varje subkategori lästes och begrundades för att försöka finna en rubrik för vad subkategorierna handlade om. På så sätt bildades 13 kategorier. Exempel på kategorier var hälsobesök 2½-tre år, fyra år och 5 ½ år, BVC sjuksköterskans samarbetspartner, information till föräldrar, arbetssätt för att motivera föräldrar, BVC-sjuksköterskans förhållningssätt, uppföljning etc. Dessa lästes igenom och sammanfördes så att de med liknande innehåll fördes samman och då blev tre huvudkategorier med olika antal subkategorier. Text skrevs därefter till huvudkategorierna och subkategorier. I denna fas gjordes försök att höja subkategorierna till en högre abstraktionsnivå dvs. benämningen subkategorier fördjupades. Graneheim och Lundman (2004) menar att begränsade erfarenheter av att analysera en text gör det svårt att hitta den underliggande meningen.

## Etisk avvägning

Enligt SFS 2003:460 och Kvale och Brinkmann (2009) skall författarna till studien funderat på om nyttan med studien överväger de eventuella risker som deltagarna utsätts för. De etiska övervägandena för denna studie följde Helsingforsdeklarationens (WMA, 2008) föreskrifter och lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). När verksamhetschefen medgivit studiens genomförande och e-post adresser erhållits till de BVC-sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna skickades informationsbrev med e-post till dessa. De forskningsetiska kraven kring autonomiprincipen uppfylldes genom att informationsbrevet innehöll information om syftet med studien, att metoden var intervju där båda författarna var närvarande och att intervjun spelades in. Information gavs också om frivilligheten att delta i studien, möjligheten att avbryta deltagandet när som helst utan att ange orsak. Konfidentialitet garanterades deltagarna, rörande att intervjuerna avidentifierades och resultatet redovisades så att inga deltagare kunde identifieras i den slutliga rapporten. Skriftligt samtycke inhämtades innan intervjuerna startade. Nyttan med studien för deltagarna var att resultatet kan bli ett stöd för blivande BVC-sjuksköterskors arbete med överviktiga barn och öppna upp för diskussion bland verksamma BVC-sjuksköterskor.

Innan studien genomfördes erhölls rådgivande yttrande från VEN (Vårdvetenskapliga etiknämnden), VEN 51-13.

# Resultat

## Bakgrundsfakta

Utav 10 BVC-sjuksköterskor var nio utbildade distriktssköterskor och en var barnsjuksköterska, de hade arbetat mellan två och 35 år inom BVC. Fyra av de 10 BVC-sjuksköterskorna arbetade på BVC på familjecentral och resterande på BVC belägen vid en vårdcentral.

Tre huvudkategorier formades: BVC-sjuksköterskans kost- och uppfödningsrådgivning, BVC-sjuksköterskans information och vägledning när ett barn upptäcks vara överviktigt samt BVC-sjuksköterskans åtgärder när föräldrar inte inser problemet med barnets övervikt. Totalt framkom fem subkategorier (Tabell, 1).

|  |  |
| --- | --- |
| Huvudkategorier | **Subkategorier** |
| BVC-sjuksköterskans kost- och uppfödningsrådgivning | Samtal kring goda matvanor och gränssättningSondera familjens kostkunskaper och fysiska aktiviteter |
| BVC-sjuksköterskans information och vägledning när ett barn upptäcks vara överviktigt | Underlätta föräldrars insikt om barnets överviktFöljsamhet och lyhördhet till föräldrars upplevelser och känslor |
| BVC-sjuksköterskans åtgärder när föräldrar inte inser problemet med barnets övervikt | Initiera samarbete runt familjen |

Tabell 1: Huvudkategorier och subkategorier.

## BVC-sjuksköterskans kost- och uppfödningsrådgivning

### Samtal kring goda matvanor och gränssättning

Grunden för åtgärderna som respondenterna samtalade med föräldrarna om utgick från egen kunskap och erfarenhet. Någon fortbildning i åtgärder för överviktiga barn hade de inte deltagit i och det motiverades med att övervikt eller fetma inte varit något stort problem i deras upptagningsområden. Familjerna var utan sociala och ekonomiska problem och familjer med invandrarbakgrund var helt integrerade i det svenska levnadssättet. En respondent hade funnit en tendens till ökning av övervikt inom sitt BVC-område.

Respondenterna var alla eniga om att BVC-verksamheten grundas på att arbeta förebyggande och hälsoinriktat därför samtalade de om mat och matvanor redan från när barnen föds. T ex. att ammade barn har mindre risk för övervikt än de som föds upp med ersättning. Matinnehåll och matvanor berördes under alla hälsobesöken för att implementera goda kostvanor och ge barnen en bra grund. Från och med 2 ½ - treårsbesöket lades extra betoning på matvanor då erfarenheten var att om familjen föreföll ha goda kostvanor vid detta besök så var sannolikheten att barnet skulle äta hälsosamt ganska stor. Det var vanligast att upptäcka barns övervikt vid fyra eller 5 ½ års besöken.

*”Ja, kanske vid 2 ½ årsbesöket [upptäcks övervikt]. Men framförallt gör vi ju mer då vid fyra årsbesöket [när övervikt finns]”.* (R 2)

*”Många gånger så pratar man ju matvanor ju, det är ju ofta det föräldrarna också vill ha råd och stöd med…”.* (R 4)

Upplevelsen var att barnhälsovårdens basprogram innehöll för få hälsobesök efter barnets första och andra levnadsår för att kunna upptäcka barn i riskzonen för övervikt. Tidsmässig möjlighet att lägga in extra stöd överensstämde inte med det behov som ibland fanns hos dessa familjer. Trots detta erbjöd respondenterna extra stöd och besök när behovet fanns men de skulle vilja hinna göra mer för familjerna.

*”Man träffas egentligen inte alls det året…för det är ju så långa hopp mellan besöken. Det är fyra sen är det 5½”.* (R 3)

När övervikt konstaterats hos ett barn gav respondenterna allmänna och grundläggande råd om kostcirkeln och tallriksmodellen, samt vikten av att äta regelbundet. Sötsaker uppmuntrades föräldrarna att undvika, eller att inte introducera för tidigt och när det blivit introducerat endast bjuda på det en gång i veckan. Några samtalade också med föräldrarna kring hur stor en matportion bör vara.

*”Om man delar in tallriken i tre delar och om man lägger barnets handflata, en öppen hand i varje ruta så att säga, en tredjedel motsvarar barnets handstorlek, och då är det inte meningen att man ska bygga maten på höjden utan det är liksom normala [portioner]”.*

(R 10)

Vägledning om hur föräldrarna med enkla medel kunde förhindra extra portioner var att maten kunde läggas upp på tallriken vid spisen och så kunde grönsakerna stå mer lättillgängligt på köksbordet. Andra råd som gavs var att inte småäta mellan målen, att inte använda mat som muta, belöning eller straff t. ex ”äter du inte upp får du ingen efterrätt”. Föräldrarna uppmuntrades att tro på sina barn när barnen säger att de är mätta och inte truga i barnen det sista på tallriken. Det visade sig att föräldrar berättat att ”anhöriga ibland gav sötsaker till barnen för att bli populära” vilket ställde till problem för föräldrarna där respondenterna försökte stödja föräldrarna i att vara bestämda mot anhöriga.

*”… barn gör ju inte som föräldrar säger utan som föräldrarna gör… Sitter man tillsammans med barnet runt bordet och har barnets sällskap och äter tillsammans så brukar det bli bättre. Att man är en bra förebild för barnet”.* (R 10)

Ett problem flera av respondenterna upplevt var att mycket mat och dryck idag säljs förpackat i större förpackningar som gör att portionernas storlek har förändrats. Konsumtionen av mat och dryck ökar utan att föräldrarna tänker på det. Samtal genomfördes för att medvetandegöra föräldrarna om detta samhällsproblem.

*”Men det är ju, många tycker ju inte att de [barnen] dricker mycket läsk och sådant men så förändras ju synen på vad som är mycket, … 1 ½ liters eller mer två eller treliters flaskor…”.* (R 1)

*”Och det är mycket fika… det är Espresso house … och det är jättestora portioner för allting. Så att de mm, de är, ju samhället lite grann som är så här. … jättestora grejor*”. (R 6)

### Sondera familjens kostkunskaper och fysiska aktiviteter

Det rådde delade meningar om föräldrars kostkunskaper där några respondenter menade att föräldrar oftast hade god kostkunskap men att de inte alltid var så lätt att leva upp till önskade kostvanor. Andra hade en känsla av att det bara togs för givet att föräldrar hade goda grundläggande kunskaper men vid lite närmare penetrering stämde inte detta.

*”Sen tror jag egentligen att det är många, många som inte alltid vet vad man ska äta. Det tror vi som jobbar att det är helt självklart… Och vad man ska dricka och hur man kan göra för att hålla igen på sitt kaloriintag. Men det är inte alla [föräldrar] som riktigt förstår det och vet det*”. (R 5)

Samtalen handlade också om barnets aktivitet och då utgick respondenterna ofta från vad barnet tyckte om för aktiviteter och gav förslag på förstärkning av befintliga aktiviteter och ytterligare aktiviteter. Hela familjen uppmuntrades till att ha gemensamma aktiviteter för när föräldrarna var med tyckte barnen ofta att det var roligare samtidigt som föräldrarna fick en vink om att vardagsrörelse var viktigt för alla familjemedlemmar.

*”Ja, och att man hoppar och studsar tillsammans med barnet för det tycker ju ungarna om när mamma och pappa fjantar rundor då rör de ju på sig också”.* (R 10)

## BVC-sjuksköterskans information och vägledning när ett barn upptäcks vara överviktigt

### Underlätta föräldrars insikt om barnets övervikt

Upplevelsen var att det var mycket känsligt att informera föräldrar om att deras barn blivit överviktigt. Denna känsla var dels en egen känsla av att övervikt och fetma är laddade ämnen för de flesta människor och BVC-sjuksköterskornas egen inställning till att någon utomstående person skulle påpeka något om deras barns vikt skulle ge en obehaglig känsla. Dels hade erfarenheten lärt dem att föräldrar kunde reagera med aggressivitet eller förnekande. För att underlätta informationen både för sin egen del och för föräldrarna försökte BVC-sjuksköterskorna att använda en samtalsmetod där föräldrarna själva fick uttala att barnets vikt hade ökat.

Erfarenheten hade visat att många föräldrar bar med sig en ryggsäck från deras egen barndom med egen övervikt så även om föräldrarna var normalviktiga idag, hade de kanske kämpat med sin vikt i hela sitt liv och det var sådant som var viktigt att ta in i samtalet.

*”Ja den [övervikten] följer ju gärna med [till barnen] om föräldrarna är stora också”.* (R 2)

Barnets tillväxtkurva ansågs vara ett bra redskap för att visa och uppmärksamma föräldrarna på att barnet hade ökat kraftigt i vikt dvs. att visa svart på vitt att så här såg barnets viktkurva ut i förhållande till tidigare viktkurvor. När föräldrarna med egna ögon fick se hur viktkurvan hade stigit och förhållandet mellan barnets vikt och längd på kurvan hoppades respondenterna att föräldrarna förstod informationen.

*”Ja vi har ju kurvor i journalen. De är ju bra att visa föräldrarna. Utan att egentligen säga någonting. Utan de får själv titta. Oh har det då hänt något från förra besöket så, ja, då syns det tydligt. Att de har stuckit iväg [på viktkurvan]…”.* (R 7)

Inom BVC dokumenterades barnets iso-BMI automatiskt via journalsystemet vid fyra års besöket när vikt och längd angetts. Ibland informerades föräldrarna om barnets värde i förhållande till normalvärdet för barnet som ett led i att föräldrarna skulle förstå att barnet var överviktigt.

Flera av respondenterna upplevde själva och hade erfarenhet av att även föräldrarna påverkats av samhällets syn på vad som är normalvikt och vad som är övervikt hos barn har förändrats. Känslan var att när alla barn ökat lite i vikt i förhållande till för knappt ett decennium sedan ser nästan ett normalviktigt barn för smalt ut och då blir det svårare att hitta de överviktiga barnen för BVC-sjuksköterskorna, och föräldrarna uppmärksammar det inte heller. Föräldrar vars barn inte hade lite mage uppfattades av föräldrarna som för smala, medan barnen egentligen enligt mätinstrumenten var helt normalviktiga. Denna utveckling var en försvårande omständighet när det gällde att vägleda föräldrarna.

*”... De [fyraåringar] ska vara väldigt magra så du ser revbenen. Men den bilden, alltså, ändras ju med tiden”.* (R 8)

*”Därför att de är, vi blir så lurade av att titta på alla barn och de barn som är normalviktiga får höra att de är jättesmala”.* (R 7)

Respondenten med flest yrkesverksamma år inom BVC, menade att förr togs ingen notis om barnens vikt förrän i sex årsåldern, sedan blev vikten vid fyra års ålder viktig att notera. Idag uppmärksammas barnens vikt redan vid 18 månaders ålder för att finna barnen i riskzonen för övervikt. Det gällde att vara försiktig i informationen om barns övervikt till föräldrarna då ”rundhet” i den åldern oftast försvinner och barnen var smala vid 2 ½ års besöket på BVC.

### Följsamhet och lyhördhet till föräldrars upplevelser och känslor

Upplevelsen var att det var viktigt att respondenterna aldrig skuldbelade eller anklagade föräldrarna för att deras barn blivit överviktigt. Istället för att ge föräldrarna pekpinnar om att de måste ändra sina vanor visade respondenternas erfarenhet att om de aktivt lyssnade på föräldrarnas känslor och bekräftade föräldrarna i de levnadsvanor som var goda, var det lättare att motivera till förändring.

*”… bättre att man tar upp det och att man gör det på ett sätt så att man inte skuldbelägger eller anklagar föräldrarna… att ni måste ändra, att ni måste si eller ni måste så… det är ju inte att man vill sätta åt någon eller sådär”.* (R 4)

*”Jag frågar föräldrarna om, eh, kostvanor gör ja. Mm. Om de har regelbundna måltider. Mm. Vad de dricker till maten till exempel … Men om de nu dricker juice och de till och med dricker saft eller nåt annan, så, ja, det kan rubba vilken bra kost som helst”.* (R 5)

Det handlade om att bygga upp en förtroendefull relation mellan BVC-sjuksköterskan och föräldrarna kring barnets övervikt. När relationen fanns var upplevelsen att BVC-sjuksköterskorna lyckats med att stärka föräldrarnas självkänsla och det fanns en ömsesidig respekt för varandra. Vägledning och stöd gavs genom öppna frågor och utan förväntan på att föräldrarna skulle inse problematiken omedelbart. Föräldrarna kunde få rådet att tänka över vad de samtalat om och återkomma för ett ytterligare möte som planerades in.

*”Men sen då … skulle mamma tänka till … Och då var det så att flickan hade … syskon som var väldigt små och klena… Mamman hade då alltid hällt på lite extra Créme Fraiche och sådant här i maten… Och så … gick flickan [som inte var klen] upp i vikt rätt så kraftigt. Så när mamman ändrade det så gick hon ner”.* (R 2)

För att relationen skulle utvecklas var det viktigt att känna av hur föräldrarna reagerade på BVC sjuksköterskans ordval. En BVC sjuksköterska hade erfarenhet av att ett felaktigt ordval kunde rubba hela förtroendet. Då var det bättre att backa dvs. ta emot föräldrarnas känslor och låta dem ge uttryck för sin frustration.

*”… då känner jag att det är viktigt med förtroende … att man har tillåtelse att säga saker … man måste tona in och smyga in liksom, under ett tag innan man kan [åtgärda].”* (R 5)

Respondenterna försökte uppmuntra föräldrarna genom att boka tid för uppföljningar när barnet var överviktigt. Hur ofta uppföljningar genomfördes med familjen berodde dels på hur överviktigt barnet var samt barnets ålder. Viktuppföljning kunde variera mellan någon månad till ett halvår. Det ansågs inte effektivt att ha tätare vägningar av barnet då viktminskning eller ett beteende inte är något som förändras på en vecka utan det får ses på längre sikt. Ibland följdes familjen upp med ett telefonsamtal för att höra hur det gick och som en uppmuntran för föräldrarna.

*”… och sen stödjande åtgärder kan bara va det att man ringer. Hur går det? Efter en månad. De behöver ju inte komma hit och väga hela tiden för det blir väldigt laddat... jätteviktigt att jag säger att jag gör ju detta för att hjälpa er. Vi gör detta tillsammans”.* (R 9)

Uppföljningen skedde ibland med bara föräldrarna närvarande och motivet var att det är föräldrarna som ansvarar för vad barnen äter samt att inte göra så stor sak av barnets övervikt inför barnet. Var barnen med kunde de känna sig utpekade vilket respondenterna ville undvika.

## BVC-sjuksköterskans åtgärder när föräldrar inte inser problemet med barnets övervikt

### Initiera samarbete runt familjen

Om föräldrarna inte verkade bry sig om respondentens ansträngningar att få föräldrarna att inse att barnet var överviktigt och att åtgärder för att barnet inte skulle öka i vikt var nödvändiga, konsulterades andra professioner. Att arbeta för barnets bästa sattes i första rummet. Det ansågs viktigt att få en överblick över hela familjebilden och inte bara fokusera på kost och aktivitet utan helheten i hur familjen levde.

*”Föräldrarna blir ju, föräldrarna blir ju jätteledsna och tycker det är jobbigt och de tycker inte att de gör något fel många av dem, utan de vill inte erkänna det riktigt för sig själv att det är såhär.”* (R 6)

Att ta hjälp av en sjuksköterskekollega nämndes för att få tips och idéer på vidare åtgärder för att föräldrarna skulle bli motiverade att arbeta med barnets övervikt. Respondenterna lämnade sällan ut broschyrer till föräldrar om hur övervikt hos barn kunde åtgärdas.

Konsultation med BVC-läkaren gjordes med motiveringen att föräldrar ibland tog läkarens information om barnets övervikt mer på allvar. De kunde då tillsammans skriva remiss till dietist eller till överviktsenheten på barnmottagningen. Det kändes också bra att ha läkaren med sig för att slippa stå ensam med problemet. BVC-läkaren konsulterades även då respondenterna ville utesluta ett sjukligt tillstånd bakom övervikten.

På alla BVC-mottagningarna fanns det tillgång till dietist. Dietistens expertkunskaper innebar att föräldrarna kunde få fler konkreta kostråd som gjorde det lättare att ändra sitt kostbeteende.

*”Och, dietisten tycker jag är jättebra att de får träffa, Att de har ändå lite mer kött på benen. Vi vet att man ska äta nyttigt… de är ändå lite specialiserade på det”.* (R 3)

Dietisten använde sig av matdagbok som föräldrarna fick skriva i. Därefter sände familjen in denna till dietisten som utformade ett individuellt kostschema.

BHV- psykologen konsulterades om problemet upplevdes kunna ligga i att mamman inte hade ett speciellt gott förhållande till mat. Respondenterna menade att det först behövde kommas tillrätta med mammans problem och tankar kring mat, innan hon kunde hjälpa sitt överviktiga barn.

*”Ja, att prata med någon. Först för att få de till att förstå. Hur de äter och varför de gör som de gör. Alltså det hjälper inte att säga, dra ner på maten. Utan att man först får prata, alltså med en psykolog”.* (R 8)

Ytterligare en samarbetspartner som alla kände till och flertalet använt sig av var att skicka remiss till överviktskliniken vid barnmottagningen. Denna mottagning tog endast emot barn med fetma på grund av den stora arbetsbelastningen. Dock upplevde respondenterna att även om de skrev remiss var det endast ett fåtal familjer som verkligen gick dit och fick hjälp. Ibland avslogs remissen av överviktskliniken med motiveringen att barnet endast låg på gränsen till fetma och deras arbetsbelastning var så hög att de bad BVC- sjuksköterskan fortsätta stödja familjen. När överviktsenheten behandlade barnet var återkopplingen från denna bristfällig och upplevdes som otillfredsställande.

Skolsköterskan var en instans som alla respondenter kommit i kontakt med i och med att barnen går över till skolhälsovården efter 5 ½ års ålder. Respondenten informerade skolsköterskan om vilka barn hon ansåg behövde fortsatt motivation så skolsköterskan var förberedd på detta. En av respondenterna arbetade även som skolsköterska och upplevde att problemet med övervikt var större inom skolhälsovåren än inom BVC.

Det betonades att BVC´s uppgift var att erbjuda allt stöd till familjer med överviktiga barn. Dock upplevde respondenterna en problematik då föräldrarna inte verkade förstå att barnets övervikt var ett bekymmer. Eftersom BVC är en frivillig verksamhet har familjerna rätt att välja att följa råd och stöd som ges eller avstå från detta. Det går inte att tvinga föräldrarna till samarbete och risken var om respondenten var för ihärdig, att föräldrarna valde att byta BVC eller att inte använda sig av BVC mer. Det sistnämnda ville alla till varje pris undvika.

*”Men man kan ju inte gå in och styra hur mycket som helst, det är, barnavårdcentral är ju en frivillig organisation och då kan man ju inte styra upp hur mycket som helst …”* (R 6)

En utväg som någon respondent använt sig av, när barnet upplevdes fara illa av föräldrarnas oförstående inställning till barnets övervikt, var att göra en anmälan om omsorgssvikt till socialtjänsten.

# Diskussion

### Diskussion av vald metod

Tillförlitligheten i en kvalitativ studie baseras på trovärdighet och överförbarhet. Trovärdigheten handlar om att tydligt beskriva hur urvalet av deltagare i studien genomfördes, hur datainsamlingen utförts samt analysförfarandet för att visa på studiens kvalitativa styrkor och svagheter. Överförbarheten handlar om möjligheten att överföra resultatet till andra miljöer eller grupper vilket är avhängigt av trovärdighetens stringens i studien (Polit et al., 2006).

Studiens syfte var att beskriva BVC-sjuksköterskans upplevelser av vägledning och stöd som ges till föräldrar vars barn är överviktiga och designen en kvalitativ studie. Designen är lämplig ur trovärdighetsperspektivet med hänsyn till att målet med kvalitativ forskning är att få ökad förståelse för ett fenomen (Malterud, 2009) och syftar till att leta efter en djupare mening i material för att synliggöra det osynliga (Polit et al., 2006). Metoden kan användas för att kunna förstå mer om människor upplevelser, känslor, tankesätt, sätt att handla eller bete sig (Malterud, 2009; Trost, 2010).

Urvalet av respondenter är strategiskt vilket kan ifrågasättas då det lutar mer åt ett bekvämlighetsurval pga. problematiken kring att dels få tillstånd att genomföra studien från verksamhetschefer och dels finna BVC-sjuksköterskor som önskar delta i studien. SBU (2013) menar att bekvämlighetsurval inte är stort nog för att producera överförbara slutsatser och är varken en meningsfull eller strategisk urvalsmetod. Urvalet görs utifrån att välja att involvera de informanter som är lättillgängliga att studera. Studiens trovärdighet kan genom detta ha blivit något åsidosatt. Vi funderar över om deltagarna känt sig tvingade att delta men tror inte det då vi uppfattade att respondenterna var intresserade av att delge sina erfarenheter.

Datainsamlingen var semistrukturerade intervjuer vars innebörd är att respondenten får berätta fritt kring utvalda förutbestämda ämnesområden då det är respondenternas upplevelser som skall belysas (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna menar att det är en svår konst att genomföra intervjuer vilket kan ha påverkat datainsamlingen. Kvale och Brinkmann (2009) skriver att det inte finns någon idealintervjuperson men att vissa personer kan vara svårare att intervjua än andra. Intervjuarens uppgift blir då att motivera respondenten till att ge en innehållsrik beskrivning. Detta visar sig inte vara helt enkelt då författarna inte har någon intervjuvana. Ett försök att överbrygga denna ovana är att en pilotintervju genomfördes i syfte att få en känsla för vad det är att intervjua men mer träning innan den verkliga datainsamlingen genomfördes kändes önskvärd. Pilotintervjun ingår i resultatet med anledning av problematiken kring att rekrytera deltagare. Författarna är medvetna om att intervjuerna inte följer intervjumetoden med att ställa följdfrågor till respondentens berättelser för att på det sättet motivera respondenterna att fördjupa sina berättelser. Intervjutiden planerades till cirka 60 minuter men detta uppfylls inte vilket kan bero på intervjuovanan. Studiens trovärdighet kan ha påverkas av författarnas otillräcklighet under intervjun.

Miljön där intervjun genomförs och den inledande fasen i intervjun har stor betydelse för att respondenten skall känna sig bekväm med att berätta om sina erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2009). Lära känna fasen innan intervjun påbörjas är uppfylld då den av oss som skulle intervjua presenterar sig själv och ämnet och respondenterna förefaller vara bekväma med att börja intervjun.

Alla intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplats enligt respondenternas önskemål. En fördel här är att respondenten befinner sig på en välkänd plats och nackdelen att störningsmoment kan inträffa (Kvale & Brinkmann, 2009). Några respondenter avbröt intervjun en kort stund pga. att någon söker dem men det verkade inte störa respondenterna i denna studie då de snabbt kom tillbaka till samtalsämnet

Enligt Hartman (2004) innebär förförståelse att ha kunskap om ämnesområdet som studeras och den kontext som respondenterna befinner sig i. Förförståelsen innebär att sätta sina förväntningar, fördomar etc. som präglar vad vi ser och hur vi ser det åt sidan under intervjun och tolkningen av datainsamlingen (a.a.). Rosberg (2012) menar att forska på sin egen yrkeskultur omfattar både fördelar och nackdelar (a.a.). Författarna till denna studie har ingen klinisk erfarenhet av arbete inom BVC med barnfamiljer där barn är överviktiga men är sjuksköterskor med klinisk erfarenhet från andra yrkesområden samt är föräldrar och har regelbundet besökt BVC-mottagningen med våra barn. En fördel med att inte ha förförståelse beskrivs dock vara att det kan leda till att vi möjligen har sett något i intervjutexterna som vi inte hade sett om vi hade varit väl insatta i BVC sjuksköterskans yrkeskultur medan en nackdel kan vara vi har missat något som för utomstående kan förefalla meningslöst men som har en stark meningsbärande innebörd för berörda (Rosberg, 2012). Detta är ett observandum ur trovärdighetsperspektivet och skulle kunna åtgärdats genom att deltagarna hade fått läsa igenom resultatet och gett sina synpunkter (Polit et al. 2006).

Alla stegen i analysen är beskrivna och följer de steg som Graneheim och Lundman (2004) beskriver och författarna har analyserat några intervjuer gemensamt och andra var för sig för att stärka trovärdigheten i analysen. Samtidigt menar Polit et al.,(2006) att någon utomstående bör granska datainsamlingen och analysstegen för att övertyga läsarna om att studien är trovärdig. Studien har kritiskt granskats på seminarier med studenter och forskare vilket får ses som en del i studiens styrka. Författarna anser att trovärdigheten också stärks då citat från respondenterna visas i resultatdelen och alla respondenterna har fått komma till tals.

Överförbarheten av resultatet till andra miljöer eller situationer än de som studerats är beroende av variation, djup och innebördsrikedom (Polit et al., 2006). Deltagarna i studien har stor spridning när det gäller år av arbetslivserfarenhet inom BVC och arbetet bedrivs inom familjecentral och på vårdcentraler, vilket ger en rikare förståelse för ämnet. Planeringen var att ha med både män och kvinnor men det fanns inga manliga BVC sjuksköterskor tillgängliga. Överförbarheten av resultatet till annan kontext får anses begränsad med hänsyn till att BVC-verksamheten är ett speciellt yrkesområde och så även urvalet men möjligen kan resultatet överföras på den slutna barnsjukvården som vårdar barn med fetma.

## Diskussion av framtaget resultat

Upplevelser som framkom under intervjuerna var bland annat att det var viktigt att relationen till föräldrarna var god men att BVC-sjuksköterskorna samtidigt hade ett professionellt förhållningssätt. BVC-sjuksköterskorna samarbetade med olika samarbetspartners som till exempel överviktsenheten och dietist. I och med att BVC-sjuksköterskorna många gånger hade träffat familjen sedan barnen var små så ansåg de att de kan arbeta förebyggande, vägleda och stödja familjerna i deras situation. Samtliga BVC-sjuksköterskor upplevde svårigheter i arbetet med övervikt då ämnet dels är känslig att ta upp, tidsbrist och när föräldrarna inte inser problemet med barnets övervikt eller inte är motiverade till någon förändring.

I resultatet framkom bland annat att mat inte bör användas som belöning eller straff, detta visar även en studie gjord av Turner, Shield och Salisbury (2009) där de kom fram till att föräldrar använder mat som belöning och om de nekade sina barn onyttigheter kände de sig obekväma i sitt föräldraskap. De intervjuade BVC-sjuksköterskorna arbetar i upptagningsområden med god socioekonomisk standard där övervikt inte är ett stort problem. En av anledningarna tror BVC-sjuksköterskorna kan vara precis som studien av Mikhailovich och Morrison (2007) som visar att föräldrar från högre socioekonomiska grupper har lättare för att sätta gränser för olämplig kost. Andra studier visar att föräldrar ifrån lägre socioekonomiska grupper upplever att det är viktigare att barnen äter och tittr mindre på näringsinnehållet i den kost som serveras (Mikhailovich & Morrison, 2007; Isma, Bramhagen, Ahlström, Östman & Dykes, 2012). Även en studie gjord i Göteborg där 309 fyraåringar ingick där BMI registrerades vid fyraårskontrollen visar på liknade resultat (Thorn, Waller, Johansson & Mårild, 2010).

Semmler, Ashcroft, van Jaarsveld, Carnell och Wardle (2009) visar i sin studie att barn till överviktiga föräldrar har högre risk att själva bli överviktiga. BVC-sjuksköterskorna upplevde i vår studie att trenden i Sverige är att befolkningen blir tyngre och då sticker inte de överviktiga barnen ut för de barn som tidigare ansågs ha en hälsosam vikt ses nu som tunna vilket bekräftas i en studie gjord av Isma et al., 2012). Hager et al. (2012) visar att mödrar med överviktiga barn var 82% nöjdare med barnens utseende än de som hade underviktiga barn. Detta gör att det är besvärligt att nå ut till mödrarna med adekvat information om bland annat kost och motion (a.a.). Forskare från Australien undersökte 348 föräldrars syn på sina barns vikt. Av dessa var det 30 % som inte hade en korrekt uppfattning av sina barns vikt. Av de barn som var överviktiga insåg inte 56 % av föräldrarna detta (Fisher, Fraser & Alexander, 2006).

Alla BVC-sjuksköterskor menar att de innehar en unik position då de möter familjerna från barnet är nyfött tills de börjar skolan och har då goda möjligheter att bygga ett förtroendefullt förhållande till föräldrarna. Edvardsson et al., (2009) påvisar att BVC-sjuksköterskor anser att en bra relation är grunden för att kunna ta upp känsliga ämnen som till exempel övervikt. Vidare poängterar författarna att ämnet övervikt behandlades med försiktighet för att föräldrarna inte skulle känna sig kränkta och därför inte återkomma till BVC (a.a.). Just detta att föräldrarna och barnen tog illa vid sig och inte slutade gå på BVC ville alla undvika även i denna studie.

Många av de intervjuade BVC-sjuksköterskorna upplevde att de hade ett pressat schema med alla ordinarie hälsobesök enligt basprogrammet. Trots detta togs de överviktiga barnen in på extra besök vid behov eller så kontaktades föräldrarna via telefon för stödsamtal. Golsäter, Enskär, Lingfors och Sidenvall (2009) och Findholt, Davis och Michael (2013) visar att långa hälsosamtal prioriteras ner på grund av tidsbrist.

Problemet med barns övervikt är en familjeangelägenhet där hela familjen är i behov av stöd. Föräldrar överför sina ovanor gällande dåliga kostvanor och brist på motion till barnen (Isma et al., 2012). Seth och Sharma (2013) menar att de överviktiga barnen ska plana ut i sin viktkurva. För att nå detta målet måste hela familjen motiveras. Strategin är att främja en positiv förändring utan att minska självkänslan hos familjen (a.a). Flera av BVC-sjuksköterskorna poängterade för föräldrarna hur viktigt det är med vardagsmotion. Det räcker med att vara ute och röra på sig. Brophy et al. (2009) visar i sin studie att barn som inte rör på sig löper större risk att bli överviktiga jämfört med barn som inte är stillasittande. Vidare menar dessa författare att familjer där föräldrarna tar bilen istället för att gå eller cykla överför detta beteende på sina barn som då hellre vistas inomhus med stillasittande aktiviteter som till exempel TV-tittande (a.a.).

Trenderna i samhället har enligt de intervjuade BVC-sjuksköterskorna förändrats. Portionerna och förpackningar har blivit större och familjer fikar i större utsträckning. Garemo, Palsdottir och Strandvik, (2006) stödjer detta resultat då det framkommer att fyraåringars energiintag är signifikant högre än de som rekommenderas av Nordic Nutrition Recommendations (2004).

Alla BVC-sjuksköterskorna var rörande överens om att desto tidigare ett barns övervikt upptäcks ju mindre förändringar krävs och det är lättare för föräldrarna att styra barnen när de är små. Studier visar även att om något görs åt barnens övervikt tidigt är förutsättningarna att barnen bibehåller sin normalvikt när de blir äldre större (Nader et al., 2006).

BVC-sjuksköterskorna arbetade utifrån sin egen erfarenhet när de gav råd och vägledning om övervikt och fetma. Det finns inget rikstäckande redskap som BVC-sjuksköterskor kan använda sig av och olika landsting har sina egna handlingsplaner när ett barns övervikt upptäcks. Walker, Strong, Atchinson, Saunders och Abbot (2007) visar att det saknas enhetliga riktlinjer när ett barns övervikt upptäcks. I en artikel från Sydsvenskan (2013-10-15) poängterar Flodmark ” Sverige är ett av få europeiska länder som saknar en nationell handlingsplan mot fetma, men att göra upp en plan för hälsan är viktigt” (Stadler, 2013 ).

### Orems omvårdnadsteori

Författarna anser att Orems omvårdnadsteori passar in i studien då teorin grundar sig i hjälp till självhjälp. BVC-sjuksköterskan finns där för föräldrarna som ett stöd när de behöver hjälp att stärks i sin egenvårdskapacitet (Jahren Kristoffersen, 2006). Barn är beroende av sina föräldrar och barnens förutsättningar för ett hälsosamt liv ligger i föräldrarnas händer. Många gånger måste föräldrarna själva ändra sin livsstil för att hjälpa sina överviktiga barn.

# Konklusion och fortsatt forskning

De BVC sjuksköterskor som intervjuats visar att övervikt inte är något stort problem i deras upptagningsområde men Socialstyrelsen (2009) visar att i Sverige är 15-20 % av barnen överviktiga och 3-5 % feta. I studien framkom dock att respondenterna tar både risken för att barn skall bli överviktiga och barns övervikt på stort allvar. Vägledning i kost ges redan från att barnet är nyfött och vid alla hälsobesök samt när övervikt konstaterats arbetar respondenterna med hälsofrämjande samtal för att stödja föräldrarnas potential att öka kontrollen över sitt barns hälsa och förändra den till det bättre. Det var en balansgång att inte kränka föräldrarna och ändå se till barnets bästa och denna balansgång genomfördes med att respondenterna inte anklagade föräldrarna eller gav dem pekpinnar för bristande föräldraskap. Istället arbetade respondenterna med följsamhet och lyhördhet för föräldrarnas känslor och reaktioner på barnets övervikt och mötte dem genom att lyfta fram familjens goda levnadsvanor och utgå från dessa för att motivera till insikt och förändringsarbete. Förutsättningen för vägledning och stöd var att utveckla en förtroendefull relation till familjen. När BVC sjuksköterskan trots sina empatiska insatser inte förmådde föräldrar att inse att barnets övervikt var ett problem konsulterades kollegor och experter inom barnhälsovårdens verksamhetsområde för att barnets bästa alltid kommer först. Det framkom att en oro som alla respondenterna bar inom sig var att familjen skulle välja att byta BVC eller lämna BVC vilket skulle kännas som ett misslyckande i sitt arbete.

Ämnet övervikt/fetma hos barn är väl utforskat, både när det gäller förekomst och uppkomst. Vidare forskning krävs hur samhället kan satsa på prevention istället för de konsekvenser som finns när övervikten redan är en realitet. Det finns handlingsprogram för övervikt/fetma i flera landsting i Sverige men det saknas ett enhetligt styrdokument som täcker hela landet. Den vetenskapliga förankringen gällande effektiva strategier för prevention gällande behandling av övervikt/fetma är begränsad, men inom primärvården finns kunskapen om hur allmänt hälsoarbete ska bedrivas för att vara effektivt.

Samtalet är ett av de viktigaste redskapen när någon ska få hjälp att förändra sin livsstil. Får blivande distriktssköterskor tillräcklig kunskap i detta redskap? Kan utbildningen förbättras för att ge nyutbildade distriktssköterskor bättre kunskap i att motivera patienter till livsstilsförändringar via motiverande samtal?

# Referenser

Benzein, EG., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2008). `Being appropriately unusual´: a challenge for nurses in health-promoting conversations with families. *Nursing Inquiry 15*(2), 106-115.

Blennow, M., Hagelin, E., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård.* Stockholm: Liber

Blomquist, HK. & Bergström, E. (2007). Obesity in 4 year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socioeconomic level. *Acta Pædiatrica 96*(1), 113-116.

Brekke, H., Van Odijk, J. & Ludvigsson, J. (2007). Predictors and dietary consequences of frequent intake of high-sugar, low-nutrient foods in 1-year-old children participating in the ABIS study. *The British Journal of Nutrition 97*(1), 176-181.

Brophy, S., Cooksey, R., Gravenor, BM., Mistry, R., Thomas*,* N.,Lyons*,* RA. & Williams*,* R*.* (2009). Risk factors for childhood obesity at age 5: Analysis of the Millennium Cohort Study. *BMC Public Health 9*(467), 1-7.

Bråbäck, L., Bågenholm, G. & Ekholm, U. (2009). Fetmautvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. *Läkartidningen* *43*(106), 2758-2761.

Campbell, K., Waters, E., O'Meara, S., Kelly, S. & Summerbell, C. (2004). *Interventions for preventing obesity in children* (Cochrane Review). *The Cochrane Library Issue 1.* Chichester: John Wiley & Sons.

Cole, TJ., Bellizzi, MC., Flegal, KM. & Dietz, WH. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ 320*(06), 1-6.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174)*.* Lund: Studentlitteratur.

de Onis, M., Blössner, M. & Borghi, E. (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition 92*(5), 1257-1264.

Edvardsson, K., Edvardsson, D. & Hörnsten, Å. (2009). Raising issues about children’s overweight – maternal and child health nurses’ experiences. *Journal of Advanced Nursing 65*(12), 2542-2551.

Fejes, A. & Thornberg, R. (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.

Findholt, N., Davis, M. & Michael, Y. (2013). Perceived barriers, resources, and training needs of rural primary care providers relevant to the management of childhood obesity. *The Journal of Rural Health 29*(1), 17-24.

Fisher, L., Fraser, J. & Alexander, C. (2006). Caregivers’ inability to identify childhood adiposity: A cross-sectional survey of rural children and their caregivers’ attitudes. *Australian Journal of Rural Health 14*(2), 56–61.

FN´s barnkonvention (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad från <http://unicef.se/barnkonventionen> den 1 oktober 2013.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier.* *Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Garemo, M., Palsdottir, V. & Strandvik, B. (2006) Metabolic markers in relation to nutrition and growth in healty 4-y-old children in Sweden. *The American Journal of Clinical Nutrition 84*(5), 1021-1026.

Gillison, F., Beck, F. & Lewitt, J. (2013). Exploring the basis for parents' negative reactions to being informed that their child is overweight. *Public Health Nutrition.* 1-11. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980013002425>

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

Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:

concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today 24*(2), 105-112.

Hager, ER., Candelaria, M., Latta, LW., Hurley, KM., Wang, Y., Caulfield, LE. & Black, M. (2012). Maternal Perceptions of Toddler Body Size - Accuracy and Satisfaction Differ by Toddler Weight Status. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 166*(5), 417-422.

Hardy, L., Harrell, J. & Bell, R. (2004). Overweight in children: Definitions, measurements confounding factors, and health consequences. *Journal of Pediatric Nursing 19*(6), 376-384.

Hartman, J. (2004). Vetenskapligt tänkade – från kunskapsteori till metodteori. Lund: Studentlitteratur.

Hawkins, S., Cole, T. & the Millennium Cohort Study Child Health Group. (2009). An ecological systems approach to examining risk factors for early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *Journal of Epidemiology and Community Health 63*(2), 147-155.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137)*.* Lund: Studentlitteratur.

Hjern, A. (2009) Barns hälsa. I *Folkhälsorapport 2009.* (s. 41-68). Stockholm: Socialstyrelsen.

Hundeide, K. (2001). Vägledande samspel: handbok till ICDP, International Child Development Programmes. Stockholm: Rädda barnen : ICDP Sweden.

Isma, G., Bramhagen, A-C., Ahlström, G., Östman, M. & Dykes, A-K. (2012). Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice 13*(57), 1-11.

Jonsell, R. (2011). *Översikt basprogrammet.* Hämtad den 1 oktober 2013 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Basprogrammet/Oversikt/>

Klasén McGrath, M. (2011). *Fetma och övervikt hos barn.* Hämtad 11 januari, 2013 från <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Fetma-hos-barn/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*.Lund: Studentlitteratur.

Langford, C., Bowsher, J., Maloney, J. & Lillis, P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing, 25*(1)*,* 95-100.

Lindblad, B-M., Rasmussen, BH., Sandman, P-O. (2005). Being invigorated in parenthood: Parents' experiences of being supported by professionals when having a disabled child. *Journal of Pediatric Nursing, 20*(4), 288–297.

Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people; a crisis in public health. *Obesity Reviews 5*(1), 4-85.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion.* Lund: Studentlitteratur.

Mangrio, E., Lindström, M. & Rosvall, M. (2010). Early life factors and being overweight at 4 years of age among children in Malmö, Sweden. *BMC Public Health 10*(764), 2-9.

Mikhailovich, K. & Morrison, P. (2007) Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *Journal of Child Health Care 11*(4), 311-322.

Nader, PR., O’Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Friedman, S., Mei, Z. & Susman, EJ. (2006). Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics 118*(3), 594-601.

Nationell målbeskrivning för sjuksköterska inom barnhälsovården. (2007). *Nationella nätverket för vårdutvecklare/barnhälsovårdsamordnare.* Stockholm: Vårdförbundet, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Riksföreningen för distriktssköterskor.

Nowicka, P. (2005). Dietitians and exercise professionals in a childhood obesity treatment team. *Acta Pædiatrica 94*(448), 23-29.

Nowicka, P. & Flodmark, C-E. (2006). *Barnövervikt i praktiken – en evidensbaserad familjeviktskola.* Lund: Studentlitteratur

Orem, DE. (1991). *Nursing: concepts of practice*. (4. ed.) St. Louis: Mosby-Year Book.

Philip, W., James, T., Jackson-Leach, R., Ni Mhurchu, C., Kalamara, E., Shayeghi, M., Rigby, NJ., Nishida, C. & Rodgers, A. (2004). Overweight and obesity (high body mass index). I M. Ezzati., DA. Lopez., A. Rodgers & J LC. Murray. (ED.). *Comparative Quantifications of Health Risks – Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected of Major Risk Factors. “Volume 1”* (p. 497- 596). Hämtad 26 september 2013 från <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42792/1/9241580348\_eng\_Volume1.pdf>

Polit, DF., Beck, CT. & Hungler, BP. (2006). *Essentials of Nursing Research- Methods, Appraisal, and Utilization.* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (s. 109-134). Lund: Studentlitteratur.

SBU. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok.* Version 2013-05-16 Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Hämtad 14 oktober 2013

från www.sbu.se/metodbok

Semmler, C., Ashcroft, J., van Jaarsveld, C., Carnell, S. & Wardle, J. (2009). Development of overweight in children in relation to parental weight and socioeconomic status. *Obesity 17*(4), 814-820.

Seth, A. & Sharma, R. (2013). Childhood Obesity. *Indian Journal of Pediatrics 80*(4), 309-317.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Hämtad 10 januari, 2013 från riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\_sfs-2003-460/

Slining, MM., Mathias, KC. & Popkin, BM. (2013). Trends in Food and Beverage Sources among US Children and Adolescents 1989-2010. *Journal of the Aacademy of Nutrition and Dietetics,* 1-12, http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2013.06.001.

Socialstyrelsen (2007). *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården - Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8.* Hämtad 30 september 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/14753/1991-70-8\_1991708.pdf>

Socialstyrelsen. (2011) *Att mäta kvalitet i barnhälsovården.* Hämtad 12 december, 2012 från <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18325/2011-5-8.pdf>>

Stadler, L. (2013, oktober). Fetma hotar allt fler barn. *Sydsvenskan online.* Hämtad 150 oktober från http://www.sydsvenskan.se/sverige/fetman-hotar-allt-fler-barn/

Summerbell, CD., Ashton, V., Campbell, KJ., Edmunds, LD., Kelly, S. & Waters, E. (2004). Interventions for treating obesity in children (Cochrane Review). *The Cochrane Library Issue* 1. Chichester: UK John Wiley & Sons.

Sundblom, E., Petzold, M., Rasmussen, F., Callmer, E. & Lissner, L. (2008). Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *International Journal of Obesity 32*(10), 1525-1530.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008, a). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska.* Hämtad 9 januari, 2013, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pd[f](http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf)>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008, b) *Kompetensbeskrivning för leg sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.* Hämtad 9 januari, 2013, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pd[f](http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf)>

Söderlund, L L., Malmsten, J., Bendtsen, P. & Nilsen, P. (2010). Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal 69*(4), 390-400.

Söderlund-Lindhe, L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research 24*(3), 442-449.

Thorn, J., Waller, M., Johansson, M. & Mårild, S. (2010). Overweight among Four-Year-Old Children in Relation to Early Growth Characteristics and Socioeconomic Factors. *Journal of Obesity*. 1-6, http//doi:10.1155/2010/580642

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur.

Turner, KM., Shield, J. & Salisbury, C. (2009). [Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study](http://hkr.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwTV1NC8IwDC2i4FnQXv0DHWvWru1ZHKKyk8OPW7e24FEm_n7fpoKnklMOSV7eCzRhbJ17KLSAUjBod-D7abgH6xO4OAVDbT4uqja3Wu-PtvlD82rBJv1ryZpqe9rsxPcYgLijmAsRbJTU6mgtGlCZhvGddtaXRUdKd5KCMsZFQz4pcH5HnVQBYgPu0rA2zcsVm0JQR85mCYHFC7DlcMzZ_OLOjb0e6o-5-JlZP358yh5PDmwf80IUWf4GUOI0Vg). *The British Journal of General Practice 59*(11), 856-862.

Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J. & Abbot, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians’ view of treating childhood obesity. *BMC Family Practice 8*(1), 1-7.

WHO (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Hämtad 1 december. 2012 från <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf>

WHO fact sheet nr 311 May 2012. Hämtad 16 november, 2012 från <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>

WHO (2012). Population-based approaches to CHILDHOOD OBESITY PREVENTION, 2012. Hämtad 30 november, 2012 från <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf>

World Medical Association. (2008). *WMA declaration of Helsinki - Etical principles for medical research involving human subjects.* Hämtad den 9 januari, 2013 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

# Bilaga 1 (4)

Syftet är att undersöka BVC-sjuksköterskors upplevelser av att rådge och stödja föräldrar vars barn är överviktiga.

Intervjuguide

BVC-sjuksköterskans agerande när det upptäcks att ett barn är överviktigt

Råd som ges initialt och efterhand

Stödjande åtgärder för familjen

Föräldrars reaktioner när barnets övervikt tas upp av för diskussion

Bakgrundsfakta som besvaras efter intervjun genom att deltagaren sätter ett kryss för de påstående som passar in på personen

Specialistutbildning \_\_\_\_ barnsjuksköterska

\_\_\_\_ distriktssköterska

Antal år som BVC-sjuksköterska \_\_\_\_\_\_\_\_

Kön \_\_\_\_ man

\_\_\_\_ kvinna

Arbetar på \_\_\_\_ BVC belägen på vårdcentral

\_\_\_\_ BVC på familjecentral

# Bilaga 2 (4)

INFORMATIONSBREV

# MedFak_V_SV_mac

2013-12-03

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 3 (4)

Till verksamhetschef på vårdcentral.

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien BVC-sköterskors upplevelser av stöd till överviktiga barn och deras familjer.

Övervikt och fetma är ett globalt problem bland barn. Övervikt blir ett folkhälsoproblem om det inte förebyggs. Då många barn i Sverige lider av övervikt eller fetma kan inte alla barnen vårdas på fetmakliniker utan bör hänvisas till primärvården. BVC-sköterskan har en unik möjlighet att fånga upp dessa barn och familjer då ca 99 % av alla barn besöker BVC. Syftet med studien är att undersöka BVC-sköterskors upplevelser av att rådge och stödja föräldrar vars barn är överviktiga samt innehållet i rådgivningen och stödet.

Författarna till studien vill med hjälp av intervjuer undersöka BVC-sköterskor upplevelser av att rådge och stödja föräldrar vars barn är överviktiga, samt innehållet i rådgivningen och stödet. Intervjuerna kommer att vara ca 1 timme. BVC-sköterskorna ska ha arbetat på BVC minst två år, samt själva eller i samarbete med andra professioner gett råd och stöd till familjer med överviktiga barn. Vi planerar att genomföra intervjuer med 8-12 BVC-sköterskor. Intervjufrågorna som ställs kommer att vara öppna då detta underlättar om det behöver ställas följdfrågor. Kvalitativ innehållsanalys har valts som analysmetod.

Brev kommer att skickas ut till verksamhetschefer på vårdcentraler i Högnäs-, Helsingborgs-, Lunds- och Malmös kommuner. När samtycke från dessa har inhämtats skickas brev ut till BVC-sköterskor på dessa vårdcentraler. Med deras tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och BVC-sköterskorna kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att ingen kan identifieras.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i distriktssköterskeprogrammet.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Marie-Louise Markusson  Leg sjuksköterska  042-224122  marie-louise.markusson.208@student.lu.se | Marie Henriksson  Leg Barnsköterska  0709-283637  marie.henriksson.550@student.lu.se | Handledare: Anita Lundqvist Barnsjuksköt/doktor  Medicinsk vetenskap  046-22 28 13  Inst för hälsa, vård, smh  Box 157 221 00 Lund  anita.lundqvist@med.lu.se |  |

Bilagor **1. Samtyckesblankett  
2. Projektplan**

**Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande**

BVC-sköterskors upplevelser av stöd till överviktiga barn och deras familjer

Er anhållan

Medgives

Medgives ej

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande och titel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verksamhetsområde

# Bilaga 3 (4)

MedFak_V_SV_mac

INFORMATIONSBREV

2013-12-03

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information till undersökningsperson

BVC-sköterskors upplevelser av stöd till överviktiga barn och deras familjer

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Övervikt och fetma är ett globalt problem bland barn. Övervikt blir ett folkhälsoproblem om det inte förebyggs. Då många barn i Sverige lider av övervikt eller fetma kan inte alla barnen vårdas på fetmakliniker utan bör hänvisas till primärvården. BVC-sköterskan har en unik möjlighet att fånga upp dessa barn och familjer då ca 99 % av alla barn besöker BVC. Syftet med studien är att undersöka BVC-sköterskors upplevelser av att rådge och stödja föräldrar vars barn är överviktiga samt innehållet i rådgivningen och stödet.

Intervjun beräknas ta cirka en timme och genomförs av Marie-Louise Markusson och Marie Henriksson. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din kontakt med Marie-Louise Markusson och Marie Henriksson. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom två veckor. Studien ingår som ett examensarbete i distriktssköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, vår handledare.

Med vänlig hälsning

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Marie-Louise Markusson  Leg sjuksköterska  042-224122  marie-louise.  markusson.208@student.lu.se | Marie Henriksson  Leg barnsjuksköterska  0709283637  marie.henriksson.550@student.lu.se | Handledare: Anita Lundqvist Barnsjuksköt/doktor  Medicinsk vetenskap  046-22 28 13  Inst för hälsa, vård, smh  Box 157 221 00 Lund  anita.lundqvist@med.lu.se |

# Bilaga 4 (4)

**Samtyckesblankett**

Jag har tagit del av informationen om BVC-sköterskors upplevelser av stöd till överviktiga barn och deras familjer

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

|  |  |
| --- | --- |
| *Underskrift av undersökningsperson*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, datum  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Underskrift  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefonnummer | *Underskrift av student*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, datum  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Underskrift  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefonnummer |

1. Medelinkomstländerna står för knappt hälften av världens befolkning, är hem för en tredjedel av människor över hela världen som lever på mindre än 2 dollar per dag, och finns i alla sex av geografiska regioner. They cover a wide income range, with the highest income MIC having a per capita income 10 times that of the lowest. De täcker ett brett inkomst sortiment, med de högsta inkomsterna MIC med en inkomst per capita 10 gånger den lägsta. The group has grown in number since the mid-1990s, including 10 countries (for example China and Egypt) moving from the low-income to middle-income category. Gruppen har vuxit i antal sedan mitten av 1990-talet, bland annat 10 länder (t.ex. Kina och Egypten) flyttar från låg-inkomster medelinkomst kategori (Independent evaluation group, 2011, [http://go.worldbank.org/BDZHSEY4J0](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&ei=GVz2UMWtMYqL4ATezoD4DA&hl=sv&langpair=en%7Csv&rurl=translate.google.se&u=http://go.worldbank.org/BDZHSEY4J0&usg=ALkJrhjwv9xfUauhdauT2ikJucYhoVtqeA)). [↑](#footnote-ref-1)