



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Barnhälsovårdssjuksköterskors erfarenheter av samtal med föräldrar till barn med övervikt

En intervjustudie

Författare: Cecilia Frank och Madeleine Sellberg

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2015

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

# Barnhälsovårdssjuksköterskors erfarenheter av samtal med föräldrar till barn med övervikt

## En intervjustudie

Författare: Cecilia Frank och Madeleine Sellberg

Handledare: Lisbeth Jönsson

Magisteruppsats

Hösten 2015

### Abstrakt

Övervikt bland barn leder till fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, även in i vuxen ålder. Då barnhälsovårdssjuksköterskan ska arbeta hälsofrämjande och preventivt blir förebyggande av övervikt en naturlig del av arbetet, där samtalet utgör ett verktyg i omvårdnaden. Tidigare forskning påvisar både svårigheter och förutsättningar gällande samtal med föräldrar. Föreliggande studie syftar till att belysa barnhälsovårdssjuksköterskans erfarenhet av samtal med föräldrar till barn med övervikt. Tio informanter valdes genom strategiskt urval och kvalitativ intervju genomfördes. Genom kvalitativ innehållsanalys framkom tre kategorier; Utgångspunkter för samtal, Förhållningssätt vid samtal och Tillvägagångssätt vid samtal. Utmärkande aspekter var barnhälsovårdssjuksköterskans lyhördhet, vikten av relation och förtroende samt samt förmåga att balansera samtalet. Resultatet bekräftar tidigare forskning men belyser i högre grad vikten av barnhälsovårdssjuksköterskans lyhördhet i samtalet.

### Nyckelord

Barn, Barnhälsovård, Föräldrar, Kommunikation, Omvårdnad, Övervikt

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

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Problembeskrivning .....	3
Bakgrund .....	4
Perspektiv och utgångspunkter .....	4
Barnhälsovårdens och BHV-sköterskans ansvar .....	6
Samtal med föräldrar till barn med övervikt .....	7
Definition och prevalens av övervikt bland barn .....	7
Konsekvenser av övervikt .....	8
Studiens betydelse .....	9
Syfte .....	9
Metod .....	10
Urval .....	10
Instrument .....	11
Datainsamling .....	12
Databearbetning .....	13
Förförståelse .....	16
Etisk avvägning .....	16
Resultat .....	17
Utgångspunkter för samtal .....	18
Relation och förtroende .....	18
Trygg inför samtalet .....	19
Förhållningssätt vid samtal .....	20
Lyhördhet .....	20
Objektivitet .....	21
Tillvägagångssätt vid samtal .....	21
Möjliggöra för samtal .....	22
Skapa balans i samtalet .....	23
Diskussion .....	25
Metoddiskussion .....	25
Resultatdiskussion .....	28
Konklusion och implikationer .....	32
Referenser .....	33
Bilaga 1 (4) .....	37
Bilaga 2 (4) .....	39
Bilaga 3 (4) .....	40
Bilaga 4 (4) .....	42

## Problembeskrivning

Inom barnhälsovården (BHV) är en väl fungerande kommunikation mellan föräldrar och sjuksköterskan av vikt för att kunna förebygga och behandla övervikt bland barn (Mikhailovich & Morrison, 2007). Kommunikation ligger till grund för interaktion mellan sjuksköterska och individ och är en process som är målinriktad för att en mellanmännisklig relation ska kunna etableras, och på så sätt kunna hjälpa en familj eller individ (Travelbee, 2010). Kommunikation är en viktig del i den grundläggande omvårdnaden och i det preventiva arbetet med övervikt bland barn (Stockholms läns landsting, [SLL], 2010). Bristande kommunikation kan leda till svårigheter i arbetet med att förebygga och behandla övervikt bland barn (Mikhailovich & Morrison, 2007).

Genomgång av aktuellt forskningsläge i Europa och USA, genom sökning i databaser, visar att studier som belyser sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt är få till antalet. De resultat som framkommer visar att kommunikation underlättas av en god relation mellan föräldrar och sjuksköterska (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten, 2009). Fler studier fokuserar på problem i kommunikationen, i samarbetet och i interaktionen mellan sjuksköterskor och föräldrar till barn med övervikt (Mikhailovich & Morrison, 2007; Edvardsson et al., 2009). Sjuksköterskor menar att det är svårt att samtala med föräldrar om barnets övervikt då de anser ämnet vara känsligt. Sjuksköterskor erfar även en rädsla för att förolämpa föräldrar genom fel ordval och därmed i förlängningen förlora kontakten med familjen (Edvardsson et al., 2009).

Övervikt bland barn har haft en global dramatisk ökning under senare årtionden (de Onis, Blössner & Borghi, 2010). Det är viktigt att uppmärksamma övervikt i ett tidigt skede då barn med övervikt i småbarnsåren i stor utsträckning även har övervikt i skolåldern och upp i vuxen ålder, med konsekvenser i form av följsjukdomar, så som diabetes och hjärt- och kärlsjukdom (Statens beredning för medicinsk utvärdering, [SBU], 2002). Föreliggande studie är av vikt att genomföra då sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt är sparsamt undersökta, och då kommunikation är en del av det preventiva arbetet med övervikt.

Begreppet barnhälsovårdssjuksköterska, BHV-sköterska, omfattar i föreliggande studie både distriktsköterskor och barnsjuksköterskor som tjänstgör inom barnhälsovården och arbetar med barn i åldrarna 0-6 år.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Föreliggande studie har sin omvårdnadsteoretiska utgångspunkt i Joyce Travelbees (2010) teori om mellanmännsliga aspekter i omvårdnaden, och studiens resultat diskuteras utifrån teorin. Travelbees människosyn har sin grund i existencialistisk filosofi där motivation och förmåga att finna mening i tidigare upplevelser i livet karaktäriserar människan. Individens upplevelser är unika och påverkas av tidigare livserfarenheter. Även omvårdnaden utmärks av en existentiell och humanistisk syn där ett viktigt verktyg utgörs av en mellanmännslig relation, baserad på gemensamt förtroende mellan sjuksköterska och patient. Genom att skapa en mellanmännslig relation uppfylls syftet med omvårdnaden. Etablering och upprätthållande av relationen är sjuksköterskans ansvar men relationen kräver ömsesidighet, sjuksköterskan kan inte skapa relationen ensam (Travelbee, 2010). En mellanmännslig relation kan inte förekomma mellan generella begrepp som sjuksköterska och patient, utan mellan konkreta individer. För att få förståelse för omvårdnadens innebörd krävs medvetenhet för sjuksköterskans och patientens interaktion och hur den påverkar individen (ibid). Travelbee ser skapandet av den mellanmännsliga relationen som en process, där stegen utgörs av olika faser i interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten. Den första fasen utgörs av ”det första mötet”, där individerna är främmande för varandra och har stereotypa uppfattningar om varandra. Därefter följer ”framväxt av identiteter” där sjuksköterskan och patienten visar sina personligheter. Vidare följer ”empati” och ”sympati”, där empati utgörs av en upplevelse som sker mellan individerna, där förståelse sker för den andras psykologiska tillstånd. Sympati utgörs av äkta medkänsla, där sjuksköterskan upplever närhet till patienten. Den sista fasen utgörs av ”ömsesidig förståelse och kontakt” och är ett resultat av interaktionen mellan sjuksköterska och patient, där de delar varandras tankar, känslor och attityder (ibid.).

Enligt Travelbee (2010) utgör kommunikation ett av de viktigaste redskapen sjuksköterskan har att tillgå i omvårdnaden, då tankar och känslor förmedlas genom en ömsesidig process och utgör målet för omvårdnaden. I föreliggande studie likställs begreppet kommunikation med att samtala, enligt Eide och Eides (2009) definition av kommunikation. Kommunikation innebär att göra någonting gemensamt, göra någon delaktig och skapa förbindelse, och kommunikation kan ta sig uttryck i olika former, där samtal mellan två eller flera personer utgör en form. Kommunikation ligger till grund för interaktion mellan sjuksköterska och individ och är en process som är målinriktad för att en mellanmännisklig relation ska kunna etableras, och för att sjuksköterskan därigenom ska kunna hjälpa en familj eller individ (ibid.). Kommunikation kan vara både verbal och icke verbal och sker ständigt i mötet mellan människor (Eide & Eide, 2009; Travelbee, 2010). Travelbee (2010) menar vidare att kommunikation fordrar förutsättningar då processen är komplicerad, där bl.a. en känsla för timing och kunskap kring olika strategier för kommunikation är av vikt. Det ställs också krav på att sjuksköterskan har kunskap kring kommunikation och har förmåga att tillämpa den, och besitter en sensitivitet för att kunna hantera olika situationer. Kommunikation är ett sätt att lära känna individen genom att förstå och tillgodose behov och ge stöd att hantera olika situationer (ibid.). Travelbee (2010) påvisar även hinder för kommunikation, det vill säga aspekter som orsakar störningar eller avbrott i kommunikationen. Hinder kan utgöras av sjuksköterskans oförmåga till ett personcentrerat perspektiv eller avsaknad av sensitivitet, vilket innebär att sjuksköterskan inte har förmåga att uppfatta kommunikationens olika nivåer av innebörd. Då Travelbee (2010) belyser vikten av ett personcentrerat perspektiv diskuteras studiens resultat också utifrån nämnda perspektiv. Även Fossum (2014) belyser vikten av ett personcentrerat synsätt vilket syftar till att hela människan inkluderas med ett intresse för hennes livshistoria, och utgör ett humanistiskt sätt att förhålla sig till individen och bevara hennes värdighet. I den personcentrade synsättet står inte symtom, beteende och sjukdom i fokus, utan syftar till att bekräfta patienten, uppmuntra till delaktighet, respektera individens behov och personlighet och att stödja behov och styrkor. Det personcentrerade perspektivet syftar till att sjuksköterskan ser till patientens önskemål och stöttar patienten i att kunna formulera sina förväntningar, uppfattningar och känslor och vilken betydelse de har för patientens förutsättningar att delta i behandlingen (ibid.).

## *Barnhälsovårdens och BHV-sköterskans ansvar*

Barnhälsovården syftar till att främja barns hälsa och förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2014). Barnhälsovården har som övergripande mål att i ett tidigt skede uppmärksamma och sätta in åtgärder vid problematik gällande barns mående och utveckling. Genom att aktivt stödja och uppmuntra föräldrar i deras föräldraskap finns förhoppning om att ovanstående mål uppnås. Alla barn erbjuds undersökning av sin hälsa och då ett barn drabbats av ohälsa eller nedsatt hälsa eller löper risk för problem ska individuellt anpassade åtgärder erbjudas (ibid.).

En av de viktigaste faktorerna i arbetet mot övervikt bland barn är det preventiva arbetet som sker inom barnhälsovården (SLL, 2010). Distriktssköterskeföreningen i Sverige (DSF, 2005) betonar distriktssköterskans nyckelroll inom det hälsofrämjande och preventiva arbetet, där rådgivning och stöd till föräldrar är en viktig uppgift. Distriktssköterskor utgör en viktig yrkesgrupp i det hälsofrämjande arbetet med att förebygga dåliga matvanor och fysisk inaktivitet och därigenom bidra till att minska risken för att barn utvecklar övervikt och fetma (ibid.). BHV når genom sin verksamhet nästan alla barnfamiljer i respektive upptagningsområden (Isma, Bramhagen, Ahlström, Östman & Dykes, 2012).

Genom att BHV-sköterskan ser samarbetet med föräldrarna som ett partnerskap och genom empowerment försöker stärka dem i deras föräldraskap och kompetens, kan föräldrars delaktighet i barnhälsovårdens preventiva och hälsofrämjande arbete underlättas (Baggens, 2002). Med hjälp av ett intresserat förhållningssätt och ett aktivt lyssnade kan arbetsalliansen utvecklas, där patient och vårdgivare tillsammans kan arbeta mot gemensamma mål (Fossum, 2014).

Vidare ska hälso- och sjukvårdspersonal enligt Patientlagen (SFS 2014:821) främja patientens rätt till hälso- och sjukvård som är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet och som uppfyller god kvalitet. Barnets bästa skall alltid beaktas och vårdnadshavarna har rätt att erhålla information som bl.a. belyser tillvägagångssätt för att stävja skada eller sjukdom, där informationen ska anpassas efter erfarenhet, mognad och andra individuella förutsättningar hos mottagaren (ibid.).

## *Samtal med föräldrar till barn med övervikt*

Baggens (2002) belyser barn och föräldrars möte med sjuksköterskan inom barnhälsovården och framhäver kommunikation som ett viktigt instrument vid undersökning av barnets hälsa. Även vid den rådgivande funktionen ligger kommunikation till grund för att kunna stödja och råda familjen utifrån deras specifika situation och frågeställningar. Stora krav ställs på sjuksköterskans förmåga att kommunicera med familjen vid barnhälsovårdens arbetsuppgifter, och då familjerna består av individer med olika erfarenheter och bakgrund, barn i olika åldrar och då varierande situationer kan uppstå blir kommunikationsförmågan av ytterligare vikt (ibid.).

Såväl Gerards, Dagnelie, Jansen, De Vries och Kremers (2012) som Turner, Salisbury och Shield (2011) redogör för hur sjuksköterskan upplever ilska och motstånd hos föräldrarna när barnets övervikt förmedlas. Edvardsson et. al (2009) visar i sin studie att sjuksköterskors samtal med föräldrar till barn med övervikt underlättas av att relationen till föräldrarna är god och att föräldrarna känner förtroende för sjuksköterskan. Vidare påvisar Edvardsson et al. (2009) att sjuksköterskors samtal med föräldrar om barnets övervikt underlättades genom att närma sig ämnet långsamt och att använda ett finkänsligt språk. Ett värdefullt hjälpmedel för BHV-sköterskan att utgå från i samtalet, för att belysa barnets övervikt för föräldrarna, var att samtala utifrån barnets tillväxtkurva. Tillväxtkurvan upplevdes som ett sätt för sjuksköterskan att förhålla sig objektivt till ämnet, och kurvan underlättade samtalet då den presenterade fakta som inte kunde ifrågasättas (Edvardsson et al., 2009; Flower, Perrin, Viadro & Ammerman, 2007; Regber, Mårild & Johansson Hanse, 2013).

## *Definition och prevalens av övervikt bland barn*

Barns tillväxt bedöms inom barnhälsovården utifrån längd, vikt och huvudomfång, som mäts vid flertalet tillfällen under uppväxten, och med hjälp av tillväxtreferenskurvor förenklas tolkningen av värdena. Även BMI, Body Mass Index, och förändringar av det, har referenskurvor, vilka underlättar konstaterandet av övervikt bland barn (Socialstyrelsen, 2014). För barn används begreppet iso-BMI, som är ett internationellt standardiserat mått och kan tillämpas från två års ålder. Värdet som erhålls för barnet jämförs med värden i specifika



iso-BMI tabeller, där övervikt definieras som iso-BMI > 25 (tabell 1). Iso-BMI anpassas efter det växande barnets ålder och beräknas på samma sätt som för vuxna (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Tabell 1. Definition av övervikt och fetma bland barn.

	<b>Övervikt</b>	<b>Fetma</b>
<b>Barn</b>	Iso-BMI > 25	Iso-BMI > 30

År 2010 uppskattades 42 miljoner barn i världen ha övervikt eller fetma, och prevalensen ökade från 4,2 % 1990 till 6,7 % 2010. År 2020 förväntas 9,1 % av alla barn i världen ha övervikt eller fetma (de Onis, Blössner & Borghi, 2010). Problemet är den största utmaningen i vår tid gällande folkhälsan (Winjhoven et al., 2013). Även i Sverige är övervikt bland barn ett stort problem. Det finns inget nationellt register över barns vikt i Sverige, på grund av etiska och praktiska orsaker, mindre regionala studier visar emellertid på en förekomst av övervikt och fetma bland 300 000 barn och ungdomar (Angbratt, Ekberg, Walter & Timpka, 2011). En regional studie av Sjöberg, Moraesus, Yngve, Poortvliet, Al-Ansari och Lissner (2011) visar att 17 % av skolbarnen i åldern 7-9 är överviktiga. I Skåne är 11 % av alla 4-åringar överviktiga (Fridh et al., 2014).

### *Konsekvenser av övervikt*

Övervikt har negativa konsekvenser för barns hälsa under barndomen och vidare in i vuxenlivet (Story et al., 2002). SBU (2002) påvisar att vid ökande grad av övervikt ses ändrad hormonbalans och ändrat tillväxtmönster hos barn, minskad känslighet för insulin och förhöjda nivåer av hormonet kan påvisas. I USA har en ökning av typ 2-diabetes konstaterats. Risken anses vara mindre bland svenska barn, men den ökade graden av övervikt kan hos unga vuxna ses ge en högre förekomst av diabetes (ibid.).

SBU (2002) visar på ett tydligt samband mellan övervikt och barn med psykosocial ohälsa. Barn med övervikt skattar sig själva lägre än barn med normal vikt och upplever missbelåtenhet med sin fysiska prestation. Barn som fått titta på silhuetter beskriver de runda

silhuetterna som lata, dumma, fula och smutsiga, och barn med övervikt berättar i stor utsträckning om upplevelser av mobbing och av att bli retade. Psykisk sjukdom har en högre förekomst bland barn med övervikt än bland barn med normalvikt (ibid.).

Vidare visar SBU (2002) i en sammanställning av internationella studier på att övervikt och fetma även har samhällsekonomiska konsekvenser, där de direkta kostnaderna för sjukdomar relaterade till övervikt och fetma svarar för en till två procent av hälso- och sjukvårdens utgifter, vilket i Sverige motsvaras av drygt en till tre miljarder kronor. Distinkta samband ses mellan ökat BMI och ökade utgifter för behandling och vård av övervikt och fetma (ibid.).

## **Studiens betydelse**

Få studier belyser sjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt. Då kommunikation utgör en grundläggande del i omvårdnaden och vid det preventiva arbetet med övervikt (SLL, 2010) är det betydelsefullt att föreliggande studie genomförs och erfarenheter påvisas. Övervikt bland barn är stigmatiserande och leder till fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, även in i vuxen ålder (SBU, 2002). Därmed stärks vikten av det preventiva arbetet, med kommunikation som grund. Distriktsköterskor utgör en viktig yrkesgrupp i det hälsofrämjande arbetet med att förebygga dåliga matvanor och fysisk inaktivitet, och kan på så sätt bidra till att minska risken för att barn utvecklar övervikt och fetma (DSF, 2005). Genom en kvalitativ intervjustudie som belyser BHV-sköterskors erfarenheter av samtal med föräldrar till barn med övervikt kan resultatet förhoppningsvis tillämpas i och underlätta arbetet inom BHV.

## **Syfte**

Studiens syfte var att belysa barnhälsovårdssjuksköterskors erfarenheter av samtal med föräldrar till barn med övervikt.

## Metod

Den empiriska studien har en kvalitativ ansats, vilket enligt Parahoo (2006) lämpar sig när ett intresse för människors reaktioner och resonemang är aktuellt. Valet av metod motiveras av att kvalitativa intervjuer syftar till att besvara frågan *hur*, det vill säga hur den intervjuade förstår, tolkar och upplever fenomenet och vilken mening hen lägger i situationen (ibid.). Ansatsen är induktiv vilket enligt Danielson (2014) innebär att en beskrivning av ett fenomen sker förutsättningslöst utefter insamlad data och att generella slutsatser kan skapas. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer (Parahoo, 2006) och insamlad data har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

## Urval

I föreliggande studie har ett icke-sannolikhetsurval tillämpats, vilket enligt Parahoo (2006) lämpar sig då en förståelse av ett ämne är av intresse. Således väljs de informanter ut som bäst kan bidra med erfarenhet av det som avses att studeras (ibid.). Ett strategiskt urval användes i studien, vilket enligt Parahoo (2006) innebär att urvalet av informanter ska utgå från studiens syfte och avse de informanter som har erfarenhet av det ämne som ska studeras.

Inklusionskriterier i studien utgjordes därmed av att informanterna, distriktssköterskor och barnsjuksköterskor, skulle ha minst två års erfarenhet av arbete inom BHV och ha samtalat med föräldrar till barn med övervikt. För att få fram olika erfarenheter i materialet (Danielson, 2014) intervjuades både distriktssköterskor och barnsjuksköterskor verksamma i barnhälsovården, inom både offentlig och privat regi.

Projektplanen skickades ut tillsammans med informationsbrev och medgivandeblanketter (bilaga 1-3) per post till verksamhetschefer på utvalda enheter i Region Skåne i slutet av mars 2015. Urvalet gjordes via tre utskick (tabell 2). Där svar ej erhållits efter 7-10 dagar kontaktades verksamhetschefer per telefon. De som ej gick att nå per telefon efter upprepade försök erhöll ett mail med en förfrågan om att delta i studien, och därefter ytterligare ett påminnelsemail vid uteblivet svar. Svar erhöles från alla enheter och resulterade i nio informanter. Den tionde informanten erhöles genom rekommendation från en av de tidigare informanterna, således genom ett snöbollsurval (Parahoo, 2006).

Tabell 2. Urvalsprocessen

Utskick	Lokalisation	Tillfrågade verksamhetschefer	Deltagande BHV-ssk
1	NV Skåne	18	6
2	Ö Skåne	8	2
3	N Skåne	7	1
<b>Totalt</b>		33	9

Totalt har studien haft ett externt bortfall på 27 av 33 enheter och ett internt bortfall på en informant som först tackade ja till medverkan men sedan avböjde på grund av tidsbrist. De verksamhetschefer som tackade nej angav i första hand tidsbrist på enheten som orsak. Andra vanligen förekommande anledningar till att avböja medverkan var omorganisation, pensionsavgångar, nyanställningar och sjukdom bland personalen. Vid något enstaka tillfälle gav verksamhetschefen sitt medgivande, medan BHV-sköterskorna tackade nej på grund av tidsbrist. En vårdcentral i en av kommunerna var från början exkluderad då en av författarna arbetar där. På grund av den låga svarsfrekvensen valdes nämnda vårdcentral ändå att inkluderas.

Informanterna, 10 till antalet, var mellan 30 och 63 år med en medelålder på 50 år. Nio informanter var distriktssköterskor och en barnsjuksköterska. De hade arbetat inom sin specialitet i genomsnitt 12 år. Genomsnittlig arbetslivserfarenhet inom BHV uppgick till 11 år. Samtliga var kvinnor. Informanterna hade i medeltal 290 barn i sitt upptagningsområde.

## Instrument

En intervjuguide (bilaga 4) konstruerades utifrån studiens syfte. Intervjuguiden inleds med bakgrundsfrågor och löper sedan vidare med en inledande fråga, vilken enligt Kvale och Brinkmann (2014) har för avsikt att ge en rik och spontan beskrivning av det fenomen som studien avser att undersöka. För att testa intervjuguidens funktion genomfördes en pilotintervju. Båda författarna deltog i pilotintervjun, vilket enligt Danielson (2014) säkerställer att kommande intervjuer sker på liknande sätt. Pilotintervjun gav möjlighet att prova den tekniska utrustningen samt att se så att avsatt tid var tillräcklig. Pilotintervjun transkriberades ordagrant, vilket ger möjlighet till att se om adekvata frågor ställts (ibid). Inga

justeringar av intervjuguiden gjordes då den upplevdes välfungerande och erhållen data svarade mot studiens syfte, att belysa BHV-sköterskors erfarenheter av samtal med föräldrar till barn med övervikt. Beslut togs om att inkludera pilotintervjun i analysen då den gav information som svarade på syftet.

## **Datainsamling**

I föreliggande studie har den semistrukturerade intervjun tillämpats, vilken har breda, öppna frågor och ger forskaren möjlighet att anpassa frågornas ordning efter intervjuens gång och att ställa följdfrågor (Parahoo, 2006).

De verksamhetschefer som gav sitt medgivande till studien förmedlade kontaktuppgifter till de BHV-sköterskor som tackat ja till att medverka i studien. BHV-sköterskorna kontaktades via mail eller per telefon och erhöll informationsbrev om studien samt samtyckesblankett (bilaga 3). Tid för intervju bokades och intervjuerna genomfördes under våren 2015.

Informanterna erbjöds bestämma tid och plats för intervjun i enlighet med Trost (2010). Sju informanter valde sina egna arbetsrum, tre valde arbetsplatsens konferensrum. Intervjuernas längd varierade mellan 30 minuter och 50 minuter och varade i genomsnitt 39 minuter.

Informanten och båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer utom en, där ena författaren genomförde intervjun själv på grund av den andra författarens personliga relation till enheten.

Kvale och Brinkmann (2014) menar att intervjutillfället bör inledas med en kort presentation av författarna, studiens syfte och upplägg. Informanterna bör även erhålla information om sekretess, samtycke och att ljudinspelning kommer att äga rum (ibid.), vilket de fick. Korta bakgrundsfrågor ställdes initialt för att skapa kontakt med informanten, vilket gjorde situationen mer bekväm. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2014) ställdes en inledande övergripande fråga, ” Kan du beskriva dina erfarenheter av att samtala med föräldrar kring deras barns övervikt?”, med avsikt att ge en rik och spontan beskrivning av det fenomen som studien avsåg att undersöka, med efterföljande följdfrågor. Intervjun avslutades, efter att intervjuguidens samtliga frågor ställts, med att informanten tillfrågades om ytterligare

information eller om frågor fanns att tillägga. På så sätt gavs informanten möjlighet att ta upp och belysa området vidare (Kvale & Brinkmann, 2014).

Intervjuerna spelades in på båda författarnas smartphone, utan tillgång till internetuppkoppling, och transkriberades därefter ordagrant. Den första intervjun transkriberades var för sig av författarna, och jämfördes sedan med avseende på transkriberingsmetod, för att säkerställa samstämmighet mellan författarna. Därefter transkriberade författarna hälften av antalet intervjuer var. Transkriberingen ägde rum i anslutning till intervjun, vilket enligt Danielson (2014) bidrar till ett lättare analysarbete då pauser, gester och ansiktsuttryck finns tydligare i minnet.

## **Databearbetning**

Efter att intervjuerna transkriberats ordagrant tillämpades kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Metoden syftar till att tolka och granska texter och identifiera skillnader och likheter i materialet, för att på så sätt kunna redogöra för kvalitativt olika innebörder. Det insamlade materialet analyserades utifrån ett manifest perspektiv, det vill säga med avseende på det synliga och uppenbara innehållet i texten, det vill säga i form av innebörder i förhållande till syftet. Graneheim och Lundman (2004) menar att en viss tolkning är ofrånkomlig då läsande av texten startar en process som medför indirekt tolkning då val av kodning och abstraktion utförs. Innehållsanalysen följer en struktur, där meningsbärande enheter identifieras, kondenseras och abstraheras genom kodning, vilket medför att underkategorier och kategorier skapas (ibid).

Innan analysprocessen påbörjades lästes samtliga intervjuer igenom av båda författarna flera gånger för att få en överblick och en god kännedom om materialet. I materialet identifierades meningsbärande enheter, det vill säga meningar och stycken ur texten som svarade tillbaka mot syftet (Graneheim & Lundman, 2004), vilka kom att utgöra grunden för analysen. De meningsbärande enheterna fördes in i en tabell där det framgick vilken intervju de kom från, och kondenserades därefter, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär att texten kortas ned så att det centrala innehållet bevaras. Varje kondenserad meningsenhet försågs utifrån innehållet med en kod, ett eller ett par ord som etiketterade stycket, vilket syftade till

att abstrahera den kondenserade texten och kunna lyfta texten till en högre abstraktionsnivå. Kodernas överensstämmelse med de meningsbärande enheterna och de kondenserade enheterna jämfördes. På så sätt kontrollerades abstraktionens giltighet och att de meningsbärande enheterna svarade mot studiens syfte. Koder som hörde ihop och hade liknande innebörd kom att utgöra resultatets underkategorier. Liknande underkategorier kunde därefter sammanföras till kategorier (se exempel i tabell 3). Sex underkategorier identifierades vilka kom att utgöra tre kategorier. Författarna var observanta på att inget innehåll som svarade mot syftet kunde falla mellan kategorierna eller höra hemma i flera kategorier. Hela analysprocessen utfördes av båda författarna tillsammans, för att kunna diskutera kring oklarheter och säkerställa att analysen utfördes på samma sätt. Första intervjun analyserades var och en för sig, samt av författarnas handledare, för att kontrollera att texten tolkades och analyserades på samma sätt.

Tabell 3. Exempel över analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
..då har man ändå sått fröet gången innan, så då har man ändå en medvetenhet om att det är därför de kommer hit ju nästa gång, så då är det ju lite lättare att prata om det, och förhoppningsvis när de kommer gången efter.	Då har man sått ett frö gången innan, så då är det lättare att prata om det [övervikten] nästa gång.	Så ett frö	Möjliggöra för samtal	Tillvägagångssätt i samtalet
..att de får, ja fundera över det lite, man säger vad de ska tänka på, och sen får de komma tillbaka och så...ibland så mognar det hos dem när man har tagit upp det en gång,	Att de får fundera lite över det [övervikten], ibland så mognar det hos dem när man tagit upp det en gång.	Ge tid		
Ja, men det är ju att försöka att inte komma med några pekpinor...de ska känna att jag vill hjälpa dem, inte liksom sitta på mina höga hästar och tro att jag är bättre, eller att jag kan bättre, utan verkligen...ja...de ska ju känna när de går härifrån att de har blivit liksom, fått stöd och så.	Att försöka att inte komma med pekpinor eller sitta på mina höga hästar, utan föräldrarna ska känna att de fått stöd.	Skapa jämvikt	Skapa balans i samtalet	
"Jag visar alla BMI-kurvan ... Men jag brukar säga det alltså, förklara att...eh...detta är något jag gör med alltså alla, med alla barn, så att man inte ska känna att "jaha är det bara mig du visar denna för du ser att han är överviktig" ... man gör så på BVC, för att det ska kännas lite lättare."	Jag visar alla BMI-kurvan och förklarar att det är något jag gör med alla för att det ska kännas lättare.	Avdramatisera		



## **Förförståelse**

Förförståelsen består i att forskaren innan studien har tidigare erfarenheter och värderingar, både från universitet och privat. Förförståelsen bör redogöras för då forskaren som person har betydelse för forskningsprocessen och därmed omedvetet kan påverka den. Genom att förförståelsen redovisas stärks studiens pålitlighet (Priebe & Landström, 2014).

Ingen av författarna i studien har tidigare arbetat inom BHV, en av författarna har däremot arbetat på vårdcentral och där kommit i kontakt med barn och deras föräldrar. Den andra författaren har själv barn och har därmed som privatperson kommit i kontakt med arbetet inom BHV. Båda författarna har under utbildningen haft praktik inom BHV och har där stött på situationer gällande samtal med föräldrar till barn med övervikt. Båda författarna har i sin profession generell kunskap om ämnet övervikt, men saknar specifika kunskaper kring att samtala med föräldrar kring det. Under arbetet med bakgrunden till projektplanen och uppsatsen har inläsning av vetenskapliga artiklar kring ämnet bidragit till en viss förförståelse hos författarna, men då förförståelsen får bedömas vara av ringa omfattning är det rimligt att anta att processen inte påverkats nämnvärt.

## **Etisk avvägning**

Vårdvetenskapliga etiknämnden vid Lunds Universitet har givit ett etiskt rådgivande yttrande (VEN 22-15), vilket erhöles våren 2015.

Forskningsetiska principer har sitt ursprung ur Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2013) där intervjuer omfattas då de kan upplevas som intrång i den personliga integriteten (Vetenskapsrådet, 2011). Genom informationskrav, informerat samtycke, nyttjandekrav och konfidentialitet säkerställs det grundläggande skyddskravet av den deltagande individen. Informationskravet uppfylldes genom att BHV-sköterskorna försågs med information via informationsbrevet om studiens syfte, studiens troliga nytta, upplägg, information om vad deltagandet innebar och kontaktuppgifter till författarna (VMA, 2013). Informerat samtycke utgörs av en process som bygger på den etiska principen om autonomi och frihet vilken syftar till att tillgodose informantens självbestämmanderätt att

delta. För att informerat samtycke ska uppnås krävs att olika faktorer uppfylls (Kjellström, 2014). BHV-sköterskorna fick information om studien, vilken de erhöll skriftligt via informationsbrev och muntligt på plats i anslutning till intervjun. Informanterna gavs möjlighet att överväga deltagande genom betänketid, då informationsbrevet skickades ut i god tid innan intervjun. Kjellström (2014) menar att betänketid ökar möjligheten att förstå informationen och ger informanten förutsättningar att utifrån den ta beslut och förstå vad deltagandet innebär. Vidare kräver informerat samtycke att informantens deltagande är frivilligt, det vill säga sker utan tvång, och att informanten även ges möjlighet att avbryta sitt deltagande fram till dess att intervjun är genomförd (Kjellström, 2014), vilket de informerades om både skriftligt och muntligt. Samtycke ska enligt Lagen om etikprövning (SFS 2003:460) dokumenteras, vilket gjordes genom att informanterna skrev under en samtyckesblankett. Konfidentialitet uppnås enligt Kjellström (2014) genom att insamlad data förvaras på ett säkert sätt och att resultatet redovisas så att enskilda individer inte kan identifieras. Konfidentialitet uppfylldes genom att de inspelade och transkriberade intervjuerna förvarades på ett inlåst USB och genom att varje informant försågs med en kod där kodnyckeln förvarades separat från materialet. Nyttjandekravet innebär att insamlad data enbart används för forskningens syfte (VMA, 2013), att belysa BHV-sköterskors erfarenhet av att samtala med föräldrar till barn med övervikt.

## Resultat

Efter genomgången analys framkom tre kategorier och sex underkategorier (tabell 4). I resultatet presenteras citat från informanterna, där siffran inom parentes efter citatet hänvisar till respektive informant för att illustrera spridning av citat.

Tabell 4. Kategorier och underkategorier i resultatet.

Kategorier	Underkategorier
Utgångspunkter för samtal	Relation och förtroende
	Trygg inför samtalet
Förhållningssätt vid samtal	Lyhördhet
	Objektivitet
Tillvägagångssätt vid samtal	Möjliggöra för samtal
	Skapa balans i samtalet

## Utgångspunkter för samtal

Utgångspunkter för samtal består av relation och förtroende och att BHV-sköterskan känner sig trygg inför samtalet med föräldrar till barn med övervikt.

### *Relation och förtroende*

BHV-sköterskans erfarenhet av att samtala med föräldrar till barn med övervikt är att samtalet underlättas av en god relation mellan BHV-sköterskan och föräldern. BHV-sköterskan beskriver att en god relation åstadkoms över tid genom att hon följer barnet och föräldrarna från det att barnet är nyfött. Vidare menar BHV-sköterskan att en god relation även bygger på att hon och föräldrarna tidigare har kunnat ha personliga samtal av känsligare karaktär, som exempelvis sker vid screening med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Om relationen är god och BHV-sköterskan och föräldrarna tidigare kunnat ha personliga samtal blir det enligt BHV-sköterskans erfarenhet lättare att samtala om barnets övervikt.

*”Alltså har man följt barnen sen de var bebisar, mm... så har man ju oftast en bra relation, och då har man ju pratat om så många olika saker genom åren så det blir inte så konstigt att prata om det [övervikten], så att det är jättejätteviktigt.” (6)*

Den långvariga relationen medför att BHV-sköterskan har kunskap om familjens bakgrund, socioekonomiska förhållande och deras personlighet, vilket av BHV-sköterskan upplevs

underlätta samtalet, då hon till exempel vet om något inträffat i familjen som kan ha orsakat barnets övervikt, eller om föräldrarna själva varit överviktiga som barn, fakta som BHV-sköterskan upplever är viktiga att vara medveten om då de kan komma att påverka samtalet.

*”Det är mycket lättare då. Det är det ju. Det är ju alltid lättare med alla de som man har haft från början så att säga, nyfödda, då har man ju också hela historien, mycket vad som, bakgrundsfakta, vad som... så det är ju alltid lättare ... det går ju liksom inte det här med att komma och säga till en du aldrig nästan har träffat att ditt barn är överviktigt och så...” (7).*

BHV-sköterskan erfar vid samtalet med föräldrar till barn med övervikt att hon är beroende av föräldrarnas förtroende för att föräldrarna ska våga öppna sig i samtalet och kunna prata om barnets övervikt. BHV-sköterskan beskriver att genom att vara förtroendeingivande upplever hon att hon får föräldrarna att känna sig avslappnade och bekväma i samtalet, istället för utlämnade och dömda, det goda förtroendet dem emellan upplevs av BHV-sköterskan underlätta samtalet kring barnets övervikt. BHV-sköterskan erfar att ett gott förtroende bygger på hennes kunskap, och att hon har förmedlat sin kunskap över tid genom att ha varit ett stöd för föräldrarna att tillgå, och förmedlat att det är föräldrarna som är experter på sina barn. BHV-sköterskan upplever i samtalet med föräldrar till barn med övervikt att föräldrarnas brist på förtroende kan vara en orsak till att de tenderar att bli arga när barnets övervikt förmedlas. BHV-sköterskan kan vid samtalet med föräldrarna uppleva rädsla för att skada deras förtroende genom hon uttrycker sig fel och därmed gör föräldrarna ledsna eller kränkta.

### *Trygg inför samtalet*

BHV-sköterskan erfar vikten av att känna sig trygg inför samtalet med föräldrarna. Trygghet skapas genom att BHV-sköterskan är väl förberedd, genom att i förväg ha läst igenom barnets journal och uppdaterat sig kring var barnet senast befann sig på tillväxtkurvan, och på så sätt känner till barnets situation inför samtalet. Trygghet skapas även genom tillgång till skriftligt material kring kost och motion och BHV-sköterskan upplever sig mer trygg då det skriftliga materialet ger tyngd till hennes muntliga information, och materialet ger henne dessutom något att luta sig mot i samtalet. BHV-sköterskan upplever även att trygghet skapas genom att

hon mentalt förbereder sig på hur föräldrarna som ska komma på besök är, BHV-sköterskan kan då i förväg lägga upp en strategi inför samtalet utefter föräldrarnas egenskaper och förhållningssätt.

*”Jag tittar kanske i vår handbok, där på det här ”Grunda Sunda Vanor”, där står det mycket om vad man ska tänka på, och jag kanske plockar fram någon broschyr, om maten och aktiviteten, det gör mig tryggare”. (1).*

## **Förhållningssätt vid samtal**

De förhållningssätt hos BHV-sköterskan som framkom vid samtal med föräldrar till barn med övervikt bestod i BHV-sköterskans förmåga att vara lyhörd och objektiv.

### *Lyhördhet*

BHV-sköterskan erfar att lyhördhet är av betydelse vid samtal med föräldrar till barn med övervikt då hon med hjälp av sin lyhördhet kan känna av föräldrarnas inställning till fortsatt samtal. Lyhördhet innebär att BHV-sköterskan försöker fråga, undersöka och utforska familjens medvetenhet och mottaglighet gällande barnets övervikt. BHV-sköterskan kan med hjälp av sin lyhördhet läsa av om det i samtalet med föräldrarna finns omedvetenhet, förnekelse, bortförklaringar och motstånd till barnets övervikt, aspekter BHV-sköterskan erfar påverkar samtalats fortsättning. Lyhördhet innebär även att BHV-sköterskan är mottaglig för föräldrars reaktioner och känslor i samtalet, vilka kan utgöras av exempelvis skuld och skam. BHV-sköterskan upplever att det i samtal med föräldrar till barn med övervikt ställs krav på henne att ständigt kunna lyssna in och känna av familjens unika behov, då inget samtal och ingen familj är den andra lik. BHV-sköterskan beskriver också att hon aldrig i förväg vet hur föräldern mår eller var föräldern befinner sig i tanken.

*”... alla samtal är ju inte exakt likadana, inte ett enda, är likadant. Det är olika varje familj som är inne i rummet. Och det är det jag tycker är så viktigt, att det får vara det.*

*Att...jag måste kunna ändra lite på mig för att nå fram...Hade jag kört på bara så hade ju inte många lyssnat...”. (10).*

### **Objektivitet**

Ett objektivt förhållningssätt innebär för BHV-sköterskan att hon inte lägger några personliga värderingar i samtalet eller skuldbelägger föräldrarna för barnets övervikt. BHV-sköterskan beskriver att när det i samband med övervikt samtalas om kost och livsstil uppfattas det lätt av föräldrarna som ett personligt angrepp på familjens levnadsvanor. Vid samtal där föräldrarna själva är överviktiga upplever BHV-sköterskan en ännu större risk att informationen uppfattas som ett personligt angrepp. BHV-sköterskan beskriver att genom att hon är objektiv lägger hon inga värderingar i samtalet, och hon upplever då att hon minskar risken att hon ska uppfattas som dömande. BHV-sköterskan erfar i samtalet med föräldrar till barn med övervikt att om hon utgår från BMI-kurvan främjas objektiviteten då BHV-sköterskan menar att BMI är något som räknas ut automatiskt och att det inte ligger någon personlig värdering från henne i siffran, utan enbart fakta. En BHV-sköterska beskriver det som,

*”...för då blir det på något sätt lättare, för då är det ju inte jag som suttit och hittat på nånting, för då blir det ju lättare, då har man det på svart på vitt, så här är det.” (2).*

### **Tillvägagångssätt vid samtal**

De tillvägagångssätt vid samtal som framkom var att möjliggöra för samtal samt att skapa balans i samtalet. Genom att BHV-sköterskan tillämpar olika samtalsmetoder som MI, motiverande samtal, och empowerment samt försöker avdramatisera och skapa jämvikt balanseras samtalet kring barnets övervikt.

## *Möjliggöra för samtal*

BHV-sköterskan erfar i samtal med föräldrar att de upplever att det är känsligt att prata om barnets övervikt. BHV-sköterskan beskriver därför vikten av att hon kan möjliggöra för samtal med föräldrar till barn med övervikt. Möjlighet till samtal skapas genom att BHV-sköterskan vågar vila i tystnaden som ofta uppkommer i samtalet, och att hon ger föräldrarna möjlighet att själva ta initiativ till att börja samtala utifrån sitt eget perspektiv. BHV-sköterskan upplever att samtal möjliggörs genom att hon lyfter fram föräldrarnas egen berättelse och att hon vågar bekräfta deras eventuella motstånd eller upprörda känslor i samtalet.

*””Jag ser på dig att det här var jobbigt när jag sa det”... att man inte liksom slätar över där ... Mmm, att man liksom också, lite att man väntar där, då kommer det nåt mer från mamma, hon kanske säger att ”ja, jag var jättetjock som barn och jag vill ju inte att han ska bli så som jag var””. (9)*

BHV-sköterskan upplever att det ofta krävs mycket tid för att föräldrarna ska ta till sig informationen om barnets övervikt och bli medvetna om den. Genom att BHV-sköterskan ger föräldrarna tid att begrunda informationen och ger dem möjlighet att fundera och diskutera hemma, upplever BHV-sköterskan att informationen faller mer på plats efterhand. Genom att BHV-sköterskan går långsamt och varsamt fram i samtalet och försöker så ett frö hos föräldrarna, upplever hon att samtal lättare möjliggörs vid nästa tillfälle.

*”...att man sår ett litet frö. Och även om man inte nappar direkt så är det någonting som ligger lite grann och maler, man börjar tänka, kanske funderar över vad är det vi äter ... Men mycket är det väl att det får landa hos familjen”. (7).*

BHV-sköterskan erfar att ytterligare sätt att möjliggöra för samtal är att boka ett uppföljande återbesök. Genom att återbesöket bokas tillsammans med en annan anledning, som till exempel en synkontroll, upplever BHV-sköterskan att det kan vara ett sätt att få familjen att komma tillbaka och prata om övervikten, och risken att de avbokar besöket minskar då anledningen till besöket är en annan.

## *Skapa balans i samtalet*

Ett viktigt tillvägagångssätt för BHV-sköterskan var att skapa balans i samtalet, det vill säga att på olika sätt lyfta föräldrarna och vid behov minska sig själv för att bli mer jämbördiga. Genom empowerment upplever BHV-sköterskan att balans skapas i samtalet. Empowerment innebär för BHV-sköterskan att hon i samtalet med föräldrar till barn med övervikt försöker stärka och bekräfta föräldrarna i deras föräldraskap genom att hon lyfter upp deras kompetens och kunskaper. Vidare beskriver BHV-sköterskan att hon försöker stärka föräldrarna genom att i samtalet försöka minska deras skuld känslor gällande barnets övervikt.

*”Det kan vara som sagt återigen världens minsta minsta lilla grej, men då ska det låta som det var högvinsten på lotto, ”gud vad bra”! ”Åh, vad bra att du valde nåt som du verkligen tror att ni kan lösa!””. (9).*

BHV-sköterskan upplever att MI har en central roll för att balansera samtalet. Genom att BHV-sköterskan upprepar och sammanfattar vad som framkommit i samtalet upplever hon att informationen blir mer konkret för föräldrarna och att de då lättare kan ta till sig vad som sagts. BHV-sköterskans erfarenhet från samtal med föräldrar till barn med övervikt är att öppna frågor och sammanfattningar gör att familjen kan se sin situation utifrån, familjen ges möjlighet att själv finna lösningar och förslag på förändringar. Samtidigt upplever BHV-sköterskan i samtalet med föräldrarna att MI är en svår teknik som kräver erfarenhet och möten med många familjer för att hon ska kunna hantera tekniken. BHV-sköterskan beskriver dessutom att föräldrar kan reagera med irritation på samtalsformen, då BHV-sköterskan upplever att föräldrarna ofta eftersöker konkreta råd utifrån hennes kompetens, och inte är intresserade av att komma med egna lösningar.

BHV-sköterskan erfar att samtalet med föräldrarna är en balansgång, där balansgången innebär att BHV-sköterskan försöker vara ärlig i samtalet kring övervikten utan att kränka föräldrarna, men samtidigt ge så pass slagkraftig information och den gör avtryck hos föräldrarna. För att balansera samtalet erfar BHV-sköterskan vikten av att välja sina ord och kunna cirkulera kring ämnet, och ibland krävs att hon tar ett steg tillbaka och förminskar sig själv i samtalet.



*”Ja, men det är ju att försöka att inte komma med några pekpinningar...de ska känna att jag vill hjälpa dem, inte liksom sitta på mina höga hästar och tro att jag är bättre, eller att jag kan bättre, utan verkligen...ja...de ska ju känna när de går härifrån att de har blivit liksom, fått stöd och så”. (8)*

BHV-sköterskan erfar att ämnet övervikt kan behöva avdramatiseras för att hon ska kunna skapa balans i samtalet och underlätta det. Avdramatiseringen sker genom att BHV-sköterskan använder BMI- och tillväxtkurvorna och förklarar för föräldrarna att kurvorna är verktyg som hjälper till att följa barnets utveckling och hälsa och används på alla barn. Avdramatisering sker också genom att BHV-sköterskan flyttar fokus från barnet till andra aspekter i samtalet, så som visande av skriftligt material och genom att prata i generella termer så att ämnet lyfts till en mer allmängiltig nivå.

*”Jag brukar prata om vad som är vanligt numera, att det är så stora, stort utav allt liksom, läsk och ...godis och så. Liksom prata mer generellt om det, att det kan bli lite tankeväckande. Att prata i generella termer kan vara...man ser att det finns en liten öppning”. (5).*

# Diskussion

## Metoddiskussion

Då studiens syfte var att belysa BHV-sköterskors erfarenheter av samtal med föräldrar till barn med övervikt användes kvalitativ metod. Kvalitativ metod används när studien syftar till att få en ökad förståelse för människors upplevelser och erfarenheter (Parahoo, 2006).

För att forskningsresultatet ska vara trovärdigt bör det utvärderas i förhållande till studiens tillvägagångssätt, där giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet är begrepp som bör diskuteras (Graneheim & Lundman, 2004). Urvalsförfarandet beskrivs enligt författarna tydligt i studiens metod och därmed stärks studiens giltighet då läsaren kan följa urvalsprocessen, eftersom giltighet är beroende av hur väl urvalsförfarandet beskrivits (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). I studien tillämpades ett icke-slumpmässigt strategiskt urval, något som bidrog till att informanter med erfarenhet av det som avsågs att studera erhöles, vilket anses stärka studiens giltighet. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) berör giltighet hur sanna studiens resultat är, och hur väl studiens resultat svarar mot syftet. Giltighet uppnås i studien genom att de meningsbärande enheterna valts ut efter syftet, att all data kopplat till studiens syfte går att återfinna under någon kategori och då innehållet under varje underkategori svarar tillbaka mot studiens syfte. Giltigheten stärks dessutom genom att framtaget resultat med kategorier och underkategorier presenteras tydligt för läsaren i tabellform (tabell 4). Genom att citat från i princip samtliga informanter förekommer i resultatet stärks studiens giltighet.

Studiens tillförlitlighet stärks enligt Graneheim och Lundman (2004) av en tydligt beskriven analysprocess vilket ses i studiens metodavsnitt tillsammans med en tydliggörande tabell (tabell 3) som beskriver analysprocessen. Tillförlitligheten i studien stärks dessutom av att analysprocessen utfördes av båda författarna först var och en för sig och sedan tillsammans (Graneheim och Lundman, 2004). Genom att första intervjun även analyserades av författarnas handledare stärks tillförlitligheten ytterligare genom att resultatets rimlighet bedömts av en utomstående (ibid.). Under analysen diskuterade författarna sinsemellan när meningsbärande enheter identifierades och koder skapades. Perspektivet växlade hela tiden

mellan delar och helheten. Kategorier och underkategorier kunde skapas, vilka kom att justeras under processens gång, för att alla koder skulle kunna sorteras in under enbart en kategori och inga koder skulle falla mellan någon kategori. Som exempel sammanfördes de tre underkategorierna ”samtalsmetodik”, ”skapa jämvikt” och ”avdramatisering” till underkategorin ”skapa balans i samtalet”. Graneheim och Lundman (2004) menar att dialogen är väsentlig för att kunna reflektera över olika tolkningsmöjligheter och nivåer av abstraktion. Dialogen medför stringenta kategoribenämningar och koder, vilket stärker tillförlitligheten. Resultatet hade möjligen kunnat se annorlunda ut med avseende på kategorier och underkategorier om författarna haft större erfarenhet av analysmetoden, då erfarenheten eventuellt medfört bättre förmåga att kondensera och benämna koder. Vidare menar Graneheim och Lundman (2014) att det kan vara svårt att konstruera helt uteslutande kategorier då människors upplevelse och erfarenheter kan vara nära besläktade med varandra och därmed passa i två eller flera kategorier.

Studiens överförbarhet berör hur stor del av resultatet som kan överföras till liknande sammanhang eller grupper, vilket är upp till läsaren att avgöra utifrån hur väl studiens metod beskrivits med avseende på urval av deltagare, datainsamling och dataanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Bedömning av överförbarheten underlättas för läsaren genom att författarna i studien beskrivit studiens kontext, urvalets karaktäristika och noggrant beskrivit datainsamling och dataanalysen. Vidare underlättas bedömningen av överförbarheten genom tydliga och lämpliga citat, vilket redovisas i resultatet.

I studien ingick 10 informanter. Möjligen hade ett högre antal kunnat ge en ökad variation i resultatet, men samtidigt upplevdes det efterhand att informanterna delgav liknande information gällande deras erfarenhet av ämnet. Informanterna i studien hade varierande längd av arbetslivserfarenhet och var i olika åldrar, vilket författarna upplevde gav bredd i materialet. Graneheim och Lundman (2004) menar att informanter med olika kön, erfarenheter och åldrar bidrar till att belysa forskningsfrågan ur olika synvinklar. Möjligen hade resultatet kunnat se annorlunda ut om informanterna även utgjorts av män. Även informanternas upptagningsområde kan ha haft betydelse för resultatet, då de arbetade inom områden med olika socioekonomisk status, vilket bidrog till variation i erfarenhet av ämnet, vilket kan ses som en styrka i studien.

Två av studiens informanter ingick i ett projekt som arbetade aktivt med att främja goda levnadsvanor bland barn och föräldrar på BVC. BHV-sköterskorna hade fått utbildning och handledning i samtalsmetodik och använde sig av en standardiserad samtalsmodell, med möjlighet till individuell anpassning. Diskussion fördes mellan författarna sinsemellan samt med författarnas handledare huruvida informanterna kunde inkluderas i studien med avseende på deras deltagande i projektet. Beslut togs om att inkludera informanterna då deras erfarenhet av kommunikation med föräldrar stod i fokus, och inte innehållet i det som kommunicerades till föräldrarna. Genom att inkludera informanterna belystes problemet ur ett bredare perspektiv då informanternas utbildning och erfarenhet av att kommunicera med föräldrar till barn med övervikt bidrog med ytterligare information till studien.

Intervjusituationen kan ha påverkats av ett flertal faktorer vilka kan ha varit av betydelse för resultatet. Genom att informanterna fick välja tid och plats för intervju, vilket rekommenderas enligt Trost (2010), ökar möjligheten till att informanterna känner sig trygga och bekväma med situationen. Genom att informanterna fick välja plats kunde intervjuerna genomföras i lugn och ro utan störmoment eller avbrott. Intervjuerna spelades in ljudmässigt på smartphone, vilket kan ha både för- och nackdelar. Trost (2014) menar att ljudinspelning möjliggör att kunna koncentrera sig på att lyssna och ställa frågor. Genom att författarna i efterhand lyssnade på intervjuerna och hur frågorna ställdes kunde intervjutekniken analyseras och förbättras. Samtidigt menar Trost (2014) att ljudinspelning kan medföra att informanterna känner sig obekväma och hämmade. Författarna upplevde att vissa informanter kände sig obekväma i början av intervjun men snabbt verkade glömma bort inspelningen. Författarna var nya i intervjusituationen vilket kan ha påverkat intervjutekniken. Bristen på erfarenhet kan t.ex. ha bidragit till att författarna missat att följa upp viktig information eller att inte vågat vila i tystnaden. Vissa ledande frågor ställdes, vilket författarna blev medvetna om efterhand. Kvale och Brinkmann (2014) menar att ledande frågor kan vara av godo i den kvalitativa intervjun, då de kan stärka intervjuns tillförlitlighet genom att informantens svar vidimeras. Samtliga intervjuer utom en genomfördes av båda författarna. Trost (2014) menar att genom att vara två som genomför intervjun kan informanten känna sig trängd. Författarna försökte medvetet förebygga risken av att informanten skulle känna sig i underläge genom att tänka på placeringen av sig själva och informanten för att undvika ”två mot en-situation”. Samtidigt ansågs det av författarna vara en styrka i att vara två, då de kunde förlita sig på varandra i växelprocess som successivt utvecklades längs intervjuernas gång, vilket även

stärks av Trost (2014). Genom att pilotintervjun diskuterades och analyserades med handledaren bekräftades författarna i sin intervjuteknik, vilket fick författarna att känna sig säkrare i fortsatta intervjusituationer.

Inläsning av artiklar till bakgrunden medförde att författarna hade kännedom om de hinder och strategier BHV-sköterskan upplever och använder sig av i kommunikationen med föräldrarna. Det är emellertid rimligt att anta att med den begränsade förförståelsen bör inte datainsamling eller dataanalys ha påverkats.

## **Resultatdiskussion**

I föreliggande studie framkom det bland BHV-sköterskors erfarenheter av att samtala med föräldrar till barn med övervikt tre huvudfynd som var av betydelse för samtalet, där de mellanmännsliga aspekterna relation och förtroende var av vikt, tillsammans med BHV-sköterskans förmåga till lyhördhet och att skapa balans i samtalet, med hjälp av bl.a. MI och empowerment.

De mellanmännsliga aspekterna relation och förtroende var två viktiga begrepp som framkom i resultatet. Studiens resultat visar att de mellanmännsliga aspekterna är nära sammankopplade, relationen är beroende av förtroende och båda gynnas av tid och underlättar för BHV-sköterskan i samtalet med föräldrar till barn med övervikt. Det fanns en rädsla bland BHV-sköterskorna att skada förtroendet, vilket även bekräftas i en tidigare studie, där sjuksköterskorna framhöll vikten av att värna om och säkerställa förtroendet och relationen med föräldrarna (Isma et al., 2012). Förtroende och relation ter sig således som viktiga aspekter i samtalet med föräldrarna och i omvårdnaden, där även Travelbee (2010) menar att de mellanmännsliga aspekterna kan ses som en förutsättning för omvårdnadsprocessen och utgöra målet för omvårdnaden. Travelbee (2010) menar att den mellanmännsliga relationen utgörs av en process, vilket kan ses i studien då BHV-sköterskan menar att den goda relationen skapas över tid genom att följa familjen. Fossum (2014) menar att sjuksköterskan genom det personcentrerade förhållningssättet möjliggör för patienten att kunna uttrycka sina känslor och tankar. Om BHV-sköterskan med hjälp av en god relation och ett gott förtroende givit föräldrarna möjlighet att öppna upp sig i samtalet blir det troligtvis enklare för BHV-

sköterskan att föra ett samtal med föräldrarna. Författarna antar att om föräldrarna saknar förtroende för BHV-sköterskan kommer förmodligen inte en god relation kunna skapas, något som eventuellt kan försvåra möjligheterna för BHV-sköterskan att genom samtalet hjälpa föräldrarna i deras situation. Tanken är förenlig med Travelbees (2010) relationsprocess, i det tidiga skede av processen, då relationen ännu inte är etablerad, förekommer stereotypa uppfattningar. Enligt Travelbee måste BHV-sköterskan ta sig förbi nämnda fas för att kunna utveckla relationen och för att hon ska kunna se den unika individen, föräldern.

En viktig aspekt som framkom i resultatet var BHV-sköterskans förmåga till lyhördhet i samtalet, då varje möte, individ och situation är unik enligt BHV-sköterskan. Genom förmågan att känna av den enskilde förälderns inställning manövrerar BHV-sköterskan det fortsatta samtalet med föräldern, utifrån förälderns grad av medvetenhet, mottaglighet, öppenhet och delaktighet. Aspekten är förenlig med Travelbees (2010) syn på kommunikationsprocessen, en process som är komplicerad och ställer krav på sjuksköterskans förmåga till just lyhördhet och timing för att kunna känna av och hantera olika situationer. BHV-sköterskans lyhördhet är enligt Travelbee (2010) väsentlig för att kunna förstå hur patienten upplever sin situation, vilket BHV-sköterskan gör när hon genom lyhördheten anpassar sig efter föräldrarnas medvetenhet och mottaglighet. Isma et al. (2012) illustrerar nämnda förmågor genom att beskriva hur BHV-sköterskan vid stort motstånd hos föräldern väljer att backa eller lägga ned samtalet. På så sätt arbetar BHV-sköterskan personcentrerat, då det är den unika förälderns behov och preferenser som står i fokus (Fossum, 2014). Författarna menar att BHV-sköterskan genom att t.ex. backa eller lägga ned samtalet respekterar och anpassar sig till föräldrarnas känslor med hjälp av sin lyhördhet, och i enlighet med den sista fasen i Travelbees (2010) relationsprocess ser BHV-sköterskan då den unika förälderns behov.

En annan aspekt som framkom i resultatet var BHV-sköterskans försök till att skapa balans i samtalet, genom att lyfta föräldrarnas resurser och vid behov förminska sig själv, samt balansera samtalet med att vara ärlig på ett icke-dömande sätt. BHV-sköterskan kan på så sätt ses arbeta målinriktat i samtalet för att kunna hjälpa familjen, vilket är målet för omvårdnaden (Travelbee, 2010). När BHV-sköterskan lyfter och ser till föräldrarnas resurser för att balansera samtalet blir det personcentrerade synsättet aktuellt, föräldrarnas behov och styrkor stöds (Fossum, 2014). BHV-sköterskorna framhöll även vikten av att välja sina ord för att

balansera samtalet. Liknande resultat visar Gerards et al. (2012) och Isma et al. (2012), då BHV-sköterskorna i deras studier genom finkänslighet försökte undvika att förolämpa eller kritisera föräldrarna. BHV-sköterskorna i studien framhöll även vikten av att vara diplomatisk och välja sina ord med omsorg (Isma et al., 2012). Genom att välja sina ord och undvika att förolämpa föräldrarna bevarar BHV-sköterskans föräldrars värdighet. Att inte bli förolämpad eller kränkt står i relation till det etiska begreppet personlig integritet, där den psykiska integriteten innebär individens värderingar, föreställningar och önskningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). BHV-sköterskan ses värna om individens integritet och arbeta etiskt då hon väljer sina ord och respekterar föräldrarnas förhållningssätt. Travelbee (2010) motsätter sig begreppen ”sjuksköterska” och ”patient” och framhåller istället begreppet individ, vilket möjligen kan tolkas som ett försök till att minska de hierarkiska skillnaderna mellan sjuksköterska och patient, och göra dem till mer jämbördiga individer, ett sätt att skapa balans. Ur ett etiskt perspektiv med de mänskliga rättigheterna som grund har BHV-sköterskan och föräldern lika värde, samtidigt som det förekommer en asymmetrisk vårdrelation då föräldern står i en form av beroendeställning (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Genom BHV-sköterskans personcentrerade förhållningssätt och genom empowerment stärker BHV-sköterskan föräldern som lyfts upp till en mer jämbördig nivå, balans skapas i samtalet.

I resultatet framkom att samtalsmetoder som MI och empowerment utgör centrala komponenter för att skapa balans i samtalet. Metoderna tillämpas av BHV-sköterskan genom att hon försöker vara stärkande, lyfta föräldrarnas kompetens och stärka dem genom att i samtalet anlägga en positiv ton och fokusera på det föräldrarna gjort bra. Betydelsen av MI som samtalsmetod framhålls av Söderlund, Nordqvist, Angbratt och Nilsen (2009), som menar att MI är att föredra över andra metoder vid känsliga samtalsämnen, så som övervikt. Vidare menar Söderlund, Malmsten, Bendtsen och Nilsen (2010) att MI är att föredra framför traditionell rådgivning då MI ger upphov till ökad motivation och förändringsbenägenhet bland föräldrar. Travelbee (2010) påvisar vikten av att sjuksköterskan har kunskap om olika samtalsstrategier och har förmågan att tillämpa dem. När föräldern i relationsprocessen kunnat visa sin personlighet och BHV-sköterskan uppfattar den, ses BHV-sköterskan, i enlighet med Travelbee (2010), med hjälp av olika samtalsmetodiker anpassa sig efter den unika föräldrarnas behov och förmåga. MI upplevs av författarna vara en samtalsteknik som kräver övning och kontinuerlig användning för att som BHV-sköterska bemästra tekniken och

kunna hantera och balansera samtalet. Författarna ser MI och empowerment ha nära koppling till det personcentrerade synsättet, då fokus ligger på att bekräfta individen, stödja individens delaktighet och stödja behov och styrkor. Travelbee (2010) menar att avsaknad av ett personcentrerat perspektiv utgör hinder för samtal. Finns det ingen förståelse mellan BHV-sköterskan och föräldern finns ingen nära ömsesidig kontakt, den sista fasen i byggandet av den mellanmänniska relationen har inte uppnåtts, samtalet dem emellan försvåras möjligen. Det personcentrerade synsättet ses utgöra en del av både MI och empowerment, om BHV-sköterskan inte har den unika föräldrarnas behov och förutsättningar i fokus, ses svårigheter att upprätta och balansera ett fungerande samtal.

Hälso- och sjukvårdens direkta kostnader för övervikt och fetma beräknas uppgå till en till tre miljarder kronor (SBU, 2002). Utöver direkta kostnader finns kostnader för indirekta faktorer relaterade till övervikten, vilka är svåra att beräkna, såsom sjukfrånvaro, förtidspension och produktionsbortfall. Övervikt ses som en livsstilssjukdom, där följsjukdomar som diabetes, högt blodtryck, stroke och hjärtinfarkt i förlängningen påverkas sjukvårdens resursbehov (Persson, Svensson & Ödegaard, 2005). Genom att på ett tidigt stadium förebygga och behandla övervikt kan förhoppningsvis kostnaderna och resursbehovet minska. Att förebygga och minska övervikt kan också ses utifrån ett etiskt perspektiv. Sjuksköterskan ska enligt International Councils of Nurses, ICN, (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Med samtalet som redskap arbetar BHV-sköterskan hälsofrämjande, vilket i förlängningen gör att sjukdom förhoppningsvis kan förebyggas, både i ett kort- och ett långsiktigt perspektiv. Barn med övervikt drabbas ofta av fysiska, psykiska och sociala besvär (SBU, 2002), och genom samtal kring prevention och behandling av övervikt blir främjande och återställande av hälsa viktiga etiska aspekter att beakta. Barnets föräldrar kan uppleva skuld och skam, något som kan ses som en form av lidande, där BHV-sköterskan med samtalet som verktyg besitter en förmåga att lindra nämnda lidande.



## Konklusion och implikationer

Barnhälsovården har som mål att främja barns hälsa och BHV-sköterskan ansvarar för att förmedla information och kunskap om överviktens konsekvenser till föräldrar vars barn har övervikt. Samtal med föräldrar till barn med övervikt ställer krav på BHV-sköterskan, där hennes utgångspunkter, förhållningssätt och tillvägagångssätt är av betydelse för samtalets utfall. Till grund för samtal ligger mellanmänskliga aspekter, som förtroende och en god relation mellan BHV-sköterskan och föräldrarna. Lyhördhet är betydelsefullt i samtalet då BHV-sköterskan med hjälp av den känner av situationen med avseende på föräldrars inställning och medvetenhet kring övervikten. Vidare ses BHV-sköterskans förmåga att skapa balans i samtalet, genom till exempel empowerment och MI, vara av vikt. Föreliggande studie bekräftar tidigare studier, vilka framkommer i studiens bakgrund, men visar på lyhördhetens betydelse i högre grad. BHV-sköterskans förmåga att skapa ett välfungerande samtal, utifrån den individuella familjens förutsättningar, blir av vikt för att kunna främja barnets hälsa och förebygga sjukdom.

Framtida studier kan utgöras av att undersöka föräldrars upplevelse av samtalet kring barnets övervikt, hur önskar de bli bemötta av BHV-sköterskan i samtalet gällande barnets övervikt? Genom att belysa föräldrars synsätt hade betydelsefull information kommit BHV-sköterskan till gagn för att utveckla och förbättra samtalet kring barnets övervikt.

## Referenser

- Angbratt, M., Ekberg, J., Walter, L., & Timpka, T. (2011). Prediction of obesity from infancy to adolescence. *Acta Paediatrica*, 100(9), 1249-1252. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02326.x
- Baggens, C. (2002). *Barn och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. Motala: Kanaltryckeriet.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *The British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243. doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240
- Danielson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination*. (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination*. (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2005). *Distriktssköterskan – en nyckelperson i hälso- och sjukvården*. [Broschyr]. Bromma: Satsa Samhällsinformation. Från <http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1>
- 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning* (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Flower, K.B., Perrin, E.M., Viadro, C.I., & Ammerman, A.S. (2007). Using Body Mass Index to Identify Overweight Children: Barriers and Facilitators in Primary Care. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 38-44. doi: 10.1016/j.ambp.2006.09.008
- Fossum, B. (2014). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården* (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Fridh, M., Modén, B., Lindström, M., Grahn, M., Lindeberg, S., Berglund, M.,...Rosvall, M. (2014). *Folkhälsorapport Barn och Föräldrar i Skåne 2014: En undersökning om barn och föräldrars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. Malmö: Elanders Tryckeri. Från <http://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/folkhalsorapporter/folkhalsorapport-barn-och-foraldrar-i-skane/>
- Gerards, S., Dagnelie, C., Jansen, M., De Vries, N., & Kremers, S. (2012). Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Family Practice*, 13(1), 37-46. doi:10.1186/1471-2296-13-37

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. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Isma, G., Bramhagen AC., Ahlström, G., Östman, M., & Dykes, AK. (2012). Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(1). doi: 10.1186/1471-2296-13-57.

Kjellström, S. (2014). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination*. (s. 69-93). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl). Lund: Studentlitteratur AB.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M.Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

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. doi: 0.1177/1367493507082757.

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. doi: 10.3945/ajcn.2010.29786

Parahoo, K. (2006). *Nursing Research – Principles, Process and Issues* (2<sup>nd</sup> edt). New York: Palgrave Macmillan.

Persson, U., Svensson, M., & Ödegaard, K. (2005). *Kostnadsutvecklingen i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarios*. Stockholm: Landstingsförbundet. Från: [http://www.nll.se/upload/IB/lg/sekr/fh/rapp/Kostnadsutveckling\\_for\\_overvikt.pdf](http://www.nll.se/upload/IB/lg/sekr/fh/rapp/Kostnadsutveckling_for_overvikt.pdf)

Priebe, G., & Landström, C. (2014). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori.. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination*. (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.

Regber, S., Mårild, S., & Hanse Johansson, J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 12(1), 27. doi:10.1186/1472-6955-12-27

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 9 september, 2015, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 26 november, 2014, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)

Sjöberg, A., Moraeus, L., Yngve, A., Al-Ansari, U., & Lissner, L. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban–rural gradient in Sweden. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), 305-314. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00838.x.

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Falun: Edita Brobergs. Hämtad 26 november, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-5>

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. (2002). *Fetma – problem och åtgärder*. Stockholm: SBU. Från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Fetma---problem-och-atgarder/>

Stockholms läns landsting, SLL. (2010). *Handlingsprogram övervikt och fetma*. Stockholm: Alloffset. Från <http://www.folkhalsoguiden.se/Informationsmaterial.aspx?id=1129>

Story, MT., Neumark-Stzainer, DR., Sherwood, NE., Holt, K., Sofka, D., Trowbridge, FL., & Barlow., SE. (2002). Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills and Training Needs Among Health Care Professionals. *Pediatrics*, 110(1), 210-214. Från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12093997>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Stockholm: Åtta45 Tryckeri AB. Från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Stockholm: Åtta45 Tryckeri AB. Från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/>

Söderlund, LL., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3), 442-449. doi: 10.1093/her/cyn039

Söderlund, LL., Malmsten, J., Bendtsen, P., & Nilsen, P. (2010). Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish Health Care. *Health Education Research*, 69(4), 390-400. doi: 10.1177/0017896910373136

Travelbee, J. (2010). *Mellenmenneskelige aspekter i sygepleje*. 2:a uppl. Köpenhamn: Munksgaard.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Turner, K., Salisbury, C., & Shield, J. (2011). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Family Practice*, 29(4), 476-481. doi:10.1093/fampra/cmr111

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Bromma: CM-Gruppen AB. Från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Winjhoven, TM., van Raaij, JM., Spinelli, A., Rito, AI., Hovengen, R., Kunesova., M, ... Breda, J. (2013). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight,

height and body mass index in 6-9-year-old children. *Pediatric Obesity*, 8(2), 79-97. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00090.x.

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 6 januari, 2015, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>



## LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

*Till verksamhetschef för vårdcentral*

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ” BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt”.

Studiens syfte är att belysa BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt. Då kommunikation utgör en viktig del i det preventiva arbetet med övervikt är det eftersträvansvärt att BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt belyses. Obehandlad övervikt bland barn är stigmatiserande och kan leda till fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, även in i vuxen ålder, vilket stärker vikten av det preventiva arbetet. Studier inom ämnet är få till antalet, och genom att belysa BHV-sköterskors erfarenheter kan resultaten förhoppningsvis tillämpas i och underlätta arbetet med föräldrar till barn med övervikt inom BHV.

Studien har för avsikt att genom ett strategiskt urval intervjua 15 BHV-sköterskor, dvs. både distriktssköterskor och barnsjuksköterskor, som har minst två års erfarenhet av arbete inom BHV och har kommunicerat med föräldrar till barn med övervikt. Intervjun kommer att spelas in med deltagarnas tillåtelse och beräknas att ta ca 45 min. Intervjuerna kommer att utgå från en intervjuguide, vg se bilaga till projektplanen. Intervjuerna kommer därefter transkriberas och analyseras för att belysa de intervjuades egna upplevelser.

Genom informerat samtycke blir deltagandet frivilligt och informanten kan när som helst avbryta deltagandet utan att behöva uppge någon orsak. Informanternas konfidentialitet garanteras genom att insamlat material kommer att få ett kodnummer, hållas inlåst och förstöras efter att uppsatsen är examinerad. Kodnyckeln kommer att förvaras åtskild från utskrivet material.

Vi ber om att få hjälp av verksamhetens enhetschef/teamchef eller motsvarande, att välja ut undersökningsspersoner enligt ovan angivna urvalskriterier och en skriftlig förfrågan till enhetschefen om hjälp att få kontakt med undersökningsspersoner bifogas detta brev. Vi är tacksamma för hjälp med vidarebefordran av brevet.

Projektplanen är granskad av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) och har deras godkännande för genomförande. Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska.

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

Med vänlig hälsning

Cecilia Frank  
Leg. sjuksköterska, student  
0703-342757  
cecilia.frank.207@  
student.lu.se

Madeleine Sellberg  
Leg. sjuksköterska, student  
0739-564091  
madeleine.sellberg.210@  
student.lu.se

Lisbeth Jönsson  
Universitetsadjunkt/  
Dr med vet,  
Leg barnsjuksköterska  
046-222 19 70  
lisbeth.jonsson@med.lu.se

### Bilagor

1. Samtyckesblankett
2. Projektplan
3. Brev till enhetschef

## Blankett för medgivande av verksamhetschef

”BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt”.

Er anhållan

- Medgives
- Medgives ej

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande och titel

\_\_\_\_\_  
Verksamhetsområde



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

*Till enhetschef*

## Bilaga 2 (4)

Informationsbrev 2015-11-05

”BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt”.

Du tillfrågas om hjälp att få kontakt med informanter för deltagande i ovanstående studie.

Studiens syfte är att belysa BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt. Då kommunikation utgör en viktig del i det preventiva arbetet med övervikt är det eftersträvänsvärt att BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt belyses. Obehandlad övervikt bland barn är stigmatiserande och kan leda till fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, även in i vuxen ålder, vilket stärker vikten av det preventiva arbetet. Studier inom ämnet är få till antalet, och genom att belysa BHV-sköterskors erfarenheter kan resultaten förhoppningsvis tillämpas i och underlätta arbetet med föräldrar till barn med övervikt inom BHV.

Studien har för avsikt att genom ett strategiskt urval intervjua 15 BHV-sköterskor, d.v.s. både distriktssköterskor och barnsjuksköterskor, som har minst två års erfarenhet av arbete inom BHV och har kommunicerat med föräldrar till barn med övervikt. Intervjun kommer att spelas in med deltagarna tillåtelse och beräknas att ta ca 45 min. Intervjuerna kommer att utgå från en intervjuguide, vg se bilaga till projektplanen. Intervjuerna kommer därefter transkriberas och analyseras för att belysa de intervjuades egna upplevelser.

Vi vill be Dig om hjälp att välja ut informanter enligt våra ovan angivna urvalskriterier. Dessutom vill vi be Dig om hjälp med att lämna bifogat brev till dem du valt ut med information om studien samt en förfrågan om de vill delta i studien eller inte. I brevet bifogas dessutom svarstalong och ett svarskuvert adresserat till oss.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Informanternas konfidentialitet garanteras, insamlat material kommer att hållas inlåst och förstöras efter att uppsatsen examinerats, och kodnyckeln kommer att förvaras åtskild från materialet.

Projektplanen är granskad av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) och har deras godkännande för genomförande. Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska.

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

Med vänlig hälsning

Cecilia Frank  
Leg. sjuksköterska, student  
0703-342757  
cecilia.frank.207@  
student.lu.se

Madeleine Sellberg  
Leg. sjuksköterska, student  
0739-564091  
madeleine.sellberg.210@  
student.lu.se

Lisbeth Jönsson  
Universitetsadjunkt/  
Dr med vet,  
Leg barnsjuksköterska  
046-222 19 70  
lisbeth.jonsson@med.lu.se

Bilagor

**1. Brev till informanter med samtyckesblankett**





**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

2015-11-05

*Information till undersökningsperson*

### ”BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt”.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Studiens syfte är att belysa BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt. Då kommunikation utgör en viktig del i det preventiva arbetet med övervikt är det eftersträvarsvärt att BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt belyses. Obehandlad övervikt bland barn är stigmatiserande och kan leda till fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, även in i vuxen ålder, vilket stärker vikten av det preventiva arbetet. Studier inom ämnet är få till antalet, och genom att belysa BHV-sköterskors erfarenheter kan resultaten förhoppningsvis tillämpas i och underlätta arbetet med föräldrar till barn med övervikt inom BHV.

Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter och genomförs av Cecilia Frank och Madeleine Sellberg. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår tid och 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 förstörs materialet efter uppsatsens examination. Kodnyckeln kommer att förvaras åtskild från materialet.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak. 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 en vecka.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska.

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

Med vänlig hälsning

Cecilia Frank  
Leg. sjuksköterska, student  
0703-342757  
cecilia.frank.207@  
student.lu.se

Madeleine Sellberg  
Leg. sjuksköterska, student  
0739-564091  
madeleine.sellberg.210@  
student.lu.se

Lisbeth Jönsson  
Universitetsadjunkt/  
Dr med vet,  
Leg barnsjuksköterska  
046-222 19 70  
lisbeth.jonsson@med.lu.se

## Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”BHV-sköterskors erfarenheter av kommunikation med föräldrar till barn med övervikt”.

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*

*Underskrift av student*

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Ort, datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### Intervjuguide

#### Bakgrundsfrågor

- Vilken utbildning har du?
- Hur gammal är du?
- Hur länge har du arbetat inom yrket?
- Hur länge har du arbetat inom BHV?
- Hur många barn har du inom ditt upptagningsområde?

#### Övergripande fråga

- Kan du beskriva dina erfarenheter av att samtala med föräldrar kring deras barns övervikt?

#### Följdfrågor

- Kan du beskriva hur du förbereder dig inför ett samtal kring övervikt med föräldrar till barn med övervikt?
- Kan du beskriva hur du går tillväga när du belyser att barnet har övervikt i samtalet med föräldrar?

#### Förtydligande frågor

- Hur menar du?
- Kan du utveckla det lite?
- Något du vill tillägga?