

# BVC-sjuksköterskors reflektioner kring sitt arbete med övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 5 år inom primärvården.

Jenny Brungs & Anna Granevåg

2017

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska  
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp  
Handledare: Annakarin Olsson  
Examinator: Ann-Sofi Östlund

---



# Sammanfattning

**Bakgrund:** Fyrtioen miljoner barn runt om i världen under 5 års ålder lider idag av övervikt eller fetma. Detta ställer högre krav på BVC-sjuksköterskans arbete med prevention av övervikt och fetma.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva BVC-sjuksköterskors reflektioner kring sitt arbete med övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 5 år inom primärvården.

**Metod:** En kvalitativ ansats med en deskriptiv design har använts i denna studie.

Datainsamlingen har skett via semistrukturerade intervjuer med nio kvinnliga BVC-sjuksköterskor som hade erfarenhet av fetma och övervikt hos barn mellan 2 och 5 år.

Materialet analyserades med hjälp av manifest och latent innehållsanalys.

**Huvudresultat:** I analysprocessen framkom ett tema och fyra kategorier. Temat var *Att inte skuldbelägga föräldrarna och skapa förutsättningar för livsstilsförändringar för hela familjen*. De fyra kategorierna som framkom var: *Förutsättningar i BVC-sjuksköterskans arbete*, *Ett familjefokuserat arbetssätt*, *BVC-sjuksköterskans förebyggande arbete* samt *Hinder och utmaningar i BVC-sjuksköterskans arbete*.

De BVC-sjuksköterskor som deltog beskrev önskan av att inte skuldbelägga föräldrarna och hur de försökte skapa förutsättningar för en livsstilsförändring för att kunna passa hela familjen. Ibland hade dock BVC-sjuksköterskorna svårt att utföra detta arbetet på grund av olika hinder. BVC-sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna var det största hindret i arbetet med livsstilsförändringar hos familjen.

**Slutsats:** BVC-sjuksköterskor behöver mer tid och kunskap inom området barnfetma, för att lättare kunna hjälpa föräldrarna så att familjen kan uppnå en livsstilsförändring, som i slutändan hjälper barnet att uppnå en hälsosammare kroppsvikt.

Nyckelord: Barnvårdscentral, Sjuksköterska, Primärvård, Övervikt, Fetma, Barn

# Abstract

**Background:** Forty one million children around the world under the age of 5 are currently overweight or obese. This requires higher demands on the CHC Nurse's work in preventing overweight and obesity at the child health care centers.

**Aim:** The aim of this study was to describe the CHC Nurses reflections on their work with overweight and obese children between the age of 2 to 5 in primary care.

**Method:** A qualitative descriptive design has been used in this study. Data collection has been done through semi-structured interviews with nine female CHC nurses who had experience of working with obese and overweight children between the ages 2 to 5. The material was analyzed using qualitative content analysis.

**Main result:** In the analysis process one theme and four categories emerged. The theme that emerged was *Not to blame the parents and create conditions for lifestyle changes for the whole family*. The four categories identified were *Requirements in the CHC Nursing Work*, *A Family Focused Approach*, *The CHC Nurses Prevention Work* and *Obstacle and Challenges in the CHC Nursing Work*. The CHC nurses who participated described the desire not to blame the parents and how they tried to create the conditions for a lifestyle change to fit the whole family. Sometimes, however, the CHC nurses had difficulty performing this work because of various obstacles. The CHC nurses perceived that the parents were the biggest obstacle in the work with lifestyle changes in the family.

**Conclusion:** CHC nurses need more time and knowledge in the field of childhood obesity, in order to more easily help the parents in achieving a life style change for their family and thereby helping the child to achieve a healthier body weight.

Keywords: Child Welfare Center, Nurse, Primary Health Care, Overweight, Obesity, Children

# Innehållsförteckning

1. Introduktion .....	1
1.1 Begreppsförklaring .....	1
1.2 Definition av övervikt och fetma .....	1
1.3 Övervikt och fetma hos barn .....	2
1.4 Preventionsarbetet kring barnfetma .....	2
1.5 Tidigare forskning .....	3
1.6 BVC-sjuksköterskans roll .....	4
1.7 Teoretisk referensram.....	4
1.8 Problemformulering .....	4
1.9 Syfte .....	5
2. Metod .....	5
2.1 Design.....	5
2.2 Urvalsmetod & Undersökningsgrupp.....	5
2.3 Datainsamlingsmetod .....	6
2.4 Tillvägagångssätt.....	7
2.5 Dataanalys .....	7
2.6 Forskningsetiska överväganden .....	8
3. Resultat.....	9
3.1 Att inte skuldbelägga föräldrarna och skapa förutsättningar för livsstilsförändringar för familjen.....	10
3.1 Förutsättningar i BVC-sjuksköterskans arbete.....	11
3.1.1 Verktyg i BVC-sjuksköterskans arbete .....	11
3.1.2 Samverkan med olika instanser inom vård och omsorg.....	11
3.1.3 Riktlinjer, kunskap och utbildning .....	12
3.2 Ett familjefokuserat arbetssätt .....	12
3.2.1 Familjens levnadsvanor .....	13
3.2.2 BVC-sjuksköterskan ser till barnets perspektiv.....	13
3.2.3 BVC-sjuksköterskan ser till föräldrarnas perspektiv .....	14
3.2.4 Stimulera till livsstilsförändringar .....	14
3.3 BVC-sjuksköterskans förebyggande arbete .....	15
3.3.1 Kostinformation.....	15
3.3.2 Samtal om hälsosam livsstil och konsekvenser av övervikt och fetma för barnet.....	16
3.4 Hinder och utmaningar i BVC-sjuksköterskans arbete .....	17
3.4.1 Känsloaddat område .....	17
3.4.2 Kulturella aspekter .....	17
3.4.3 Moderna levnadsvanor.....	18
3.4.4 Ekonomiska aspekter.....	18
4. Diskussion .....	19

4.1 Huvudresultat .....	19
4.2 Resultatdiskussion.....	19
4.3 Metoddiskussion.....	24
5. Kliniska implikationer.....	26
6. Förslag på fortsatt forskning .....	27
7. Slutsats .....	27
8. Referenser.....	28

# 1. Introduktion

## 1.1 Begreppsförklaring

**BVC Sjuksköterska:** Barnavårdscentralssjuksköterska. En sjuksköterska som jobbar på en barnavårdscentral och arbetar med barn mellan 0–5 år och har en specialistsjuksköterskeexamen inom distrikt eller barn (Rikshandboken 2015).

**Tillväxtkurva:** Tillväxtkurvan är någonting BVC-sjuksköterskorna följer upp tills dess att barnet har fyllt 5 år. I tillväxtkurvan ingår mått på längd, vikt och huvudomfång.

Tillväxtkurva hos barnet jämförs med den internationella tillväxtkurvan. Den internationella tillväxtkurvan är gjord genom att ha sammanställt tusentals friska barns mätvärden av längd, vikt och huvudomfång under uppväxten. Sammanställningen av data visas i form av linjer på ett dataprogram. Den tjockaste linjen kallas för normalkurvan där hälften av barnen representeras och sedan finns det flera svagare linjer som en mindre andel barn representerar (Rikshandboken 2015).

**BMI:** Body mass Index. BMI är förhållandet mellan vikt och längd och används för att fastställa övervikt och fetma hos vuxna och barn. För att räkna ut BMI tas kroppsvikt i kg dividerat med kroppslängd i kvadratmeter ( $\text{kg/m}^2$ ). BMI-skalan för barn heter isoBMI och beräknas på samma sätt som BMI för vuxna, däremot skiljer sig viktklassificeringen samt gränserna för övervikt och fetma för alla olika åldrar mellan 2 och 18 år. För att kunna fastställa om ett barn har övervikt eller fetma behöver BMI-mätningen sättas i förhållande till tillväxtkurvan. Barns BMI varierar mycket beroende på längd och ålder och genom att ta hjälp av BMI och tillväxtkurvorna kan man lättare se var pojkar och flickor i olika åldrar ligger i förhållande till internationella gränsvärden för övervikt och fetma (Marild, Olbers & Torgerson 2016).

## 1.2 Definition av övervikt och fetma

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) (2015) definieras fetma som en sjukdom och har en egen diagnoskod i Socialstyrelsens förteckning över sjukdomar (Socialstyrelsen 2005).

Övervikt däremot klassificeras som ett tillstånd där det istället finns ökade risker för att få en sjukdom (Mårild, Hänni & Zethelius 2015).

## 1.3 Övervikt och fetma hos barn

Antalet personer som lider av övervikt och fetma ökar i en oroväckande fart. Fetma och övervikt ökar i alla åldrar oavsett kön och anses vara ett stort hot mot den globala folkhälsan (Lobstein, Baur & Uauy 2004; de Onis, Blössner & Borghi 2010; WHO 2015). WHO (2015) uppskattar att 41 miljoner barn runt om i världen under 5 års ålder lider av övervikt eller fetma och beräknas vara den största hälsoutmaningen inom modern historia. Orsaker till övervikt och fetma hos barn är komplexa och multifaktoriella, det innehåller både ärftliga, kulturella, beteendemässiga och sociala faktorer som påverkar varandra i olika dimensioner (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] 2002). Forskare är ense om att orsaken till utvecklingen av övervikt och fetma, i alla åldrar oavsett kön, är en ohälsosam kost och lite fysisk aktivitet (Livsmedelsverket 2016; Boles, Scharf, Filigno, Saelens & Stark 2013; Turner, Shield & Salisbury 2009; Pérez, Garcia & Herrera 2013). Att tillgängligheten till snabba kolhydrater, fett och höghaltiga sockrade drycker har ökat i samhället, samtidigt som vi lever ett mer stillasittande liv utgör också en bidragande faktor till att övervikt och fetma ökar hos barn, menar Boles et al. (2013). Story et al. (2002) beskriver att barnfetma är ett tillstånd som behöver behandling då det annars kan påverka risken för sjukdomar i framtiden och barnens livskvalité. Barnfetma påverkar både deras fysiska och psykosociala hälsa och medför en risk för ohälsa i vuxen ålder. Trots mycket forskning kring barnfetma finns lite evidens för effektiva åtgärder för behandling av barnfetma. Det finns många olika program för livsstilsförändringar för att hjälpa föräldrar och barn att gå ner i vikt, trots detta finns det lite bevis för att någon av dessa metoder skulle vara en effektiv behandling mot barnfetma (Summerbell, Ashton, Campbell, Edmunds, Kelly, Waters 2009).

## 1.4 Preventionsarbetet kring barnfetma

Diabetes, cancer och hjärt- och kärlsjukdomar är de största folkhälsosjukdomarna i Sverige och hjärt- och kärlsjukdomar utgör de vanligaste orsakerna till dödsfall (Socialstyrelsen 2014). Enligt WHO (2015) kan 90 procent av diabetes typ 2, 80 procent av hjärt- och kärlsjukdomar och 30 procent av alla cancersjukdomar förebyggas med kost, fysisk aktivitet och rökstopp. Att behandla grav övervikt eller fetma är väldigt svårt (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] 2002), varför preventionsarbetet i tidig ålder är desto viktigare. Studier har visat att behandling av barnfetma är mest effektiv i tidig ålder (Danielsson, Kowalski, Ekblom & Marcus 2012; Booth et al. 2003; Howard 2007; Müllersdorf, Zuccato, Nimborg Eriksson 2012). BVC-sjuksköterskor beskriver även vikten av att ge information om en bra kosthållning till barnens föräldrar så tidigt som möjligt



(Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes 2012). Arbetet med prevention handlar om livsstilsförändringar hos föräldrarna, som sedan skall appliceras hos barnen, då man har sett att vanor, beteenden och livsstil hos barn under 6 ålder är direkt nedärvt från föräldrarnas sida. Sjuksköterskan behöver därför arbeta mer med föräldrarnas beteende som i sin tur hjälper barnen att nå önskade livsstilsförändringar (Eli, Howell, Fisher & Nowicka 2016; Shonkoff & Phillips 2000).

## 1.5 Tidigare forskning

Studier kring arbetet med övervikt och fetma hos barn i skolåldern finns det gott om, så vitt författarna vet. Enligt dessa upplever sjuksköterskorna svårigheter med arbetet då de inte har tillräckligt med tid, bristande kompetens, resurser och tydliga rutiner om hur de skall åtgärda problemen när de upptäckt att ett barn lider av övervikt eller fetma (Walker, Strong, Atchinson, Saunders & Abbot 2007; Moyers, Bugle & Jackson 2005; Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson 2011; Hendershot, Telljohann, Price, Dake & Mosca 2008; Turner, Shield & Salisbury 2009). Ett stort problem i arbetet med fetma och övervikt hos barn är att föräldrar som söker hjälp för sitt barns övervikt blir utsatta för stigmatisering från sjukvårdspersonalen (Turner, Shield, & Salisbury 2009; Story et al. 2002) där sjuksköterskorna beskrivs ha en negativ attityd mot föräldrarna, speciellt om föräldrarna själva lider av övervikt (Puhl & Heuer 2010).

BVC-sjuksköterskans arbete med fetma och övervikt hos barn mellan 2 och 5 års ålder har det forskats mindre om så vitt författarna vet. De studier som författarna har hittat visar att BVC-sjuksköterskor generellt har sett att barnen i förskolan är mer överviktiga idag, jämfört med 10–20 år sedan och trots detta arbetar de mycket lite med prevention i den åldersgruppen (Isma et al. 2012). Andra BVC-sjuksköterskor arbetade mycket med prevention i form av kostinformation. De gav kostinformation redan från första besöket och fortsatte till det sista, då det var ett viktigt samtalsämne, berättade BVC-sjuksköterskorna (Isma et al. 2012; Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009). Behandling av barnfetma ansågs däremot inte lika prioriterat av BVC-sjuksköterskor från en studie. De ansåg att det inte var nödvändigt då barnen kommer att springa av sig sina kilon när de blivit äldre, berättade de. Andra BVC-sjuksköterskor i samma studie upplevde att det var föräldrarnas ansvar att lära barnet att äta rät, röra på sig mer och därmed uppnå livsstilsförändringar på egen hand (Isma et al. 2012).

## 1.6 BVC-sjuksköterskans roll

Barnhälsovårdens uppgift är att stötta föräldrar i sitt föräldraskap och därmed utvecklingen av barnets hälsa och säkerhet. BVC-sjuksköterskans roll är att upptäcka och förebygga sjukdom och risker som finns i barnets närhet från födsel till sex års ålder. Vägledande för BVC-sjuksköterskans arbete är rikshandboken och barnkonventionen, där barnperspektivet och barnets rättigheter kommer främst. Dessa rättigheter är grundläggande och kräver att BVC-sjuksköterskan förhåller sig till dem. Barnkonventionen beskriver bland annat att barn har rätt att växa upp i en miljö utan risk att bli drabbade av övervikt och fetma, som i sin tur kan leda till livslånga sjukdomar (Rikshandboken 2015). Eftersom sjuksköterskor inom barnhälsovården har tillgång till nästan 100 % av barnen (0–5 år) har de en viktig roll i det förebyggande arbete av övervikt och fetma. Risken för övervikt och fetma kan minskas genom hälsofrämjande åtgärder om BVC-sjuksköterskornas arbete kan förbättras inom detta område (ICN Fact sheet 2009).

## 1.7 Teoretisk referensram

Dorothea Orem är en omvårdnadsteoretiker som skapade egenvårdsteorin. Egenvårdsteorin innebär att främja patienten till egenvård och försöka få personen att vara delaktig i sin egen vård och utföra egenvårdsförändringar. Sjuksköterskans uppgift i denna teori är att stödja och undervisa patienten att utföra egenvård, när till exempel en person behöver gå ner i vikt, ska hjälpen ges med hänsyn till patientens förutsättningar och livssituation. Individen skall själv ta initiativ och utföra olika förändringar för sin egen skull och för att kunna uppnå en god hälsa. De förändringar som individen gör skall vara frivilliga, målinriktade och ha som syfte att möta individens egenvårdskrav, vilket i detta fall, innebär att hjälpa föräldrarna att hjälpa barnen att nå en bättre hälsa (Alligood 2014).

## 1.8 Problemformulering

WHO (2015) uppskattar att 41 miljoner barn runt om i världen under 5 års ålder lider av övervikt eller fetma och beräknar att det kommer att bli den största globala folkhälsoutmaningen för framtiden. Forskning visar att preventivt arbete är mycket svårt hos vuxna som redan lider av fetma (SBU 2002), men att arbeta i tidig ålder med att förebygga risken för fetma har visat sig ha god effekt (Danielsson et al. 2012). Det finns mer forskning om sjuksköterskans arbete med övervikt och fetma hos barn i skolåldern (Moyers, Bugle & Jackson 2005; Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson 2011; Hendershot et al. 2008; Turner, Shield & Salisbury 2009) än jämfört med barn i 2 och 5 års ålder (Isma et al. 2012;

Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009). Vetenskapen om BVC-sjuksköterskans reflektioner kring arbetet med övervikt och fetma hos små barn, kan därför bidra till att identifiera områden som behöver adresseras för att BVC-sjuksköterskorna aktivt ska vara mer involverade i det förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn på BVC; då kanske övervikt och fetma samt dess konsekvenser kan förebyggas.

## 1.9 Syfte

Syftet med studien är att beskriva BVC-sjuksköterskors reflektioner kring sitt arbete med övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 5 år inom primärvården.

# 2. Metod

## 2.1 Design

En kvalitativ ansats med en deskriptiv design har använts i denna studie (Polit & Beck 2016).

## 2.2 Urvalsmetod & Undersökningsgrupp

Genom ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck 2016) har nio BVC-sjuksköterskor valts ut.

Inklusionskriterierna var att sjuksköterskorna skulle ha minst ett års erfarenhet av att jobba på en barnvårdscentral. Sjuksköterskor som hade jobbat mindre än ett år med barn

exkluderades, då de av författarna ansågs ha för lite erfarenhet av området. Studien har exkluderat sjuksköterskors erfarenheter av barn mellan 0 och 23 månaders ålder då det enligt Mårild, Hänni och Zethelius (2015) inte går att mäta ett barns fetma i åldern 0 och 2 på grund av mycket varierande "body mass index" (BMI). Av elva tillfrågade BVC sjuksköterskor tackade nio ja till att delta i studien. Åldern på informanterna varierade mellan 40 och 65 år, medelvärdet var 52,7 år och medianvärdet var 52 år. Informanterna hade arbetat som sjuksköterska mellan 19 och 44 år, medelvärdet var 27,3 år och medianvärdet 29 år.

Informanterna hade arbetat som BVC sjuksköterska mellan 1 och 27 år, medelvärdet var 12,6 år och medianvärdet 13 år. Samtliga deltagare var kvinnor och alla hade en specialistutbildning i botten. Sju informanter hade en distriktssjuksköterskeutbildning, en informant hade barnsjuksköterskeutbildningen och en informant hade både distriktssjuksköterskeutbildning och barnsjuksköterskeutbildningen.

## 2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av individuella intervjuer. Författarna valde att utföra en kvalitativ intervjustudie för att få en helhetsbild av det aktuella undersökningsområdet (Polit & Beck 2016). Intervjuguiden bestod av semistrukturerade intervjufrågor, detta för att få en öppen fråga som informanterna kunde svara fritt på men som säkerställde att de skulle täcka syftets frågeställning (Kvale & Brinkmann 2009). Intervjun inleddes med fyra korta bakgrundsfrågor gällande ålder, arbetslivserfarenhet som sjuksköterska, arbetslivserfarenhet som barnsjuksköterska samt om de hade någon specialistutbildning. Intervjuguiden fortsatte sedan med åtta öppna frågor gällande deras reflektioner kring arbete med övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 5 års ålder. Intervjufrågor som berördes i intervjun var sjuksköterskans reflektioner kring riktlinjer eller rekommendationer, svårigheter eller hinder samt förebyggande arbete mot barn som led av övervikt eller fetma. Frågorna i intervjuguiden formulerades på så sätt att informanten inte kunde svara direkt ja eller nej, för att få ett så fylligt och beskrivande svar som möjligt. Frågorna ställdes som öppna frågor, för att inte leda eller styra informantens svar. För att få en djupare förståelse ställdes även följdfrågor. Exempel på följdfrågor som författarna använde sig av var till exempel "vad menar du?" eller "kan du utveckla det?" (Polit & Beck 2016). Den allra första intervjun, så kallad pilotintervju, utfördes med den BVC-sjuksköterska som först svarade på förfrågan om deltagande i studien. Pilotintervjun lyssnades igenom av båda författarna och transkriberades ordagrant. Det transkriberade materialet skickades sedan till handledaren via mail för eventuell justering av frågorna i intervjuguiden. Författarna kom tillsammans med handledaren överens om att införa två små justeringar; en ny fråga samt en följdfråga lades till i intervjuguiden. Den första informanten kontaktades därefter för att ge kompletterande svar på de nya frågorna, så att den intervjun kunde användas i resultatanalysen. Samma intervjuguide användes sedan till resterande åtta informanter. Intervjuerna spelades in med hjälp av en mobiltelefon samt en Mp3-spelare. Intervjuerna ägde rum på informanternas egen arbetsplats och varje enskild intervju varierade mellan 20 och 40 minuter, medelvärde var 27,2 och medianvärdet var 29 minuter. Båda författarna var på plats vid samtliga intervjuer, för att därvid kunna få en bättre förståelse och helhetsbild för det inspelade och transkriberade materialet. Intervjuerna transkriberades individuellt av varje författare och korrekturlästes tillsammans av båda författarna. Datainsamlingen skedde mellan februari och mars 2017.

## 2.4 Tillvägagångssätt

Verksamhetschefen (VC) för primärvården i en region i Mellansverige kontaktades av författarna för ansökan om anhållan om tillstånd för att genomföra studien.

Verksamhetschefen fick muntlig och skriftlig information via telefon och mail om studien, och författarna fick därefter både skriftligt och muntligt tillstånd av verksamhetschefen att genomföra studien. Kontaktuppgifter i form av mail och telefonnummer till enhetschefer och potentiella informanter tillgavs författarna från verksamhetschefen. Sju enhetschefer kontaktades via telefon och fick samma muntliga information om studien som verksamhetschefen, samt förfrågan om tillstånd att utföra studien på de tänkbara deltagarnas arbetstid. Samtliga godkände förfrågan, och efter godkännandet kontaktades elva potentiella informanter via telefon, varav nio tackade ja till att delta i studien. Informanterna fick skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt tillsänt sig via mail. Muntligt samtycke inhämtades i samband med intervjun.

## 2.5 Dataanalys

En induktiv innehållsanalys har använts för att bearbeta det insamlade materialet. En induktiv innehållsanalys är fördelaktig för att förutsättningslöst kunna analysera informanternas berättelser. I innehållsanalysen har författarna använt sig av såväl den manifesta som den latent metoderna i innehållsanalysen. Meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, subkategorier och kategorier utgör det manifesta och beskrivande innehållet av analysen, och svarar på frågan *vad*. Det latent innehållet i analysen utgör den underliggande meningen eller den samlade betydelsen som utgör ett tema för texten och svarar på frågan *hur* (Graneheim & Lundman 2004).

Första delen i analysen bestod av att författarna, var och en för sig, läste igenom det transkriberade materialet flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Var och en för sig valde författarna ut meningar som svarade direkt på studiens syfte och bildade meningsbärande enheter. Författarna arbetade sen tillsammans med att kondensera de meningsbärande enheterna till en kortare form. Båda författarna gick därefter igenom de nya kondenserade meningsbärande enheterna för att tillsammans diskutera fram och skapa en kod. Koderna fungerar som en etikett eller rubrik till varje enskild meningsbärande enhet. Koderna jämfördes sedan med varandra för att se likheter och skillnader och utifrån det skapades subkategorier. Subkategorierna diskuterades med ansvarig handledare och justerades sedan så att det rådde consensus mellan handledare och författare. Subkategorierna delades därefter

upp för att till slut skapa övergripande kategorier. Kategorierna skall vara fullständiga och ömsesidigt uteslutande. Det betyder att alla meningsbärande enheter skall tillhöra någon kategori och ingen meningsbärande enhet kan förekomma i mer än en kategori (Graneheim & Lundman 2004). Nedan i tabell 1 presenteras ett utdrag ur analysprocessen med meningsbärande enheter, kondenserande meningsbärande enheter, kod, subkategorier och kategorier.

**Tabell 1. Exempel ur innehållsanalysen**

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserade meningsbärande enheter</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategori</b>	<b>Kategori</b>
"...så det har vi haft nyligen, en utbildning om övervikt och fetma som hölls av barnkliniken och var jättebra"	Jättebra utbildning om övervikt och fetma av barnkliniken	Barnkliniken utbildar om övervikt och fetma	Riktlinjer, kunskap och utbildning	Förutsättningar i BVC-sjuksköterskans arbete
"...hur gör ni i eran familj för att hålla er friska och behålla hälsan?"	Hur gör familjen för att hålla sig friska och behålla hälsan.	Vad gör familjen för att behålla sin hälsa	Familjens levnadsvanor	Familjefokuserat arbetssätt
"Varit ett viktigt samtalsämne här på familjecentralen. Försöka minska ner sockerkonsumtionen"	Viktigt samtalsämne på familjecentralen att minska ner sockerkonsumtionen	Viktigt samtalsämne att minska på sockerkonsumtionen	Kostinformation	BVC-sjuksköterskans förebyggande arbete
"Att prata övervikt med barn är inte alltid det lättaste heller... det är mycket skam och skuld"	Prata övervikt med barn inte lätt, skam och skuld	Inte lätt att prata med barn om övervikt	Känsloladdat område	Hinder och utmaningar i BVC-sjuksköterskans arbete

## 2.6 Forskningsetiska överväganden

Denna studie har beaktat de etiska principerna som Polit och Beck (2016) tar upp, vilka är informationskravet, samtyckeskravet och konfidentialitetskravet. Informationskravet tar upp vikten av att ge information om studiens syfte och villkor. Detta har beaktats av författarna då de har gett muntlig och skriftlig information om studiens innehåll och upplägg.

Samtyckeskravet handlar om att personerna har rätt att bestämma om sin medverkan i studien samt frivilligt hoppa av under studiens gång (Polit & Beck 2016). Författarna har beaktat denna etiska princip genom skriftlig information om samtyckeskravet innan intervjun och senare vid intervjutillfället började alla samtal om samtyckeskravet innan intervjun startade. Konfidentialitetskravet handlar om att obehöriga inte kan komma åt informanternas

personuppgifter eller ta del av materialet (Polit & Beck 2016). Författarna har behandlat informanternas personuppgifter med konfidentialitet då de har förvarat materialet inlåst med lösenordskod. Informanterna har även fått information om detta. De fick även information om att endast författarna och handledare kommer att ta del av det inspelade och utskrivna materialet och efter godkännande av examensarbete kommer materialet att förstöras. Informanterna upplystes också om att resultatdelen i studien kommer att presenteras på ett sådant sätt att ingen enskild individ går att identifiera. Ett etiskt problem som författarna stötte på under studiens gång var att en person inte ville delta i studien på grund av att denne kände sig obekvämt med att bli inspelad. Trots att författarna har beaktat alla dessa etiska aspekter och givit information om konfidentialitetskravet, ville denne inte delta. Författarna respekterar detta då det var frivilligt att delta i studien.

Andra etiska principer som Polit och Beck (2016) tar upp är *godhetsprincipen*, *rättvis principen* och *autonomi principen*. Godhetsprincipen innebär att sträva efter att göra gott och förebygga skada (Polit & Beck 2016). Författarna har beaktat denna princip genom att överväga att studien gör mer nytta än skada. Rättvis principen handlar om att respektera varandras lika värde och inte behandla människor olika beroende på ålder, kön, bakgrund, åsikt eller egenskaper (Polit & Beck 2016). Författarna har beaktat denna princip i urvalsprocessen och datainsamlingsmetoden. Genom att alla personer får samma information och författarna utgår från samma intervjuguide behandlar man alla personer likvärdigt. Autonomi principen handlar om att respektera människors autonomi och integritet (Polit & Beck 2016). Författarna har beaktat denna princip genom att ge informationen på ett lättförståeligt språk, så att personerna själva kunde ta ett beslut om de ville delta i studien eller ej.

### 3. Resultat

I analysprocessen framkom ett tema, *Att inte skuldbelägga föräldrarna och skapa förutsättningar för livsstilsförändringar för hela familjen*, fyra kategorier *Förutsättningar i BVC-sjuksköterskans arbete*, *Ett familjefokuserat arbetssätt*, *BVC-sjuksköterskans förebyggande arbete* samt *Hinder och utmaningar i BVC-sjuksköterskans arbete* och 13 subkategorier. Resultatet presenteras i löpande text utifrån tema, kategorier och subkategorier, som stärks i form av citat från intervjutexterna. I resultatdelen benämns deltagarna i studien

som BVC-sjuksköterskor eller informanter. En presentation av studiens tema, kategorier och subkategorier visas nedan i figur 1.



**Figur 1. Tema (blå), Kategorier (röd) & Subkategorier (grön)**

### 3.1 Att inte skuldbelägga föräldrarna och skapa förutsättningar för livsstilsförändringar för familjen

Tema symboliserar det underliggande budskapet i intervjuerna och det är att BVC-sjuksköterskan önskar att inte skuldbelägga föräldrarna och skapa förutsättningar för livsstilsförändringar för familjen. Temat löper som en röd tråd genom alla intervjuer. BVC-sjuksköterskorna beskrev vikten av att arbeta utifrån ett ödmjukt förhållningssätt, vilket innebar att lyssna till föräldrarna och anpassa sitt arbete utifrån familjens behov, beroende på vilka svårigheter föräldrarna upplevde i vardagen. Genom detta förhållningssätt förbigick BVC-sjuksköterskorna att skuldbelägga föräldrarna och skapade förutsättningar för att åstadkomma nödvändiga livsstilsförändringar för familjen, för att minska övervikt eller fetma hos barnet. BVC-sjuksköterskorna lade ner mycket tyngd i att inte överföra någonting



negativt till barnen och försöka lyfta fram det positiva. På så sätt skapade de förutsättningar för att göra det så bra som möjligt för både barn och föräldrar i arbetet med övervikt och fetma.

### 3.1 Förutsättningar i BVC-sjuksköterskans arbete

I denna kategori beskriver BVC-sjuksköterskorna vilka verktyg och andra hjälpmedel som de använder sig av i arbetet med övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 5 års ålder samt deras reflektioner kring förutsättningar för att kunna arbeta med övervikt och fetma hos barn i denna åldersgrupp. Kategorin består av subkategorierna: *Verktyg i BVC-sjuksköterskans arbete*, *Samverkan med olika instanser inom vård och omsorg* och *Riktlinjer, kunskap och utbildning*.

#### 3.1.1 *Verktyg i BVC-sjuksköterskans arbete*

De vanligaste verktygen som BVC-sjuksköterskorna beskriver att de använder sig av och som de beskriver är en förutsättning för att kunna arbeta med övervikt och fetma hos barn i denna ålder, är tillväxtkurva och BMIvärde. Dessa värden följs upp fram till 5 års ålder, beskriver BVC-sjuksköterskorna. Om de ser att barnet har problem med vikten, att viktkurvan börjar stiga, tar de till ytterligare verktyg. Ytterligare verktyg som kan användas är extra besök med ytterligare informationssamtal kring hälsa för familjen. Under dessa hälsobesök kan vissa arbeta utifrån MI, motiverande samtal, beskriver informanterna. De beskriver också att telefonkontakt ibland kan behövas för att prata enskilt med föräldrarna. Om de ser att insatserna inte räcker eller om hon ser att familjen behöver mer hjälp, bokar hon tid hos läkare eller dietist. Sedan kan de även remittera till Barnklinikens Obesitas team, vilket sker regelbundet på BVCmottagningen beskriver informanterna.

*”Man kan jobba med MI till exempel... Och frågar man lite mer med MI så kan man känna sig föräldrarna lite mera med på tåget. Att de kan bli lite mera motiverade, mot för om man bara visar kurvan”*. Informant 1

#### 3.1.2 *Samverkan med olika instanser inom vård och omsorg*

BVC-sjuksköterskorna beskriver att en förutsättning för att kunna arbeta med övervikt och fetma hos barn är ett gott samarbete med olika yrkeskategorier; de har till exempel kontinuerlig kontakt med läkare, sjuksköterskor, dietister och kuratorer. De kan även ringa och pratar med andra BVC-sjuksköterskor från andra mottagningar och höra hur de arbetar

kring ämnet övervikt och fetma hos barn i denna ålder. BVC-sjuksköterskorna som arbetar på en familjecentral upplever att det är en fördel då man ser helheten kring barnet och familjen, samtidigt som samarbetet faller sig naturligt då de olika yrkeskategorierna finns under samma tak och är specialiserade på barn. De yrkeskategorierna är förskole pedagoger, kuratorer, läkare och BVC-sjuksköterskor. De informanter som inte arbetar på en familjecentral beskriver att de har ett tätt samarbete med förskolan där de utbildar personalen inom kost och motion anpassat till barn. De uppmuntrar även till att minimera sockerintaget för alla barn samt att observera barn som inte har en stoppknapp och kan äta hur mycket som helst att hjälpa dessa att lägga upp en normal portion med mat.

*”Det är ju en fördel det här med...eftersom det är en familjecentral. Då är vi ju alla liksom i samma, under samma tak, vi pratar alla om hälsovinster då eller vad man kan göra för att förbättra hälsan”*. Informant 6

### *3.1.3 Riktlinjer, kunskap och utbildning*

BVC-sjuksköterskorna beskriver att de arbetar utifrån riktlinjer från barnhälsovårdsprogrammet och rikshandboken. De upplever att det finns bra med material och rekommendationer hur man arbetar med fetma och övervikt hos barn, men önskar att det fanns mer material som beskrev mer konkret hur de går till väga i praktiken för att hjälpa dessa barn och familjer att få en mer lyckad viktnedgång. De flesta BVC-sjuksköterskor upplever att de har god kunskap och erfarenhet inom området. De går även kontinuerligt på föreläsningar inom övervikt och fetma hos barn under 5 år. De beskriver även att de får utbildning från sjukhusets specialistteam, Obesitas-teamet en gång per år och den är väldigt givande. Då det finns mycket riktlinjer och information beskriver BVC-sjuksköterskan att hon måste läsa på kontinuerligt och uppdaterar sig hela tiden.

*”Jag kan ingenting utantill. Utan när det dyker upp då läser jag in mig ... utbildningar som vi har gått på”*. Informant 8.

## **3.2 Ett familjefokuserat arbetssätt**

I denna kategori beskriver BVC-sjuksköterskorna hur de arbetar utifrån ett familjefokuserat arbetssätt och hur de inventerar familjens levnadsvanor. Kategorin beskriver hur BVC-sjuksköterskorna ser till föräldrarna och barnens perspektiv och utifrån det försöker skapa möjliga livsstilsförändringar som är genomförbara för familjen. Kategorin består av

subkategorierna: *Familjens levnadsvanor, BVC-sjuksköterskan ser till barnets perspektiv, BVC-sjuksköterskan ser till föräldrarnas perspektiv och Livsstilsförändringar.*

### *3.2.1 Familjens levnadsvanor*

BVC-sjuksköterskorna beskriver hur de inventerar familjens levnadsvanor, när det kommer till kostvanor och aktivitet. Det är lika viktigt att se till hela familjens levnadsbeteende då barnet tittar på hur mamman och pappan lever och tar efter det beteendet. Informanterna beskriver att de pratar igenom hur en dag ser ut hos familjen, från morgon till kväll. Frågor som BVC-sjuksköterskan beskriver att de samtalar med föräldrarna kring är hur ser det ut med maten, vad äter de och när äter de? Äter familjen frukt och grönsaker till varje måltid? Hur ser det ut med aktivitet och rörelse i familjen? Promenerar de till förskolan? Vad gör barnen och föräldrarna när de ska ha roligt tillsammans? Vad gör familjen för att hålla sig friska och bibehålla hälsan? Att diskutera tillsammans med föräldrarna vad syftet kring maten är, är också viktigt, beskriver informanterna. Är syftet att bli mätt, för en belöning eller kanske för att trösta barnet? Att prata kring det och be föräldrarna reflektera kring deras egna beteenden kring mat, beskriver en BVC sjuksköterska att hon gör. Att informera om att föräldrarnas beteenden smittar av sig på barnen, är jobbigt men viktigt att belysa beskriver BVC-sjuksköterskorna. De berättar även att de tittar på barnets beteende och levnadsvanor, för även om familjen har hälsosamma rutiner, kan barn ha ett annat beteende. I ett fall sprang barnet över till sin farmor och åt middag fast det precis hade ätit middag hemma hos sina föräldrar, utan att föräldrarna visste om det.

*"...ett samtal med föräldrarna, litegrann hur det ser ut hemma. Vad brukar de göra som fritidsaktiviteter? Hur mycket de är ute och rör på sig? Gillar barnet att vara ute i skog och mark och leka eller mest hemma innesittande med tv eller dator? Hur lever familjen, är de väldigt fritidsintresserade?".* Informant 1.

### *3.2.2 BVC-sjuksköterskan ser till barnets perspektiv*

Informanterna uttrycker att det är väldigt viktigt att inte förstöra barnens självkänsla, i arbetet med övervikt och fetma hos barn, då det är ett sådant känsligt ämne. Det är viktigt att undvika att använda kränkande ord som tjock eller fet i samtalet med föräldrarna eller säga att det är någonting fel på barnet, uttrycker informanterna. De pratar inte högt om orden övervikt eller fetma utan visar föräldrarna viktkurvan på datorn, eftersom de inte vill att barnen skall höra. BVC-sjuksköterskorna beskriver att barn inte skall banta, de skall växa i sin kropp. När de

pratar med barnen försöker de ha en naturlig dialog och inte göra en stor sak av det hela. De kan till exempel fråga, vad tycker du om att göra när du är ute och rör på dig och tycker du om att vara ute och leka? BVC-sjuksköterskor uttrycker att det är viktigt att inte ge något negativt till barnen och försöker bygga på det positiva. Om barnet tycker det är roligt att spela fotboll eller att vara ute och leka, uppmuntrar man till det och undviker att prata om viktnedgång, menar en BVC sjuksköterska.

*” Ja, alltså det är ju känsligt och det är ju så man vill ju inte att barnen ska, vad ska man säga, man vill ju inte att barnen, att man ska ge de något negativt till barnen. Utan man vill ju försöka få fram det positiva och det man kan bygga på och inte det negativa”. Informant 5.*

### *3.2.3 BVC-sjuksköterskan ser till föräldrarnas perspektiv*

BVC-sjuksköterskorna beskriver vikten av att lyssna och vara ödmjuk vid samtalen för att inte riskera att skuldbelägga föräldrarna. Att fråga och prata om svårigheter som föräldrarna upplever i vardagen är till stor hjälp för BVC-sjuksköterskorna. Flera föräldrar tycker att det är jobbigt att behöva säga nej till sitt barn, berättar informanterna. De föräldrar som själva lider av övervikt har oftast inte viljan att utföra arbetet som krävs, då de tycker att det inte är ett sådant stort problem att deras barn är överviktigt, beskriver informanterna. BVC-sjuksköterskorna upplever då i dessa fall att det är svårt att motivera föräldrarna till att göra annorlunda om de inte själva ser problemet. Informanterna beskriver att omständigheter som de upplever är en orsak till att föräldrarna inte klarar av en hälsosam livsstil är långa arbetsdagar för föräldrarna. De beskriver att man inte skall skuldbelägga föräldrarna då de vet att de gör sitt bästa. Efter en lång arbetsdag och när de kommer hem har de helt enkelt inte orken eller energin till att aktivera sitt barn och laga den där näringsrika måltiden som egentligen skulle behövas. Det är enklare att ta till godis, laga en snabb måltid och sätta på teven, för att få lite egen tid i slutet på dagen, beskriver BVC-sjuksköterskorna.

*”...den där oviljan hos föräldrarna, att dom tycker att det är rätt okej att vara överviktig ändå, oviljan hos familjerna att, att ta emot hjälpen”. Informant 3.*

### *3.2.4 Stimulera till livsstilsförändringar*

BVC-sjuksköterskorna beskrev att det krävs beteendeförändringar hos hela familjen i form av ändrade kostvanor och ökad fysisk aktivitet, för att kunna åstadkomma en livsstilsförändring. De försöker anpassa arbetet genom att anpassa informationen efter familjens behov och göra

justeringar där det behövs en förändring. Det är viktigt att familjen gör förändringen naturligt. Barnen skall helst inte märka av insatsen och det skall kännas naturligt för barnen, menar BVC-sjuksköterskorna. Föräldrarna skall se på rörelse som naturligt och ta små steg i början. De kanske kan gå till förskolan istället för att ta bilen. De kanske kan byta ut den där bullen till en smörgås på eftermiddagen, menar informanterna. Vi är vanemänniskor och det är inte enkelt att göra om vanor beskriver BVC-sjuksköterskorna. Det händer ibland att trots alla insatser från hälsocentralen och BVC mottagningen med läkare, dietist och BVC besök, så har barnet gått upp i vikt i alla fall. På så vis kan arbetet med livsstilsförändringar kännas ganska övermäktigt, förklarar BVC-sjuksköterskorna. De uttrycker att beteendeförändringarna bör ske hos föräldrarna i första hand, då barnen beskrivs göra som föräldrarna gör. Det är föräldrarna som handlar hem maten och bestämmer vad som serveras. Barnet tar det som finns. När föräldrarna är ovilliga att ändra sina vanor och sitt familjemönster får ju barnet den livsstilen som föräldrarna har, beskriver BVC-sjuksköterskorna. Det stora hindret är föräldrarna, beskriver flera informanter. En livsstilsförändring är ingenting BVC-sjuksköterskan beskriver sig kunna göra åt familjen, det är någonting familjen måste göra själva. Ibland ”ger man upp” förklarar informanterna, då de märker att föräldrarna gör som de vill ändå.

”...det stora hindret är ju föräldrarna. Det är ju inte barnet som köper maten hem! Utan det är ju föräldrarna”. Informant 5.

### 3.3 BVC-sjuksköterskans förebyggande arbete

I denna kategori beskriver BVC-sjuksköterskorna hur de arbetar förebyggande med till exempel kostinformation och hälsosamtal till föräldrarna och informanternas reflektioner kring detta arbete. Subkategorierna i denna kategori är: *Kostinformation* och *Samtal om hälsosam livsstil och konsekvenser med övervikt och fetma*.

#### 3.3.1 Kostinformation

Kostinformation och diskussion kring mat är en av de viktigaste uppgifterna på BVC beskriver sjuksköterskorna. De pratar tidigt med alla föräldrarna om vad som är en allsidig kost. De flesta besöken går ut på att prata om kost, säger BVC-sjuksköterskorna. Det är ett stort arbete på BVC och sjuksköterskorna känner ett stort ansvar kring detta förebyggande arbete. De flesta av informanterna säger att de är väldigt pålästa inom området. De pratar alla om kost utifrån de riktlinjer som finns i Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets rekommendationer. De berättar att de använder broschyrer och informationsblad om kost för

barn som de ger till föräldrarna. De visar även föräldrar vilka livsmedel som innehåller socker och dolt socker. Ett stort arbete är att minska familjernas sockerintag och försöka få föräldrarna att introducera socker så sent som möjligt. En del familjer äter väldigt mycket socker. BVC-sjuksköterskorna pratar mycket med föräldrarna om hur man skulle kunna ersätta den delen i kosten med andra hälsosammare alternativ. Det är viktigt att uppmuntra till små förändringar som att inte sockra filen, köpa naturell yoghurt istället för sötad yoghurt, äta mer frukt och grönt, ha planerade måltider och minska småätande. Idag pratas det så mycket om många specifika kosten beskriver BVC-sjuksköterskorna, men det är inget de rekommenderar. De rekommenderar en allsidig kost utifrån tallriksmodellen beskriver informanterna.

*”Man pratar ju alltid kostvanor och hur dom äter...försöker få det här allsidiga matintaget, och att man tittar det här med kostcirkeln eller tallriksmodellen och man försöker att uppmuntra till de. För vi pratar väl sällan om nå specifika kosten...nej... det är vanlig mat som gäller”.* Informant 6.

### *3.3.2 Samtal om hälsosam livsstil och konsekvenser av övervikt och fetma för barnet*

Informanterna pratar mycket med föräldrarna om vikten av att ha en hälsosam livsstil och riskerna med övervikt och fetma. De informerar om att övervikt och fetma i barnåldern, lägger grunden för att utveckla sjukdomar i vuxen ålder. Det är individanpassad information och det är olika beroende på familj hur man lägger fram informationen, men någonting som alla BVC-sjuksköterskor tar upp i samtalen med föräldrarna är vikten av aktivitet och rörelse beskriver informanterna. Målet är enligt informanterna att försöka nå fram med informationen hos föräldrarna, så de pratar lite runtomkring och tar det försiktigt, lite på känsla beroende på reaktionen från föräldrarna. De ger information kontinuerligt vid varje besök och de lägger stort fokus på att upprepa informationen, beskriver BVC-sjuksköterskorna. De belyser även för föräldrarna vad konsekvenserna av övervikt hos barnet kan innebära. Konsekvenserna av övervikt eller fetma hos barn kring fem års ålder, som informanterna tar upp, är att barnen kan få problem med inkontinens, förstoppning, sömnproblem och mobbning.

*”Man får ju börja hos föräldrarna att belysa det här med övervikt och vad som händer och hålla mer fokus på hälsa och aktiviteter rörelse, rörelse speciellt då”.* Informant 2.

## 3.4 Hinder och utmaningar i BVC-sjuksköterskans arbete

I denna kategori beskriver informanterna vilka hinder och utmaningar de ställs inför i arbetet med övervikt och fetma hos barn samt deras reflektioner kring detta. De subkategorier som framkom i denna kategori var: *Känsloladdat område*, *Moderna levnadsvanor*, *Kulturella aspekter* och *Ekonomiska aspekter*.

### 3.4.1 *Känsloladdat område*

BVC-sjuksköterskan upplever, i arbetet med fetma och övervikt hos små barn, att det är ett känsligt ämne att prata om. Om föräldrarna också lider av övervikt är det ännu svårare att ta upp samtalsämnet då det är mycket kopplat till skam och skuld hos föräldrarna. De upplever att det också är svårt att ta upp samtalsämnet, att deras barn lider av övervikt eller fetma, om barnet vistas på rummet samtidigt. De upplever sig inte veta hur de skall lägga fram informationen alla gånger, beskriver en informant. Flera BVC-sjuksköterskor uttrycker att det även är en svårighet i arbetet att inte veta vad som är bäst för barnet alla gånger. De vet inte vad konsekvenserna kommer att bli för barnet. Men ett ödmjukt förhållningssätt, genom att lägga fram informationen på ett försiktigt sätt, så att det inte sårar föräldrarna eller barnen, är viktigt beskriver informanterna. Ibland är detta arbete svårt då det krävs en hel del tid att ge information och lägga fram samtalet på ett vettigt sätt, och ibland finns helt enkelt inte tiden, beskriver BVC-sjuksköterskorna. De känner att tiden är ett stort hinder då det måste finnas utrymme för diskussion och frågor från föräldrarna, då man aldrig vet hur föräldrarnas reaktion blir, förklarar flera informanter. Föräldrarna kan vara allt från väldigt lugna och behärskade till att de får ett raseriutbrott, som kan resultera i att de byter BVC sjuksköterska, förklarar en informant. Trots att de tycker det är ett känsligt samtalsämne så vågar de ta upp problemet och belysa det när barnet lider av övervikt eller fetma, beskriver BVC-sjuksköterskorna.

*”Jag törs belysa. Jag törs vara trygg. Försöka välja ord så det inte blir så negativ klang. Törs bli illa omtyckt”*. Informant 8.

### 3.4.2 *Kulturella aspekter*

Informanterna beskriver att de har märkt utifrån sin erfarenhet med arbetet med övervikt och fetma hos barn att det finns kulturella skillnader och trender. De upplever att fetma och övervikt är mer vanligt förekommande hos familjer från andra kulturer. De upplever i sina samtal med familjer, att vissa familjer med annan kulturell bakgrund vill ha sina barn

överviktiga eller lite runda. Det är en stor utmaning för BVC-sjuksköterskan att kunna möta deras synsätt och även motivera dessa familjer till en livsstilsförändring, beskriver informanterna. En svårighet som BVC-sjuksköterskorna beskriver sig uppleva i arbetet är språkförbistringar. De försöker förmedla ett budskap via tolk, men det är svårt att veta om informationen har nått fram eller om tolken har överfört budskapet korrekt.

*”Men sen är det ju det här med språket, det är inte heller så lätt att få fram sitt budskap... och det blir inte alltid riktigt bra tolkningar om man använder tolk”.* Informant 9.

### *3.4.3 Moderna levnadsvanor*

BVC-sjuksköterskornas reflektioner kring de moderna levnadsvanorna är att skärmtiden ökar och en mer stillasittande vardag blir allt mer vanligt. Enligt deras erfarenheter ser de att barnen är mer överviktiga idag. Fetma och övervikt är vanligare idag än för tjugo år sedan och enligt deras teori är det på grund av en stillasittande vardag. Förr var man ute och lekte i parken och skogen. Idag rör inte barnen på sig på samma sätt som förr och teknologin gör ibland att barnen blir mindre aktiva anser vissa BVC-sjuksköterskor. Lättillgängligheten till socker och sötsaker i matbutikerna har heller aldrig varit så stor. Informanterna anser att människor i dagens samhälle konsumerar mer socker idag än någonsin och tillsammans med en stillasittande vardag anser de att detta är boven till den ökade förekomst av övervikt och fetma hos barn.

*”Det är ju mycket läsplattor och stillasittande och teve och skärmtid och sånt som faktiskt gör att barn blir inaktiva, betydligt mer nu än hur det var förr i tiden.”* Informant 7.

### *3.4.4 Ekonomiska aspekter*

BVC-sjuksköterskorna upplever en skillnad vad gällande förekomst av övervikt och fetma hos barn beroende på socioekonomisk status. De upplever att i områden där den socioekonomiska statusen är låg förekommer mer övervikt och fetma. BVC-sjuksköterskorna berättar att de tror att ekonomin har en betydelse för en hälsosam livsstil, då grönsaker, frukt, ekologisk mat är det som är dyrt medan sötsaker och godis är billigt. De försöker därför ge tips och råd om en hälsosam livsstil genom att ge exempel på kost och aktiviteter som är gratis eller billiga att utföra, beskriver en del informanter.



*”Eftersom den här socioekonomiska, den är ju låg här, lyfta fram det som man kan göra och att det inte ska kosta, för det finns inga pengar”.* Informant 6.

## 4. Diskussion

### 4.1 Huvudresultat

Syftet var att beskriva BVC-sjuksköterskors reflektioner kring sitt arbete med övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 5 år inom primärvården. I temat framkom det att BVC-sjuksköterskorna önskar att inte skuldbelägga föräldrarna och skapa förutsättningar för livsstilsförändringar för familjen. Temat löper som en röd tråd genom alla intervjuer där BVC-sjuksköterskorna beskriver vikten av att arbeta utifrån ett ödmjukt förhållningssätt, vilket innebär att lyssna till föräldrarna och anpassa sitt arbete utifrån familjens behov. Förutsättningar för BVC-sjuksköterskan i detta arbete var verktyg, samverkan och utbildning inom området barnfetma. BVC-sjuksköterskorna använde ett familjefokuserat arbetssätt för att inventera familjens levnadsvanor, för att kunna se till föräldrarnas och barnets perspektiv i arbetet med livsstilsförändringar. Deras arbete bestod mycket av förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn, då de konstant utbildade familjerna inom kost och fysisk aktivitet för barnen. Hinder som BVC-sjuksköterskorna upplevde i detta arbete var att det var ett väldigt känsloladdat samtalsämne för både dem och föräldrarna, som krävde mycket tid. De stöter även på kulturella skillnaderna, ekonomiska aspekter och moderna levnadsvanor som på olika sätt är ett hinder eller en utmaning i arbetet med övervikt och fetma hos dessa barn.

### 4.2 Resultatdiskussion

Resultatet från föreliggande studie avseende BVC-sjuksköterskors reflektioner kring arbete med övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 5 år, överensstämmer med tidigare forskning om erfarenheter hos vårdpersonal (Isma et al. 2012; Walker et al. 2007; Evans, Finkelstein, Kamerow & Renaud 2005; Stewart 2004) och föräldrar angående överviktiga barn (Edmunds 2005). Tidigare forskning (Moyers, Bugle & Jackson 2005; Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson 2011; Hendershot et al. 2008; Turner, Shield & Salisbury 2009; Walker et al. 2007). har även visat på skillnader i resultatet kring sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av arbetet med övervikt och fetma hos barn. Dessa resultat kommer att sammanfattas och behandlas vidare i denna text enligt ordningen för de presenterade resultaten.

I vårt resultat beskriver BVC-sjuksköterskorna att de har bra kunskap, utbildning, riktlinjer och material kring området, men de hade önskat att det fanns mer material som beskrev mer konkret hur de ska gå till väga i praktiken för att hjälpa dessa barn och familjer att få en mer lyckad viktning hos barnet. Tidigare forskning har visat att sjuksköterskor som arbetade med övervikt och fetma hos barn i skolåldern, upplevde att de hade bristande kompetens, otillräcklig tillgång till riktlinjer och brist på utbildningar för att hantera barnfetma (Moyers, Bugle & Jackson 2005; Morrison-Sandberg, Kubik & Johnson 2011; Hendershot et al. 2008; Turner, Shield & Salisbury 2009; Walker et al. 2007). Författarna i föreliggande studie anser att kunskap är en viktig förutsättning i arbetet och om BVC-sjuksköterskorna upplever att de har bristande kunskap blir det svårt att vägleda föräldrarna i en hälsosam livsstils samt planera för familjens vård.

I resultatet i vår studie beskriver en del BVC-sjuksköterskor att de använder MI för att stärka föräldrarnas motivation och inställning till livsstilsförändring. Motiverande samtal (MI) är en väl beprövad metod (Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen 2005) och har visat sig vara effektiv när det kommer till livsstilsförändringar (Chang, Compton, Almeter & Fox 2015) hos personer som lider av övervikt (Hetteima, Steele & Miller 2005). Att BVC-sjuksköterskorna arbetar med denna metod tycker författarna till denna studie är bra, då det arbetssättet stämmer överens med aktuell forskning. Detta arbetssätt har sina likheter med Orems egenvårdsteori, där individen skall förses med tillräckligt kunskap för att själv kunna ta initiativ och utföra olika livsstilsförändringar själv, för i sin tur kunna uppnå en bättre hälsa och välbefinnande (Alligood 2014).

I föreliggande studie berättar BVC-sjuksköterskorna att de samarbetar med andra yrkeskategorier och förskolan för att utbilda förskolepersonalen inom kost och motion anpassat för barn. I en annan kvalitativ intervjustudie gjord på BVC-sjuksköterskor berättar de att de inte samarbetade med andra yrkeskategorier, fastän de såg att behovet fanns (Isma et al. 2012). Detta kan kopplas till en kvalitativ studie gjord i Australien, där forskarna fann att den lokala miljön för barnet, såsom skola och det omgivande samhället spelar en roll för att forma barnens fysiska aktivitet och därmed indirekt på barnets vikt (Hesketh, Waters, Green, Salmon & Williams 2005). Att BVC-sjuksköterskorna samarbetar med andra instanser och yrkeskategorier och tänker på den omgivande miljön för barnet är desto viktigare, anser författarna till denna studie.

I denna studie förklarar BVC-sjuksköterskorna hur de försöker undvika att skuldbelägga föräldrarna i samtalen. Detta kan inte ses, så vitt författarna vet, i andra studier. Tidigare forskning visar att vårdtagare som lider av fetmaproblematik utsätts för otrevligt bemötande med negativa förutfattade meningar och attityder från vårdpersonalen (Brown, Stride, Psarou, Brewins & Thompson 2007; Puhl & Heuer 2010). Detta kan kopplas till en annan kvalitativ studie, där BVC-sjuksköterskorna berättar att föräldrar hade dålig karaktär och saknade gott omdöme eftersom de gav sina barn en ohälsosam kost som gjorde att barnet blev överviktigt. De ansåg även att föräldrarna var orsaken till sina barns övervikt och att barnen själva inte hade möjlighet att påverka situationen (Isma et al. 2012). Författarna i föreliggande studie anser att det är viktigt att BVC-sjuksköterskan inte har några förutfattade meningar eller negativa åsikter i samtalen med familjen, då det kan påverka möjligheten för familjen att få rätt vård. Det är även viktigt, anser författarna, att behålla en god relation med föräldrarna och barnet så att de känner en tillit till sjuksköterskan och kan fortsätta gå på besök hos denne.

BVC-sjuksköterskorna i denna studie beskrev vikten av att inventera familjens levnadsvanor för att lättare kunna anpassa arbetet med livsstilsförändringar. Detta kan kopplas till Orems omvårdnadsteori, då egenvårdsteorin innebär att främja patientens egenvård och försöka se till varje individs förutsättning att vara delaktig i sin egen vård (Allgood 2014).

Författarna anser att BVC-sjuksköterskorna har lyckats med denna bit i omvårdnaden då de ger stöd och undervisning utifrån familjens behov, vilket i sin tur främjar patienten att utföra egenvård. Informanterna i föreliggande studie beskriver även om att de omständigheter de tror, gör att föräldrarna inte klarar av en hälsosam livsstil, vilket är stress och långa arbetsdagar. Detta kan kopplas till resultatet från andra studier, där man har sett att stress hos föräldrarna gör att de kompenserar uppmärksamhet och kärlek till barnet med mat samt använder mat som en del i uppfostran för att hinna med vardagen (Isma et al. 2012; Blissett, Haycraft & Farrow 2010; Chamberlin, Sherman, Jain, Powers & Whitaker 2002).

Konsekvenserna kan ses som oroväckande, då det har visat sig att barn tar efter föräldrarnas negativa hantering av mat och applicerar det beteendet i vuxen ålder (Walker et al. 2007).

I vår studie beskrev informanterna att det krävs beteendeförändringar hos föräldrarna för att kunna påverka barnets vikt. Detta överensstämmer med andra studier där de beskrivs att det krävs en beteendeförändring hos föräldrarna för att i slutänden påverka barnets vikt (Walker et al. 2007; Isma et al. 2012; Evans et al. 2005). I en annan stor systematisk litteraturstudie visar resultatet att föräldrar som får samma behandling för övervikt och fetma som barnet,

leder till viktnedgång hos både föräldrarna och barnet (Summerbell et al. 2009). Att informanterna i vår studie är medvetna om föräldrarnas och omgivningens inverkan på barnets vikt, tror författarna är på grund av att de som intervjuades hade lång erfarenhet av att jobba på en BVC mottagning. Resultatet i föreliggande studie kan således skilja sig från resultaten i andra studier på BVC-sjuksköterskor som arbetar med övervikt och fetma hos barn i denna åldersgrupp.

En livsstilsförändring är ingenting BVC-sjuksköterskan beskriver sig kunna göra åt familjen, ibland känner BVC-sjuksköterskorna frustration och att de ”ger upp”, då de märker att föräldrarna gör som de vill ändå trots råd och stöd. Detta kan kopplas till en annan studie där 79 % av mammorna inte såg att deras överviktiga barn var överviktiga (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Withaker 2000). Författarna till föreliggande studie tror att det är det som gör att föräldrarna inte tar till sig information och utför livsstilsförändringar, då de inte ser att barnet lider av övervikt. Till skillnad från en annan studie visar resultatet att föräldrar som är medvetna om sina barns övervikt eller fetma upplever en frustration, då deras barn inte går ner i vikt, trots att de har fått hjälp med en plan för kost och fysisk aktivitet (Edmunds 2005). Detta kan förklaras med Orem's egenvårdsteori. Att föräldrarna inte har lyckats med egenvården, skulle Orem beskriva som egenvårdsbrist och det är ett tillstånd som uppstår när kraven är högre än patientens resurser att utföra det. För att lösa detta menar Orem att sjuksköterskan måste ge mer stöd, både fysiskt och psykiskt, samt undervisa och vägleda patienten för att patienten skall uppmuntras att utveckla sin egenomsorg mer då kraven på egenomsorg ökar (Allgood 2014).

I vår studie uttrycker BVC-sjuksköterskorna att det är svårt med arbetet kring övervikt och fetma hos barn, då de inte vet vad som är bäst för barnet. Detta kan kopplas till en annan randomiserad kontrollerad interventionsstudie där de har utforskat 18 olika interventionsstudier för att behandla barnfetma, vilken har visat att det inte fanns några tillräckliga bevis för effektiva åtgärder för behandling av barndomsfetma (Summerbell et al. 2009). Sjuksköterskan är skyldig att arbeta utifrån aktuell forskning (ICN Fact sheet 2009). Detta försvårar BVC-sjuksköterskans arbete med barnfetma då det visar sig att det inte finns bevis på effektiva åtgärder för behandling av övervikt och fetma hos barn (Summerbell et al. 2009).

BVC-sjuksköterskorna i föreliggande studie upplever ett stort ansvar kring det förebyggande arbetet av övervikt och fetma hos barn. Detta kan kopplas till en kvantitativ studie gjord på vårdpersonal, där de beskriver att barnfetma är ett tillstånd som behöver behandling då det påverkar risken för följsjukdomar och påverkar barnens livskvalité i framtiden (Story et al. 2002). Det är bra att BVC-sjuksköterskan känner ett stort ansvar kring det förebyggande arbetet då det har visat sig ha en påverkan på barnets hälsa i framtiden enligt Story et al. (2002). Att BVC-sjuksköterskan arbetar preventivt med barnfetma kan inte ses i en annan kvalitativ studie på BVC-sjuksköterskor (Isma et al. 2012). Där berättade de att arbete med prevention inte förekom, trots att de såg att behovet fanns (Isma et al. 2012). Detta kopplas till Orems egenvårdsteori, som säger att då patienter skall kunna utföra egenvård måste de ha förutsättningarna för det (Alligood 2014). Undertecknade författare anser att BVC-sjuksköterskorna därför behöver jobba med information, ge råd samt stöd till familjerna, så att de skall kunna utföra egenvård som i sin tur förebygger ohälsa i framtiden.

I vår studie beskrev informanterna att övervikt och fetma hos barn är ett känsligt ämne och att det är svårt att ta upp samtalsämnet med föräldrarna. Detta resultat kan även ses i andra studier, där sjuksköterskorna upplevde att det var ett känsligt ämne att prata om, och att de var oroliga om det skulle påverka deras relation med föräldrarna negativt (Walker et al. 2007; Stewart 2004; Isma et al. 2012). I en annan kvalitativ studie gjord i Australien beskriver BVC-sjuksköterskorna att det är speciellt svårt att ta upp samtalsämnet om föräldrarna också led av övervikt, då det var mycket kopplat till skuld och skam (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009). Författarna anser att oavsett hur svårt problemet är att belysa, gör man barnet en otjänst om man inte tar upp barnets viktproblem med föräldrarna. BVC-sjuksköterskan är skyldig att sätta barnets bästa i det främsta rummet enligt Barnkonventionen (Rikshandboken 2015) och om de inte vågar belysa problemet, kan de inte heller hjälpa familjen att utföra livsstilsförändringar för att nå en bättre hälsa, anser författarna till föreliggande studie.

Informanterna från våran studie upplever att barnen är mer överviktiga idag än för 10–20 år sedan. Detta var även någonting BVC-sjuksköterskor i en annan studie tog upp. De upplever att barnen är större och att det förekommer mer övervikt och fetma på förskolan idag. De beskrev är även att de ansåg att det svenska samhället hade anpassat sig till den ökade förekomsten av fetma och övervikt och trodde att arbetet med övervikt och fetma hos små barn kommer att göra det svårt i dennes arbete med att identifiera överviktiga barn i framtiden, då det numera anses som normalt (Isma et al. 2012). Detta blir en stor utmaning för

BVC-sjuksköterskorna, tror författarna till föreliggande studie. Då övervikt och fetma har blivit allt vanligare i samhället (WHO 2015) kan det bli svårare för BVC-sjuksköterskorna att uppmärksamma problemet i tid och därmed arbeta förebyggande. Om övervikt och fetma normaliseras kan det även vara svårt att motivera föräldrar till en livsstilsförändring, då föräldrarna inte ser hälsovinster då det numera anses vara normalt att vara överviktig, anser författarna.

### 4.3 Metoddiskussion

Denna studie har diskuterat trovärdigheten enligt Graneheim och Lundmans (2004) begrepp giltighet (credibility), tillförlitlighet (dependability) och överförbarhet (transferability). Giltighet förklarar hur pålitligt resultatet är i studien. Faktorer som påverkar studiens giltighet är hur väl data är insamlad och analysprocessen adresserar till det avsedda syftet (Graneheim & Lundmans 2004). Syftet var att beskriva BVC-sjuksköterskors reflektioner och en kvalitativ deskriptiv design användes för att kunna få fram beskrivande information till resultatet.

Syftet med studien var att beskriva BVC-sjuksköterskans reflektioner. För att uppnå detta syfte valde författarna en deskriptiv design, för att kunna få fram ett beskrivande resultat. Designen är lämplig utifrån studiens syfte och detta stärker studiens giltighet (Graneheim & Lundmans 2004). Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjufrågor. Intervjuerna transkriberades individuellt av varje författare men korrekturlästes tillsammans av båda författarna, för att säkerställa kvalitén av det transkriberade materialet (Polit & Beck 2016). Intervjuer anses av författarna vara den lämpligaste datainsamlingsmetoden, då det ger informanterna möjlighet att berätta fritt utifrån egna erfarenheter och reflektioner (Polit och Beck 2016). Detta stärker studiens giltighet då datainsamlingsmetoden är anpassad för att besvara studiens syfte (Graneheim & Lundmans 2004). Datainsamlingsmetoden kunde ha skett på flera andra sätt. Ett komplement till intervjustudien hade kunnat vara en observationsstudie, där författarna observera BVC-sjuksköterskans samtal med föräldrarna och barnen och se interaktionen mellan dem. Det hade kunnat stärka studiens giltighet då resultatet hade haft både författarnas reflektioner och BVC-sjuksköterskans reflektioner kring sitt arbete med barnfetma. Dock, på grund av tidsbrist, fanns bara möjlighet att utföra intervjuer. Författarna valde att kontakta de BVC mottagningar som var geografiskt lämpligt placerade. Författarna använde sig således av ett bekvämlighetsurval (Polit & Beck 2016) vid rekrytering av informanter till studien. Detta urval ansågs vara mest lämpligt i förhållande till

författarnas tid och ekonomi. Detta bekvämlighetsurval är en svaghet i giltigheten i studien då informanterna begränsar sig till att komma från en och samma stad, som i sin tur kan påverka bredden av perspektiv i informationen i resultatet (Polit & Beck 2016). Genom en annan urvalsmetod, hade potentiella informanter kunnat komma från olika städer och därmed bidragit till en större variation av perspektiv i resultatet, då de hade representerat både landsbygd och storstäder. Detta hade kunnat bidra till ett rikare resultat och eventuellt ökat studiens giltighet och överförbarhet.

Giltigheten för resultatet ökar om urvalet av informanter är brett i form av kön, ålder och erfarenhet, då det ger många olika perspektiv inom området som undersöks (Graneheim & Lundmans 2004). Åldersspannet på BVC-sjuksköterskorna samt antalet år som verksam BVC sjuksköterska varierade, vilket stärker studiens giltighet. En svaghet i giltigheten är det inte finns någon könsfördelning då alla informanter är av kvinnligt kön. En variation av kvinnliga och manliga deltagare hade kunnat bidra till ett rikare resultat. Att bara inkludera kvinnliga deltagare i studien, sänker studiens giltighet och kan även påverka studiens överförbarhet (Graneheim & Lundmans 2004).

En viktig del i analysprocessen för att uppnå giltighet är att välja lämpliga meningsbärande enheter (Graneheim & Lundmans 2004). Författarna har stärkt denna studiers giltighet genom att beakta denna aspekt i innehållsanalysprocessen. Genom att först, var och en för sig, välja ut meningsbärande enheter och sedan tillsammans gå igenom dessa för att se att varje meningsbärande enhet inte hade fler budskap eller förståelser i en och samma ruta, stärker resultatets giltighet. Kategoriindelningen är också ett kritiskt moment i innehållsanalysen, som också är viktig för giltigheten i studien (Graneheim & Lundmans 2004). Författarna har tillsammans arbetat fram subkategorier och kategorier som sedan diskuterats med handledare och i grupphandledning med andra studenter. Detta arbetssätt stärker studiens giltighet då en tredje part varit delaktig i analysarbetet. Att analysprocessen är väl beskriven i denna studie stärker också studiens giltighet då läsaren får en klar inblick i genomförandet av studien (Polit & Beck 2016).

Graneheim och Lundman (2004) förklarar att för ökad tillförlitlighet måste forskaren ta hänsyn till instabilitetsfaktorer, positiva faktorer eller andra faktorer som kan orsaka förändringar eller påverka resultatet i någon form. Resultatets tillförlitlighet kan ha påverkats då ingen av författarna har erfarenhet av att intervjua tidigare vilket kan ha påverkat förmågan att genomföra intervjuer. Författarna har dock beaktat denna tillförlitlighetsaspekt genom att

utföra en pilotintervju. Detta för att se att intervjufrågorna tolkades korrekt av informanterna och se att frågorna besvarade studiens syfte. Pilotintervjun diskuterades med handledaren och efter det korrigerades intervjuguiden med två frågor. Att utföra en pilotintervju stärker studiens tillförlitlighet då det bekräftar att intervjufrågorna svarar till det avsedda syftet (Graneheim & Lundman 2004).

En annan aspekt som kan vara negativt mot tillförlitligheten i denna studie är att informanterna intervjuades på sin arbetsplats, då det kan ha bidragit till att de upplevde tidsstress och därmed skyndade på intervjun, som i sin tur kan ha haft en inverkan på resultatet (Polit & Beck 2016) då det visade sig att vissa intervjuer blev kortare än andra. En styrka i tillförlitligheten är att datainsamlingen skedde under en kort period. Detta minimerade riskerna för att data förändras över tid (Graneheim & Lundman, 2004). En annan styrka i datainsamlingen är att samma intervjuguide användes till alla informanter för att alla skulle få samma frågeställningar, vilket stärker tillförlitligheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Att författarna inte hade någon erfarenhet kring det valda området, kan ses som en fördel i studiens giltighet då det gör att författarna kan förutsättningslöst analysera resultatet och därmed inte färga analysprocessen, vilket stärker denna studies tillförlitlighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Studiens överförbarhet avgör i vilken grad man kan överföra studiens resultat på andra sammanhang av grupper. Författarna har gjort en presentation av metoden där urval, deltagare, datainsamlingsmetod och dataanalys beskrivs på tydligt sätt. Detta är en styrka då det ökar läsarens förmåga att bedöma studiens överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

## 5. Kliniska implikationer

Genom denna studie kan andra BVC-sjuksköterskor få ytterligare kunskap om arbetet med övervikt och fetma hos barn, vilket kan underlätta deras eget arbete med fetma och övervikt hos barn. Om BVC-sjuksköterskor får ta del av andra BVC-sjuksköterskors reflektioner och erfarenheter kring arbetet med övervikt och fetma hos barn, kan det leda till att BVC-sjuksköterskan lättare vågar ta upp samtalsämnet med föräldrarna, då de ser hur andra BVC-sjuksköterskor har gått till väga. Detta kan även leda till att BVC-sjuksköterskan vågar prata om kost och motion med föräldrarna vilket kan förbättra livskvalité och hälsan, både såväl psykiskt som fysiskt, hos barnet. Resultatet kan också vara till nytta för verksamhetschefer inom primärvården, då de kan se vilka hinder eller utmaningar BVC-sjuksköterskan ställs



inför i arbetet med fetma och övervikt hos barn. Verksamhetschefen kan då förse BVC-sjuksköterskan inom de områden där hon känner sig osäker som i detta fall, med mer material eller utbildning inom området för att underlätta arbetet med övervikt och fetma hos barn.

## 6. Förslag på fortsatt forskning

Författarna i denna studie anser att det skulle vara värdefullt att utforska mer om effekten av insatta åtgärder hos familjen. Då BVC-sjuksköterskorna i föreliggande studie arbetade mycket med att försöka uppmuntra föräldrar och barn till livsstilsförändringar kan det vara av intresse att göra exempelvis en interventionsstudie där man undersöker effekterna av ett utbildningspaket till familjerna. Det skulle göra att BVC-sjuksköterskan kunde arbeta utifrån aktuell forskning och fokusera på de insatser som har bevisad effekt för viktnedgång hos barnet, vilket kan öka BVC-sjuksköterskans förutsättningar för att arbeta förebyggande med fetma och övervikt hos barn. Att utföra intervjuer med föräldrar för att se hur de upplever stödet från vården skulle också vara av intresse då BVC-sjuksköterskorna får möjlighet att se föräldrarnas upplevelser av vården.

## 7. Slutsats

I resultatet av studien beträffande BVC-sjuksköterskors reflektioner kring sitt arbete med övervikt och fetma hos barn 2 och 5 år, framkom att BVC-sjuksköterskorna önskade att inte skuldbelägga föräldrarna och försökte skapa de bästa förutsättningarna för livsstilsförändringar för hela familjen. BVC-sjuksköterskans förutsättningar gjorde att hon kunde arbeta på ett familjefokuserat arbetssätt och beskrev vikten av att arbeta med att förebygga barnfetma. På grund av olika hinder och utmaningar var ibland arbetet med övervikt och fetma hos barn svårt. De upplevde ibland att de inte hade tillräckligt med tid eller inte visste vad som var bäst för barnet i olika situationer. BVC-sjuksköterskan upplevde att föräldrarna var det största hindret i arbetet med livsstilsförändringar hos familjen, då de gjorde som de ville i slutändan trots insatser från BVC-sjuksköterskans sida. BVC-sjuksköterskor behöver således mer tid och kunskap inom området barnfetma, för att på ett mer effektivt sätt kunna hjälpa föräldrarna så att familjen kan uppnå en livsstilsförändring, som i slutändan hjälper barnet att uppnå en hälsosammare kroppsvikt.

## 8. Referenser

Alligood, M.R. (red.) (2014). *Nursing theorists and their work*. (Eighth edition.) St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby.

Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC (200). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*, 106(6), ss.1380–1386. DOI: 10.1542/peds.106.6.1380.

Blissett, J., Haycraft, E. & Farrow, C. (2012). Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *The American journal of clinical nutrition*, 92(2), ss. 359–365. DOI: 10.3945/ajcn.2010.29375.

Boles, R. E., Scharf, C., Filigno, S.S., Saelens, B.E. & Stark, L.J. (2013). Differences in Home Food and Activity Environments between Obese and Healthy Weight Families of Preschool children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(3), ss. 222-231. DOI: 10.1016/j.jneb.2012.09.012.

Booth, M. L., Chey, T., Wake, M., Norton, K., Hesketh, K., Dollman, J. and Robertson, I. (2003) Change in the prevalence of overweight and obesity among young Australians, 1969–1997. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77(1), ss. 29–36.

Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L. & Thompson, J. (2007) Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of advanced nursing*, 59(4), ss. 329–341. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04297.x

Chang, Y-P., Compton, P., Almeter, P. & Fox, C.H. (2015). The Effect of Motivational Interviewing on Prescription Opioid Adherence Among Older Adults With Chronic Pain. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(3), ss. 211-219. DOI: 10.1111/ppc.12082.

Danielsson, P., Kowalski, J., Ekblom, Ö. & Marcus, C. (2012). Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 166(12), ss.1103-1108. DOI: 10.1001/2013.jamapediatrics.319.

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), ss. 1257-1264. DOI: 10.3945/ajcn.2010.29786.

Edmunds, LD. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family practice*, 22(3), ss.287-292. DOI: 10.1093/fampra/cmh729

Edvardsson, K., Edvardsson, D. & Hörnsten, A. (2009). Raising issues about children's overweight--maternal and child health nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), ss.2542-2551. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x.

Eli, K., Howell, K., Fisher, P-A. & Nowicka, P. (2016). A question of balance: Explaining differences between parental and grandparental perspectives on preschoolers' feeding and physical activity. *Social Science & Medicine*, 154(1), ss.28-35. DOI:10.1016/j.socscimed.2016.02.030.

Evans, WD., Finkelstein, EA., Kamerow, DB., & Renaud, JM. (2005) Public perceptions of childhood obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), ss. 26-32. DOI: 10.1016/j.amepre.2004.09.008

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss.105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Hendershot, C., Telljohann, S., Price, J., Dake, A., Mosca, N. (2008). Elementary School Nurses' Perceptions and Practices Regarding Body Mass Index Measurement in School Children. *The Journal of School Nursing*, 24(5), ss.298-309. DOI:10.1177/1059840508323094.

Hesketh, K., Waters, E., Green, J., Salmon, L. & Williams, J. (2005). Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promotion International*, 20(1), ss. 19-26. DOI: 10.1093/heapro/dah503

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), ss. 91-111. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833

Howard, KR. (2007) Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change. *Sage Journals*, 23(2), 73-79. DOI: 10.1622/1059-8405(2007)023[0073:COPPAR]2.0.CO;2

ICN Fact sheet (2009) *ICN on Obesity: Creating public awareness of a social environmental disease*. Switzerland: International Council of Nurses,

Isma, G.E., Bramhagen, A.C., Ahlstrom, G., Östman, M. & Dykes, A.K. (2012). Obstacles Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(1), ss. 13-15. DOI: 10.1186/1471-2296-13-57.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Enskede: TPB.

Livsmedelsverket (2016). *Övervikt och fetma*. Sverige: Livsmedelsverket. Hämtad den 11-12-2016 från:  
<https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma/>

Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *The International Association for the Study of Obesity*, 5(1), ss. 4-85. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x.

Marild, S., Olbers, T. & Torgerson, J. (2016) *Fetma*. Stockholm: Läkemedelsboken. Hämtad den 17-05-2017 från:  
<https://lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/fetma.html>

Morrison-Sandberg, L., Kubik, M., Johnson, K. (2011). Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 27(1), ss. 13–21. DOI:10.1177/1059840510386380.

Moyers, P., Bugle, L., Jackson, E. (2005). Perceptions of School Nurses Regarding Obesity in School-Age Children. *The Journal of School Nursing*, 21(2), ss.86-93. DOI: 10.1177/10598405050210020501

Mårild, S., Hänni, A. & Zethelius, S.B. (2015). *Övervikt och fetma*. Stockholm: Läkemedelsboken.

Müllersdorf, M., Zuccato, LM., Nimborg, J. & Eriksson H. (2010). Maintaining professional confidence--monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), ss. 131-138. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00696.x.

Pérez, LM., Garcia, K. & Herrera R. (2013). Psychological, Behavioral and Familial Factors in Obese Cuban Children and Adolescent. *MEDICC review*, 15(4) ss. 24-28.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Puhl, RM. & Heuer, CA. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), ss.1019–1028. DOI:10.2105/AJPH.2009.159491.

Rikshandboken (2015) *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården*. Stockholm: Rikshandboken. Hämtad den 17-05-2017 från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/>

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, 55(513), ss. 305-312.

Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000) Nurturing relationships. In Shonkoff, J. P. and Phillips, D. A. (eds), *From Neurons to Neighbourhoods: The Science of Early Childhood Development*. National Academic Press: Washington.

Socialstyrelsen (2014). *Öppna jämförelser 2014 – folkhälsa* (Rapport 2014-12-3). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 11-12-2016 från:  
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10/Documents/Alfa2005feb.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2002). *Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt* (Rapport 160). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stewart (2004) Care, and commitment: the course of patient-clinician relationships. *Annals of Family Medicine*, 2(1), ss. 388–390. DOI:10.1370/afm.236.

Story, M.T., Neumark-Stzainer, D-R., 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*, 10(1), ss.210-240.

Summerbell, CD., Ashton, V., Campbell, KJ., Edmunds, L., Kelly, S. & Waters, E. (2009) Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(1), ss. 1469-1493. DOI: 10.1002/14651858.CD001872.

Turner, KM., Shield, JP. & Salisbury, C. (2009). Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 59(568), ss. 856-62. DOI: 10.3399/bjgp09X472269.

Walker, O., Strong, M., Atchinson R., Saunders, J. & Abbot, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Practice* , 8(50), ss.1-7. DOI: 10.1186/1471-2296-8-50

World Health Organization (WHO) (2015) *Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases*. Switzerland: World Health Organization. Hämtad den 11-12-2016 från: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250131/1/9789241511247-eng.pdf?ua=1>