



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Afdelningen för hälso- och vårdvetenskap

BVC-sköterskans erfarenheter och reflektioner i sitt arbete med övervikt och fetma hos barn

En intervjustudie

Titti Eriksson

2016

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Anna-Greta Mamhidir
Examinator: Bernice Skytt

Sammanfattning

Bakgrund Barns övervikt och fetma är en av vår tids största folkhälsoutmaningar, vilket kan påverka barnens hälsa och livskvalitet negativt och kan även orsaka allvarliga konsekvenser. Barn som har övervikt och fetma kan även uppleva utanförskap, osäkerhet, låg självkänsla och psykisk ohälsa. Dessa barn har också en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar samt att i förlängningen drabbas av en förtidig död. **Syftet** var att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenheter och reflektioner i arbetet kring övervikt och fetma hos barn mellan 3-5 år. **Metoden** var en intervjustudie med beskrivande design och en kvalitativ ansats med sammanlagt åtta deltagare. Kvalitativ innehållsanalys användes som dataanalys. **Resultatet** visade att BVC-sköterskan arbetade med att identifiera barns övervikt och fetma med hjälp av tillväxtkurvan och genom stödjande hälsosamtal men använde även sin erfarenhet och en klinisk blick för att fånga upp de barn som har övervikt och fetma. Övervikt och fetma hos barn är ett känsligt ämne och resultatet betonade att det var viktigt att ha modet att lyfta frågan med barnens föräldrar samtidigt som samtalet måste vara varsamt och anpassat efter barnens och föräldrarnas behov. Resultatet belyste även att BVC-sköterskorna upplevde att de kunde göra skillnad när de arbetade med föräldrar med en positiv inställning och en vilja till förändring. **Slutsats** Övervikt hos barn handlar oftast om en osund livsstil inom hela familjen och föräldrarna bär ansvaret för barnets hälsa. Tydligare lokala riktlinjer behövs för att öka tryggheten för BVC-sköterskan i sitt arbete med barns övervikt och fetma samt med deras föräldrar.

.

Nyckelord: Barnhälsovård, BVC-sköterska, fetma, kvalitativ innehållsanalys, övervikt

Abstract

Background Children's overweight and obesity is one of the greatest public health challenges, which can affect children's health and quality of life negatively and can also cause serious consequences. Children who are overweight and obese may also experience alienation, insecurity, low self-esteem and mental health. These children have an increased risk of cardiovascular disease and to ultimately suffer an untimely death. **The aim** was to describe the child health care nurse's experiences and reflections in the work on overweight and obesity among children aged 3-5 years. **The method** consisted of interviews, with in total eight participants. The study had a descriptive design with a qualitative approach and qualitative content analysis was used for the data analysis. **The result** showed that the child health care nurse worked to identify children with overweight and obesity by using the growth curve and supporting health calls. Experiences and a clinical eye were also used while capturing overweight and obese children. Overweight and obesity in children is a sensitive topic and the results emphasize that it is important to have the courage to raise the issue with the parents, at the same time the call must be prudent and adapted to the children's and parents' needs. The results also highlighted that the child health care nurses felt that they could make a difference when they are working with parents with a positive attitude and a willingness to change. **Conclusion** Obesity in children is usually about an unhealthy lifestyle of the whole family and parents are responsible for the child's health. Clearer local guidelines are needed to increase security for the child health care nurse in her work with children overweight and obesity and their parents.

Keywords: Child health, child health care nurse, obesity, qualitative content analysis, overweight

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Hälsorisker med övervikt och fetma	1
1.2 Orsaker till övervikt och fetma hos barn	2
1.3 Definition av övervikt, fetma och Body Mass Index	2
1.4 BVC-sköterskans yrkesroll och hälsofrämjande arbete	3
1.5 Dorothea Orems omvårdnadsteori	4
1.6 Problemformulering	4
1.7 Syfte	5
2. Metod	5
2.1 Design	5
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	5
2.3 Datainsamlingsmetod	6
2.4 Tillvägagångssätt	7
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska överväganden	9
3. Resultat	10
3.1 Det förebyggande arbetet är riktat till såväl barn som föräldrar	11
3.2 Viktigt att våga lyfta frågan om barnets övervikt och fetma	14
3.3 BVC-sköterskan behöver stöd och trygghet i sitt arbete med övervikt och fetma hos barn	16
4. Diskussion	18
4.1 Huvudresultat	18
4.2 Resultatdiskussion	18
4.3 Metoddiskussion	22
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad	24
4.5 Förslag till fortsatt forskning	24
4.6 Slutsats	24
5. Referenser	25

1.Introduktion

Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver övervikt som ett växande hälsoproblem i hela västvärlden. År 2014 var 1,9 miljarder människor överviktiga i världen och av dessa var 600 miljoner människor feta. Enligt WHO har fetma fördubblats sedan 1980-talet. WHO beskriver övervikt och fetma hos barn som en av de största folkhälsoutmaningar i vår tid, mer än 40 miljoner barn under fem år var överviktiga eller feta år 2013 (WHO 2014). Studier gjorda i Sverige visar att 15-17 % av fyraåriga barn har övervikt och 3 % av de fyraåriga barnen har fetma (Bergström & Blomqvist 2009; Mangrio, Lindström & Rosvall 2010).

1.1 Hälsorisker med övervikt och fetma

Övervikt och fetma kan påverka hälsa och livskvalitet negativt, barnfetma kan påverka nästan varje organsystem i kroppen och orsakar ofta allvarliga konsekvenser. De konsekvenser som kan uppkomma är bland annat insulinresistens, höga blodfetter och fettlever (Han, Lawlor & Kimm 2010). Livskvaliteten kan försämrats och övervikt leder till en sämre fysisk förmåga och hälsa. Barn som har övervikt och fetma kan även uppleva utanförskap, osäkerhet, låg självkänsla och psykisk ohälsa (Vander Wal & Mitchell 2011; Edmunds 2008). Enligt Shaikh, Nettiksimmons, Joseph, Tancredi och Romano (2012) kan övervikt och fetma hos barn medföra konsekvenser som ångest, depressioner och sämre kroppsuppfattning. Barn som har övervikt och fetma riskerar även en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar samt i förlängningen drabbas av en förtidig död (Ek, Rössner, Hagman & Marcus 2014; Kelsey, Zaepfel, Bjornstad & Nadeau 2014). De barn som har utvecklat övervikt eller fetma tidigt i livet har ofta kvar sin övervikt som skolbarn och i vuxen ålder (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009; Graversen et. al.2014; WHO 2014). Det är av största vikt att upptäcka övervikt vid tidig ålder för att kunna förhindra ovanstående konsekvenser som barnet kan drabbas av som vuxen (Verrotti, Penta, Zenzeri, Agosinelli & De Feo 2014).

1.2 Orsaker till övervikt och fetma hos barn

En kombination av arv och miljö kan påverka utvecklingen av övervikt och fetma enligt Weker (2006). Även om ärftlighet finns beskrivet som en bidragande faktor för att drabbas av övervikt och fetma är det livsstilsfaktorer som är den betydande faktorn för att utveckla övervikt och fetma som barn. Studier visar på att övervikt och fetma hos barn är mer vanligt i familjer som har sämre ekonomi (Robinson, Yardy & Carter 2012; Rosenthal, Crowley & Curry 2013). Enligt Fernandez-Alvira et al. (2012) studie beskrevs att föräldrars utbildningsnivå har betydelse för kosthållningen, studien visade att en låg utbildningsnivå hos föräldrar innebar en ökad risk för ohälsosam kost för barnen.

I en studie av Waltin, Simpson, Darlington & Haines (2014) beskrevs att stress hos föräldrar kan vara en av orsakerna till övervikt hos barn. Studien framhävde att stressade föräldrar hade mer inaktiva barn och lär sina barn ägna mer tid att se på TV än övriga föräldrar. Studien beskrev att det berodde på att de stressade föräldrarna hade mindre tid för aktiviteter med sina barn. Även Sjöberg et. al. (2011) rapporterade i en studie att föräldrar många gånger tog till Tv-tittandet för barnen då föräldrarna saknade tid att aktivera barnen. Att Tv-tittandet på sikt leder till en ökad övervikt beskrivs även i en studie av De Coen, De Bourdeaudhuij, Verbestel, Maes & Vereecken (2013). Studien visade även att barn med överviktiga föräldrar har en ökad risk att drabbas av övervikt och/ eller fetma (De Coen et al. 2013).

1.3 Definition av övervikt, fetma och Body Mass Index

Övervikt är ett tillstånd med ökade sjukdomsrisker som inte klassas som en sjukdom medan fetma är en onormal ansamling fett som kan försämra och vara skadlig för hälsan (Mårild & Hänni 2014). Fetma definieras av WHO som en sjukdom (WHO 2014). För att bedöma övervikt och fetma används Body Mass Index (BMI). BMI beräknas via kroppsvikten i kilogram dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat ”vikt (kg) / längd (m)²”. Hos vuxna definieras BMI över 25 som övervikt och BMI över 30 definieras som fetma. BMI används även för att definiera övervikt och fetma hos barn, men ett annat värde används på barn, värdet kallas isoBMI och är ålders- och könsanpassat. För barn ligger gränsen för övervikt enligt de internationella gränsvärdena vid isoBMI 25 och för fetma vid isoBMI 30 (Cole, Bllizzi, Flegal & Dietz 2002; Jansson & Danielsson 2003). Inom barnhälsovården (BHV) i Sverige används tillväxtkurvor tillsammans med BMI och IsoBMI som följs på barnet avseende längd

och vikt. På dessa tillväxtkurvor kan BVC-sköterskorna se om ett barn ligger i farozonen för ohälsa samt övervikt eller fetma (Magnusson 2010; Nowicka & Folmark 2006).

1.4 BVC- sköterskans yrkesroll och hälsofrämjande arbete

Målet med barnhälsovården är att bidra till barnens bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa samt främja barns hälsa och utveckling. Barnhälsovården ska förebygga ohälsa hos barn samt i ett tidigt skede identifiera och sätta in åtgärder vid problem som berör barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Barnhälsovården är frivillig och den riktar sig till alla barn från födseln till barnet börjar i förskoleklass. Sjuksköterskan som arbetar inom barnhälsovård på barnavårdscentral (BVC) bör ha specialistutbildning inom hälso- och skolvård för barn och ungdomar eller vara utbildad distriktsköterska (Socialstyrelsen 2014). Sjuksköterskor som arbetar på barnavårdscentral (BVC) kommer i föreliggande studie benämnas som BVC- sköterskor.

BVC- sköterskan har en viktig funktion genom att stödja familjen att ge råd om egenvård, sunda kost- och motionsvanor samt att informera familjen om riskerna relaterade till övervikt hos barn (Small, Anderson & Mazurek 2007).

Barnhälsovården har en betydelsefull roll för folkhälsan då de når de flesta barn och deras föräldrar i ett skede i livet då de ofta är positiva till en förändring (Socialstyrelsen 2013).

Att behandla övervikt och fetma kan vara svårt och det är betydelsefullt att de förebyggande åtgärderna sätts in så tidigt som möjligt på grund av den höga risken att överviktsproblematiken kvarstår i vuxen ålder (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009; Reilly & Kelly 2011). Studier visar även att det kan vara problematiskt och känsligt att ta tag i frågan om övervikt hos barn och diskutera olika förebyggande åtgärder med barnens föräldrar av olika anledningar, speciellt när även föräldrarna har övervikt (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten; Mikhailovich & Morrison 2007; Walker, Strong, Atchinson, Saunders & Abbott 2007; Regber, Mårlid & Johansson-Hanse 2013). Det finns även en rädsla hos BVC-sköterskan för att föräldrarna ska påverkas negativt i synnerhet om föräldrarna själva har överviktsproblem eller fetma. För att underlätta samtalen mellan sjuksköterska och förälder spelar tillit och en bra relation stor roll för hur samtalet ska bli (Isma, Bramhagen, Ahlström, Östman & Dykes 2012; Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009).

1.5 Dorothea Orems omvårdnadsteori

Den amerikanske omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem grundar sin teori på att omvårdnaden ska ses som ett tillägg för patienternas egenvård. Orems teori tar fasta på den enskilde människans egenvårdade kapacitet. Med egenvård menar Orem olika handlingar som patienten på egen hand utför för att uppnå välbefinnande, hälsa och liv. Enligt Orem ska omvårdnaden rikta sig mot att hjälpa patienten att övervinna sina begränsningar och omvårdnaden skall ta hänsyn till patientens personlighet. Kunskap och motivation är viktiga delar av patientens förmåga till egenvård. Orem beskriver fem olika hjälpmetoder som sjuksköterskan kan använda om egenvården brister hos patienten. De fem hjälpmetoderna är följande: att handleda, att undervisa, att ge fysisk och psykiskt stöd, att utföra för någon annan samt skapa en miljö som främjar utveckling och tillfrisknande (Orem 2001).

Omvårdnadens kärninnehåll utgör de omvårdnadsbärande begreppen: människa, hälsa, miljö och vårdande. Att stödja hälsofrämjande åtgärder kan relateras till de omvårdnadsbärande begreppen hälsa och vårdande (Wiklund-Gustin & Lindwall 2012). Enligt Small, Anderson och Mazurek (2007) är BVC-sköterskans roll att stödja barn och deras familjer till egenvård. Enligt Orem ska vården ges med hänsyn till patientens personlighet och deras livssituation. I föreliggande studie kopplar författaren stödet till egenvården både till vårdnadshavare och barnen. Då egenvården utgör en stor del utifrån denna teori anser författaren att Orems teori är applicerbar inom det studerade ämnet samt relaterar till de bärande begreppen människa, hälsa och vårdande (Wiklund-Gustin & Lindwall 2012).

1.6 Problemformulering

Övervikt och fetma bland barn har ökat kraftigt de senaste åren och är ett stort hot mot barnens framtida hälsa. Studier visar att det är stor risk att övervikt och fetma hos barn kvarstår i vuxen ålder. Det finns även ett samband mellan övervikt och bland annat diabetes samt hjärt-kärlsjukdomar men även psykisk ohälsa. För att minska risken att barn drabbas av komplikationer i framtiden till följd av övervikt eller fetma är det viktigt med förebyggande arbete inom barnhälsovården. Studier visar att det kan vara problematiskt och känsligt att diskutera barns övervikt och fetma med barnens föräldrar. Det är av betydelse att få mer kunskap om hur BVC – sköterskor arbetar med övervikt och fetma hos barn samt hur de arbetar för att stödja föräldrarna till dessa barn. Det är

av vikt att utveckla BVC-sköterskans arbete då de har möjlighet att arbeta förebyggande kring detta ämne med barn redan från tidig ålder. Att studera detta område kan bidra till att ge en ökad trygghet till BVC-sköterskan i hennes/hans arbete med barns övervikt och fetma och för att förhoppningsvis bidra till att stävja det växande folkhälsoproblemet.

1.7 Syfte

Syftet var att beskriva BVC-sköterskans erfarenheter och reflektioner i arbetet med övervikt och fetma hos barn mellan 3 och 5 år.

2. Metod

2.1 Design

Studien genomfördes med en beskrivande design och en kvalitativ ansats (Polit & Beck 2012).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Ett ändamålsenligt urval valdes då författaren ville inkludera BVC-sköterskor med erfarenhet av att arbeta med barn som har övervikt och fetma, det vill säga att författaren rekryterade deltagarna utifrån vissa särskilda inklusionskriterier (Polit & Beck 2012). Inklusionskriterierna var att BVC-sköterskorna arbetade på offentligt drivna BVC-verksamheter, hade en specialistutbildning som distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och skolvård för barn och ungdomar, hade arbetat inom BVC-verksamheten minst 1 år samt hade erfarenhet av att arbeta med övervikt och fetma hos barn och deras föräldrar. Sju hälsocentraler med BVC verksamhet tillfrågades om att delta i studien varav fem hälsocentraler sa ja till att delta. Målet var att åtta BVC-sköterskor deltog i studien, vilket också uppnåddes. Deltagarna var fördelade på det sätt att fyra stycken arbetade på samma hälsocentral och de resterande fyra deltagarna arbetade på olika hälsocentraler. Undersökningsgruppen var åtta BVC-sköterskor från BVC-verksamheter i landstingets regi i Mellansverige, hade en specialistutbildning som distriktssköterska eller specialistutbildning inom hälso- och skolvård för barn och ungdomar. Undersökningsgruppen bestod av sju distriktssköterskor samt en barnsjuksköterska, alla deltagare var kvinnor, åldern varierade mellan 41 år till 63 år och medelåldern var 52,6 år. De deltagande BVC-sköterskorna hade varit

yrkesverksamma inom BVC-verksamheten mellan ett till 30 år och medelvärdet för BVC-sköterskornas yrkesverksamma år var 10,25 år. Beskrivning av studiens deltagare finns i tabell 1.

Tabell 1. Beskrivning av deltagarnas ålder, yrke samt antal verksamma år inom barnhälsovården.

Ålder	Yrkestitel	Antal verksamma år inom BVC
41	Distriktssköterska	5
48	Barnjuksköterska	5
49	Distriktssköterska	3
51	Distriktssköterska	12
54	Distriktssköterska	16
56	Distriktssköterska	10
59	Distriktssköterska	1
63	Distriktssköterska	30

2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen gjordes med hjälp av semistrukturerade intervjuer och bestod av öppna frågor. Att använda öppna frågor gjordes för att ja- och nej frågor skulle undvikas för att på så sätt ge deltagarna en chans att ge svaren i berättande form (Polit & Beck 2012). En intervjuguide användes som författaren konstruerade tillsammans med handledare (bilaga 1). Intervjuguiden var uppdelad med bakgrundsfrågor som berörde deltagarnas ålder, kön och yrkeserfarenhet. Den övriga delen behandlade frågeområden kring övervikt och fetma, hur BVC-sköterskornas förebyggande arbete såg ut samt vilka förutsättningar de hade att arbeta med denna fråga. Exempel på frågor var följande: ”På vilket sätt arbetar du för att förebygga övervikt hos barn?”, ”Kan du berätta om en situation eller situationer när det har fungerat bra respektive dåligt i arbetet med att

minska övervikten?”. Informanternas svar följdes upp med följdfrågor om författaren ansåg det nödvändigt (Polit & Beck 2012) exempel på följdfrågor var följande: *”Kan du ge exempel på det?”*, *”Varför tror du att det är så?”*

En pilotintervju genomfördes för att se om frågorna svarade på studiens syfte samt för att kontrollera ungefärlig tidsåtgång. Pilotintervjun genomfördes även för att se om frågorna fungerade bra och för att kunna förebygga eventuella feltolkningar i frågorna (Kvale & Brinkmann 2014). Pilotintervjun som gjordes svarade på studiens syfte och kunde därmed inkluderas i studien, inga ändringar av intervjuguiden gjordes efter genomförd pilotintervju. Samtliga intervjuer genomfördes mellan februari och april 2016 och intervjuerna varade mellan 17-43 minuter.

Intervjuerna spelades in på författarens mobiltelefon som sedan raderades när de var överförda på dator och transkriberade. Överföring till dator gjordes för att inte relevant information skulle försvinna samt att kunna förebygga eventuella feltolkningar vid ett senare tillfälle. Samtliga intervjuer genomfördes på en lugn och ostörd plats på deltagarnas arbetsplatser som BVC-sköterskorna själva valde och intervjuerna genomfördes helt enskilt. Samtligt material från intervjuerna har förvarats inlåst och avskilt så att ingen obehörig kunnat ta del av informationen eller att de intervjuades identiteter har kunnat avslöjas (Kvale & Brinkmann 2014).

2.4 Tillvägagångssätt

Två verksamhetschefer inom primärvården i Mellansverige kontaktades via ett telefonsamtal av författaren. Därefter skickades ett brev till verksamhetscheferna där det fanns kort beskrivet om studiens innehåll och syfte samt en förfrågan om att få ett godkännande till att få genomföra studien. Båda verksamhetscheferna godkände att studien fick genomföras med ett skriftligt svar som skickades via brev till författaren. Efter att godkännande erhållits av verksamhetscheferna underrättades de berörda vårdenhetscheferna på respektive hälsocentral via ett telefonsamtal och mail av författaren. BVC-sköterskorna informerades av sina vårdenhetschefer muntligt och skriftligt samt fick informationsbrevet angående studien.

De BVC-sköterskor som tackade ja anmälde sitt intresse att delta via mail eller telefon till författaren. Därefter kontaktade författaren BVC-sköterskorna som gav sitt samtycke skriftligt via mail eller muntligt till författaren och tid och plats för intervjun bestämdes.

2.5 Dataanalys

Dataanalysen genomfördes med stöd av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). En manifest analys gjordes vilket innebär att en beskrivning görs utifrån det som direkt uttrycks i texten (Graneheim & Lundman 2004). Intervjuerna transkriberades ordagrant samt lästes och lyssnades igenom av författaren ett flertal gånger för att få en helhetsbild samt förståelse för vad texten handlade om.

Meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte identifierades och lyftes ur samtliga intervjuer. Meningsbärande enheter är meningar som svarar på syftet som därefter kondenseras för att få bort överflödigt text men samtidigt bevarar kärnan i innehållet. Därefter tilldelades de meningsbärande enheterna en kod där författaren beskrev kortfattat om de meningsbärande enheternas innehåll. Efteråt skapades olika subkategorier som jämfördes efter skillnader och likheter som mynnade ut till kategorier. Kategorierna symboliserar det centrala budskapet från samtliga intervjuer (Graneheim & Lundman 2004). Dataanalysen resulterade i åtta subkategorier samt tre kategorier. Dataanalysen diskuterades fortlöpande i grupp tillsammans med handledare och andra studenter i handledningsgruppen. Diskussionen i handledningsgruppen har konstruktivt hjälpt till att se förbättringar eller förslag på ändringar. Att fler personer reflekterar och diskuterar materialet gör att tillförlitligheten i studien ökar. Tabell 2 beskriver exempel från analysarbetet på meningsbärande enheter, kondenseringar, koder, subkategorier samt kategorier.

Tabell 2. Exempel från analysarbetet.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Eee med vikt och längd, när vi träffar på hälsokontroller tar vi med vikt och längd och skriver in det på kurvan...tillväxtkurvan och så försöker man titta också hur...hur barnet ser ut ...mmm..jaa	Vid hälsokontroller tas längd och vikt och skrivs in på tillväxtkurvan och BVC-sköterskan ser hur barnet ser ut	Tillväxtkurva och utseende på barnet	Identifiera övervikt och fetma hos barn	Det förebyggande arbetet är riktat till såväl barn som föräldrar
....och så är det ju det här att man ska tänka på att man inte ska dra sig så mycket för att ta upp det här ämnet även om det kan kännas lite känsligt att ta upp...just det här med att man inte ska få föräldrarna att känna skam....	Man ska tänka på att inte dra sig så mycket för att ta upp det här ämnet även om det kan vara lite känsligt och för att inte få föräldrarna att känna skam	Känslofyllt ämne att samtala kring	Att ha modet att samtala om barnets viktproblem	Viktigt att våga lyfta frågan om barns övervikt och fetma
....ja...för det saknar jag lite grann,, det här med tydliga riktlinjer...för nu känner jag liksom en rädsla när jag pratar om det här med barnen och föräldrarna att liksom tänk om det kommer att bli fel och att barnet får en ätstörning liksom...det vill man ju inte vara delaktig i ju....man får hela tiden tänka till hur man ska göra....	BVC-sköterskan saknar tydliga riktlinjer lite grann. Känner rädsla vid samtal med föräldrarna och barnen att något kan bli fel och att barnet kan få en ätstörning. Det vill man inte vara delaktig i, man får hela tiden tänka till	Avsaknad av riktlinjer skapar känsla av rädsla att orsaka ätstörning	Riktlinjer skapar trygghet i BVC-sköterskans arbete	BVC-sköterskan behöver stöd och trygghet i sitt arbete med övervikt och fetma hos barn

2.6 Forskningsetiska överväganden

Då deltagandet i studien var frivilligt samt att studien genomfördes via intervjuer av personal bedömdes det att det inte fanns skäl till att söka tillstånd hos forskningsetisk kommitté. Godkänt tillstånd från verksamhetscheferna på hälsocentralerna där studien genomfördes har erhållits. Samtliga informanter fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte från författaren och även information att det var frivilligt samt att de kunde avbryta sitt deltagande utan vidare förklaring, detta utifrån den forskningsetiska principen ”göra gott och inte skada” som ligger till grund för omvårdnadsforskning i Norden (Sykepleiernes Samarbeide i Norden 2015). Informanterna gav sin tillåtelse att data från intervjuerna fick användas i denna studie, författaren garanterade även deltagarna utifrån konfidentitetsprincipen att all data behandlades konfidentiellt och innehållet avkodades så att inte deltagarnas integritet hotades. Materialet förvarades inlåst på olika avskilda ställen tills studien var färdig och behandlades så att inte deltagarnas identiteter avslöjades. De inspelade intervjuerna samt det transkriberade materialet har efter att examensarbetet godkänts raderats. Detta i samstämmighet med etiska aspekter för forskning som innefattar människor (Helsingforsdeklarationen 2008; Kvale & Brinkmann 2014; Sykepleiernes Samarbeide i Norden 2015).

Polit och Beck (2012) beskriver att det kan finnas olika risker att delta i en studie. Författaren anser att det fanns en risk att de deltagande BVC-sköterskorna skulle uppleva det känslomässigt ansträngande då de lämnade ut sitt arbetssätt med patientgruppen överviktiga och feta barn. Det fanns även en risk att de skulle känna ett visst obehag att låta sig intervjuas av en okänd människa. För att försöka motverka dessa risker samtalande författaren i ett lugnt skede med deltagarna innan intervjun startade om vad intervjuguiden handlade om i stora drag utan att gå in på detaljfrågorna, författaren påminde även deltagarna om vem som kommer att ha tillgång till intervjuerna (Kvale & Brinkmann 2014). Författaren informerade även deltagarna i studien om att examensarbetet kommer att finnas fritt tillgänglig på Högskolan i Gävles databas DIVA när den är godkänd. Författaren har även erbjudit att skicka en kopia av arbetet via mail till samtliga deltagare.

3. Resultat

Resultatet presenteras i löpande text utifrån de kategorier och subkategorier som författaren kommit fram till i analysprocessen. Analysen resulterade i tre kategorier med sammanlagt åtta subkategorier som presenteras i tabell 3. De kategorier som framkom var följande: *Det förebyggande arbetet är riktat till såväl barn som föräldrar*, *Viktigt att våga lyfta frågan om barns övervikt och fetma* samt *BVC-sköterskan behöver stöd och trygghet i sitt arbete med övervikt och fetma hos barn*. Under varje kategori presenteras de subkategorier som lyfts fram under analysprocessen. Beskrivning av kategorier och subkategorier presenteras i tabellen nedan (Tabell 3). Resultatets innehåll styrks av citat från intervjuerna med BVC-sköterskorna. En siffra efter citaten beskriver från vilken intervju citatet kommer ifrån.

Tabell 3. Beskrivning av kategorier och subkategorier.

Kategorier	Subkategorier
Det förebyggande arbetet är riktat till såväl barn som föräldrar	Identifiera övervikt och fetma hos barn
	Stödjande hälsosamtal
	Föräldrars förhållningssätt och livsstil har betydelse för ett lyckat arbete
Viktigt att våga lyfta frågan om barns övervikt och fetma	Att ha modet att samtala om barnets viktproblem
	Kunna möta föräldrar i ett känsloladdat ämne
	Samtala varsamt och anpassa till föräldrars behov
BVC-sköterskan behöver stöd och trygghet i sitt arbete med övervikt och fetma hos barn	Riktlinjer skapar trygghet i BVC-sköterskans arbete
	Stödet från kollegor ger mod

3.1 Det förebyggande arbetet är riktat till såväl barn som föräldrar

Denna kategori beskriver BVC-sköterskans förebyggande arbete med barns övervikt och fetma. Kategorin beskriver även hur BVC-sköterskor identifierar övervikt och fetma hos barn samt hur de arbetar med stödjande hälsosamtal. Denna kategori består av tre subkategorier: *Identifiera övervikt och fetma hos barn*, *Stödjande hälsosamtal* samt *Föräldrars förhållningssätt och livsstil har betydelse för ett lyckat arbete*.

Identifiera övervikt och fetma hos barn

De uppgav att de vägde och mätte barnen vid besöken på BVC för att se hur barnet förhöll sig på tillväxtkurvan och BMI kurvan. BVC-sköterskorna var eniga om att tillväxtkurvan var ett pedagogiskt och viktigt verktyg för att identifiera övervikt hos ett barn. Samtliga BVC-sköterskor uppgav att tillväxtkurvan även på ett tydligt sätt hjälpte till att vägleda föräldrarna att se sitt barns tillväxt och utveckling.

”Ja...det är ju på den här tillväxtkurvan som man ser att det drar iväg och så har vi ju också BMI uträkning där på kurvan så man får ju upp BMI där när man har vägt och mätt barnen och då kan man se där om det drar iväg där” (3)

Det är oftast vid tre års ålder som tendenser till övervikt kan börja ses hos barnen men att det är främst vid fyra års ålder som BVC-sköterskan har fokus på BMI kurvan. Det beskrevs även att det var svårt att upptäcka övervikt och fetma när barnen är yngre då barnen inte hade börjat att röra på sig i samma utsträckning som vid tre års ålder. Ett flertal BVC-sköterskor uppgav att de även med blotta ögat gjorde en visuell bedömning vid hälsokontrollerna för att identifiera eventuell övervikt hos barnen.

”Ja...hur jag upptäcker....ofta har jag lite öga för det att jag ser det ja....jag brukar reagera redan när dom är vid 3 års ålder faktiskt och titta lite... pratar även om att det kommer även ett tillfälle när barnet är 4 år där man tittar mera riktat på det här med BMI ...” (6)

Stödjande hälsosamtal

BVC-sköterskorna beskrev att de arbetar med regelbundna hälsosamtal i olika åldrar med barnen och deras föräldrar. Hälsosamtalen berör barnets utveckling, rörelsemönster och tillväxt. BVC-sköterskorna uppgav att det var av vikt att de arbetade förebyggande med barnen i tidig ålder. Ett tidigt förebyggande av övervikt och fetma minskar risken för barnen att drabbas av följsjukdomar längre fram i livet enligt BVC-sköterskorna. De betonade tillika att det är av vikt att göra föräldrarna medvetna om en hälsosam livsstil redan då de träffas när barnen är bebisar. Hälsosamtalen uppgavs vara en grund för sådant stöd. BVC-sköterskorna arbetade för att medvetandegöra föräldrarna om betydelsen av en hälsosam kosthållning och vikten av att barn deltar i olika fysiska aktiviteter beroende på ålder. BVC-sköterskorna uppgav att de ser en ökning över tid i stillasittande hos barnen samt en ökad skärmtid framför datorn, mobil och TV och att de i hälsosamtalen försöker finna aktiviteter tillsammans med barnen och deras föräldrar som barnen tycker om för att de ska komma ut och leka mer.

”ja, det är ju inte hälsosamt och vi vet ju att det leder till att liksom att det är en större risk för diabetes och högt blodtryck ochman vet ju att barn som är överviktiga är det livet ut...så det finns ju mycket att hämta om man lyckas fånga upp dom tidigt...” (5)

”dom behöver liksom ut och gå, hoppa på stenar och ja...grenar liksom så där , ha olika aktiviteter....det tror jag är viktigt ...” (7)

Föräldrars förhållningssätt och livsstil har betydelse för ett lyckat arbete

Samtliga BVC-sköterskor beskrev att då det hade fungerat bra i det förebyggande arbetet var när BVC-sköterskorna kände att föräldrarna hade ett bra förhållningssätt till att göra de förändringar som krävdes för att barnet skulle minska i vikt. De uppgav att föräldrars inställning till förändring var avgörande när det gällde barn. BVC-sköterskorna beskrev att det var viktigt att föräldrarna fick insikt i barnets problematik i ett tidigt skede. Föräldrar som upplevdes vara intresserade och medvetna om problemet med övervikt och fetma hos sitt barn samt lyfte frågan själv bidrog till en öppen och bra dialog i det förebyggande arbetet.

”Ja....dom gånger det fungerar då har man ju föräldrarna med på tågetdet är ju väldigt avgörande det när det gäller barn ...att dom kanske tar till sig ...” (5)

BVC-sköterskorna uppgav att bland annat barns livsstil och kost är en viktig del i föräldraskapet. Att barn blir överviktiga uppgavs av BVC-sköterskorna vara ett föräldraansvar att de bör ha en sund livsstil inom familjen men samtidigt betonade de att BVC-sköterskans arbete och ansvar är att medvetandegöra och vägleda föräldrarna i rätt riktning. De beskrev att det blev svårarbetat för BVC-sköterskorna om föräldrarna inte tog sitt föräldraansvar och fick insikt i barnets överviktsproblematik.

”Jag menar att dom blir medveten om att det här är en viktig del i deras föräldraskap så skulle jag vilja säga...det är viktigt...det ingår i föräldraskapet att vara medveten om det här och den möjligheten tycker jag att jag har ...eller min roll är att medvetandegöra föräldrarna vikten utav det här så att vi inte landar i det här att alla barn är överviktiga eller att alla barn är överviktiga men vi ser ju mer och mer att det går åt det hållet” (4)

Det framkom att vissa BVC-sköterskor upplevde sig kunna se ett visst samband mellan barnens övervikt och föräldrars inkomst och utbildningsnivå samt hos ensamstående eller skilda föräldrar. De uppgav att de hade erfarenheter av att se ett samband mellan övervikt hos barnen och bristande kunskap hos föräldrarna. BVC-sköterskorna beskrev även att det var svårt att nå fram till och arbeta förebyggande när föräldrarna inte hade intresset eller kunskapen om bland annat kost och motion.

*...och man kan ju definitivt se att det hänger ihop med...inkomstnivåer och utbildningsnivåer
....(5)*

3.2 Viktigt att våga lyfta frågan om barnets övervikt och fetma

Denna kategori består av tre subkategorier som beskriver det känsloladdade ämnet att lyfta frågan om barns övervikt och fetma. Kategorin beskriver även BVC-sköterskans samtal med föräldrarna till överviktiga barn samt problematiken och svårigheterna som kan uppstå under samtalet. Innehållet i denna kategori är följande subkategorier; *Att ha modet att samtala om barnets viktproblem, Kunna möta föräldrar i ett känsloladdat ämne* samt *Samtala varsamt och anpassa till föräldrars behov*.

Att ha modet att samtala om barnets viktproblem

Samtliga BVC-sköterskor beskrev att barns övervikt och fetma är ett känsligt ämne att ta upp med barnens föräldrar. Många BVC-sköterskor uppgav att det var viktigt att våga ta upp problematiken kring barns övervikt och fetma när den uppkom, att de inte drog ut på det på grund av deras egen rädsla. De uppgav att de ofta upplevt att föräldrar tar illa upp och i vissa fall blir förnärmade när BVC-sköterskorna påtalar att deras barn är överviktigt samtidigt som de betonade att BVC-sköterskorna har ansvar för att ta upp dessa frågor.

”jag har ju upplevt att vissa ibland kan känna sig förnärmad och det kanske jag också skulle bli om nån skulle säga till mig att jag hade en övervikt....men samtidigt så måste man ju kunna ta upp det här som BVC-sköterska ju ...” (8)

Det framkom även att det fanns en rädsla hos vissa BVC-sköterskor att ge föräldrarna skuld känslor, kränka föräldrarna eller på något sätt få dem att känna sig som dåliga föräldrar när de tog upp problematiken om övervikt och fetma hos deras barn. En del BVC-sköterskor beskrev att de generellt var dåliga på att vara tydliga när de lyfte upp ämnet, de beskrev att de drog sig lite för det och inte var tillräckligt raka i kommunikationen på grund av BVC-sköterskornas rädsla för hur föräldrarna till barnen ska reagera.

”Det är ju hmmm det är kanske min egen känsla men jag är rädd för att föräldrarna ska känna skam och skuld så jag kanske krånglar till det lite för mycket i stället för jag tror nog att dom ska tycka att det är hemskt att jag tar upp det så med det där..... och så är det ju det här att man ska tänka på att man inte ska dra sig så mycket för att ta upp det här ämnet även om det kan kännas lite känsligt att ta upp...just det här med att man inte ska få föräldrarna att känna skam...”(3)

Kunna möta föräldrar i ett känsloladdat ämne

Många BVC-sköterskor beskrev att det ibland kan vara en utmaning att arbeta med barns övervikt och fetma när föräldrarna själva är överviktiga. De beskrev att de uppfattar att föräldrarna då ofta tänker på sin egen övervikt och kan ta väldigt illa upp när frågan lyfts. En del BVC-sköterskor beskrev att det fanns en risk och rädsla av att hota föräldrarnas integritet och att det kan bli ett svårt och känsloladdat möte. De beskrev en känsla av att trampa föräldrarna på tårna och att BVC-sköterskorna då får ta upp ämnet på ett försiktigare sätt för att undvika att föräldrarna blir ledsna.

” Ja...det kan vara ett väldigt känsligtämne...ofta det kan handla om föräldrarnas egna erfarenheter ...föräldrarna är överviktiga.... kan vara svårigheter ja...och kan vara väldigt känsloladdat upplever man...” (1)

BVC-sköterskorna beskrev att det är svårt att berätta för föräldrarna att barnet väger för mycket utan att föräldrarna tar till försvarsmekanismer som uttrycks på olika sätt. De beskrev också att många gånger är föräldrarna lite blinda för sitt eget barn och har inte samma uppfattning som BVC-sköterskan. BVC-sköterskorna beskrev att de största svårigheterna är att inte klanka ner på familjens livsstil, många gånger kan BVC-sköterskorna utläsa en skuld hos föräldrarna då är det är viktigt att skapa en bra relation med tillit med föräldrarna för att få ett bra möte.

”...då klankar man liksom ner på deras livsstildet tycker jag är största svårigheterna, då gäller det ju att få en bra relation med föräldrarna först innan ...” (8)

Samtala varsamt och anpassa till föräldrars behov

Samtliga BVC-sköterskor beskrev att det många gånger kan vara svårt att informera och tydliggöra barnets övervikt för föräldrarna. En del BVC-sköterskor beskrev att det var olika hur föräldrarna reagerade när ämnet togs upp för diskussion. Vissa av BVC-sköterskorna upplevde att föräldrarna till överviktiga barn blev arga och stötte ifrån sig informationen som BVC-sköterskan ville delge. De beskrev att det oftast var en chansning hur reaktionen hos föräldrarna blev och samtliga BVC-sköterskor försökte anpassa samtalen efter föräldrarnas reaktioner. De uppgav även att det viktigaste i samtalet är ordvalet och att inte prata så mycket när barnet är med.

”Ja....det är inte det lättaste om man säger så man väger ju sina ord och man tänker alltid ett extra varv på hur ska jag uttrycka mig nu ...”(5)

3.3 BVC-sköterskan behöver stöd och trygghet i sitt arbete med övervikt och fetma hos barn

Denna kategori består av följande subkategorier: *Riktlinjer skapar trygghet i BVC-sköterskans arbete* samt *stödet från kollegor ger mod*. Kategorin beskriver BVC-sköterskans behov och önskan att arbeta tryggt och professionellt samt tryggheten och den stora betydelsen i stödet från sina kollegor.

Riktlinjer skapar trygghet i BVC-sköterskans arbete

BVC-sköterskorna uppgav att de arbetar med övervikt och fetma hos barn utifrån Rikshandboken inom barnhälsovård som finns tillgänglig på internet. Flertalet BVC-sköterskor beskrev att de saknade mer utarbetade tydliga riktlinjer att arbeta utifrån hur de ska gå tillväga med barnen som har övervikt. Några uttryckte en önskan om en manual för tillvägagångssätt för övervikt och fetma hos barn att arbeta efter. Vissa BVC-sköterskor uppgav att de i nuläget kände en avsaknad av stöd i form av lokala riktlinjer samt en rädsla vid samtal med föräldrar och barn. De uppgav att tydliga riktlinjer skulle bidra till att BVC-sköterskan känner sig tryggare i sin roll samt att det skulle kunna ge en möjlighet att fånga upp fler barn.

”Ja...fanns det riktlinjer som är utarbetat så bidrar ju det till lite mer struktur och så kanske man kan fånga upp lite fler barn möjligen...” (5)

.....men en typ checklista skulle vara kanske bra och kännas tryggt att ha att arbeta efter för det finns ju liksom inte i rikshandboken(3)

Stödet från kollegor ger mod

Samtliga BVC-sköterskor beskrev att de kände ett stort stöd bland sina kollegor när problematik uppstod kring ämnet med barns övervikt och fetma. De uppgav att de gav stöd till varandra när svåra situationer uppkom. De beskrev även att de kände ett visst stöd från andra professioner som läkare men att det var bland kollegorna som de förde den stora dialogen hur de bland annat skulle lyfta frågan med föräldrarna så de inte tog illa upp samt att de ska känna sig trygga. Vissa av BVC-sköterskorna uppgav även att de hade kontakt med barnhälsovårdens psykologer för samtalsstöd som hjälp för sin egen del att tackla problemen kring svåra situationer som uppstått om behov fanns. Flertalet BVC-sköterskor uttryckte att det var viktigt att prata med sina kollegor och ge stöd till varandra så att det blev till det bästa möjliga för barnet i situationen.

”vi kollegor stöder ju varandra i det här absolut för det är ju ibland rätt svåra situationer så då pratar vi med varandra och stöttar.... Det är viktigt, vi pratar hur vi ska lägga upp det och så....så det ska bli bäst för barnet” (3)

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet i denna studie formulerades till tre kategorier: *Det förebyggande arbetet är riktat till såväl barn som föräldrar, Viktigt att våga lyfta frågan om barns övervikt och fetma samt BVC-sköterskan behöver stöd och trygghet i sitt arbete med övervikt och fetma hos barn.*

BVC-sköterskan arbetade med att identifiera barns övervikt och fetma med hjälp av tillväxtkurvan och genom stödjande hälsosamtal men använde även sin erfarenhet och en klinisk blick för att försöka fånga upp de barn som har övervikt och fetma. Det framkom att det var svårt att identifiera barns övervikt och fetma innan tre års ålder men att det var av största vikt att det förebyggande arbetet sattes in i tidig ålder för att undvika de konsekvenser som övervikt och fetma kan medföra längre fram i livet. Resultatet visade att det fanns svårigheter i arbetet med barns övervikt och fetma. Det är ett känsligt ämne och resultatet betonade att det var viktigt att som BVC-sköterska ha modet att lyfta frågan samtidigt som samtalet måste vara varsamt och anpassat efter barnens och föräldrarnas behov. För att lyckas med detta önskade BVC-sköterskorna att det fanns tydligt utformade lokala riktlinjer att arbeta efter kring barns övervikt och fetma för att öka tryggheten i sin yrkesroll samt eventuellt lyckas fånga upp fler barn som tenderar att bli överviktiga. Resultatet belyste även att BVC-sköterskorna upplevde att de kunde göra skillnad i sitt arbete när de arbetade med föräldrar med en positiv inställning och vilja till förändring.

4.2 Resultatdiskussion

BVC-sköterskorna i föreliggande studie beskrev att de använde tillväxtkurvan som ett verktyg för att identifiera övervikt och fetma hos barn men även som ett hjälpmedel för att tydliggöra barnets tillväxt och viktutveckling för föräldrarna. Liknande resultat visade även en svensk intervjustudie av Regber, Mårild & Johansson- Hanse (2013) som beskrev att BVC-sköterskor arbetade med och identifierade övervikt hos barn med hjälp av tillväxtkurvan. Studien belyste även att sjuksköterskan identifierade barns övervikt genom att de gjorde en visuell bedömning liknande den som BVC-sköterskorna i föreliggande studie gjorde. Studien visade även att tillväxt och BMI kurvan hjälpte till att kommunicera med föräldrarna om barnets viktstatus (Regber,

Mårlid & Johansson- Hanse 2013). Att BMI och tillväxtkurvan är ett bra verktyg att samtala kring vid barns övervikt bekräftas även av Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten (2009).

I föreliggande studie uttryckte BVC-sköterskorna att det var av betydelse för barnets framtida hälsa att övervikt förebyggdes i tidig ålder i syfte att minska risken att drabbas av olika följsjukdomar längre fram i livet. Ek et al. (2014) beskrev i en svensk studie att svårt överviktiga barn hade en hög prevalens att drabbas av bland annat prediabetes som följd av sin övervikt. För att förhindra konsekvenserna som följer barns övervikt och fetma är det av betydelse att övervikten upptäcks i ett tidigt skede i livet vilket bekräftades i en litteraturstudie av Verrotti et al. (2014).

BVC-sköterskorna i föreliggande studie betonade att de stödjande hälsosamtalen låg till grund för förändring genom att medvetandegöra barnens föräldrar om problemet samt för att göra dem delaktiga för förändring. BVC-sköterskorna betonade att barnens hälsa var en viktig del av föräldraskapet att vara uppmärksam på. De menade att det var viktigt att som föräldrar vara medvetna om och uppmärksamma på sitt barns överviktsproblematik. De betonade även att det var BVC-sköterskans roll att medvetandegöra och bekräfta föräldrarna. Liknande resultat framkom även i en studie av Regber, Mårlid och Johansson-Hanse (2013) där resultatet visade att föräldrar som var positivt inställda och tog initiativ till förändring underlättade det förebyggande arbetet vid barns övervikt. Johansson, Landahl och Adolfsson (2011) beskrev i en intervjustudie att det är viktigt att BVC-sköterskan stärker föräldrarnas självförtroende till sin egen förmåga. Detta underlättas i en dialog mellan BVC-sköterska och föräldrarna när problemfyllda situationer ska lösas. Vidare beskrevs att BVC-sköterskan bör bygga upp och skapa en förtroendefull relation med föräldrarna samt stödja dem i deras roll som föräldrar.

I föreliggande studie uppgavs att föräldrars inställning till förändring var av betydelse för att BVC-sköterskan skulle lyckas att stödja föräldrarna i sitt arbete med barns övervikt och fetma. Föräldrar som var intresserade och hade viljan till ny kunskap bidrog till en positiv dialog med BVC-sköterskorna i det förebyggande arbetet. Även Park et. al. (2013) har även i sin studie visat att det är av värde att hela familjen var intresserade av förändring för att behandla övervikten på ett effektivt och bra sätt.

Några av BVC-sköterskorna i föreliggande studie beskrev att det upplevde sig kunna se en koppling mellan barns övervikt och fetma och deras föräldrars inkomst och utbildningsnivå. Att övervikt hos barn är relaterat till lägre socioekonomiska förhållanden visades även i en studie av Bammann et. al. (2013) där skillnader och likheter undersöktes i åtta europeiska länder mellan ekonomiska faktorer, socioekonomisk status hos föräldrarna och förekomst av övervikt hos barn.

BVC-sköterskorna i föreliggande studie beskrev att det ibland var svårt att lyfta frågan med föräldrarna till överviktiga barn. De kände sig rädda för att eventuellt kränka föräldrarna på något sätt eller få dem att känna sig som dåliga föräldrar. Samtliga BVC-sköterskor tog ändå upp ämnet för diskussion med föräldrarna trots dess känslighet då de uppgav att det var en del av jobbet samt för barnets bästa. Flera studier påvisar att barns övervikt är ett känsligt ämne att prata om enligt BVC-sköterskor (Edvardsson, Edvardsson & Hörsten 2009; Isma et al. 2012; Regber, Mårlid & Johansson-Hanse 2013). Enligt Söderlund-Linhe, Nordqvist, Angbratt & Nilsen (2009) är det svårt att prata om barns övervikt med föräldrar som själva är överviktiga. Vidare beskrevs att dessa föräldrar ansåg sig som friska och inte alls överviktiga och ansåg då även att deras barn inte hade något problem och ville därmed inte ha någon viktrådgivning. Resultatet från en svensk studie av Mangrio, Lindström och Roswall (2010) betonade att barn till överviktiga eller feta föräldrar var starkt förknippat med barnens egen övervikt eller fetma.

I föreliggande studie beskrev BVC-sköterskorna att föräldrarna ibland kunde ge uttryck för en viss aggressivitet när överviktsproblematiken lyftes upp under samtalet med de föräldrar som inte såg sitt barn som överviktigt eller när föräldrarna själva hade överviktsproblem. Isma et al. (2012) beskrev i en svensk studie att BVC-sköterskan kan mötas av aggressivitet från föräldrarna som inte ser barnets övervikt som något problem. Vidare beskrevs att föräldrarna upplevdes bli provocerade utav BVC-sköterskorna när diskussionen om barnets övervikt lyfts upp, det beskrevs även att det var av vikt med en tillitsfull relation mellan sjuksköterska och förälder och en delaktighet från föräldrarna för att underlätta samtalet.

Enligt BVC-sköterskorna i föreliggande studie upplevde de många gånger att de behövde välja sina ord med omsorg när de tog upp problematiken kring barns övervikt och fetma. BVC-sköterskorna beskrev att de försökte anpassa samtalen efter varje förälders och barns reaktion. Att BVC-sköterskor ofta behöver anpassa sig för att möta

olika familjers behov framkommer även i en studie av Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2013).

Samtliga BVC-sköterskor beskrev att de arbetade med barns övervikt och fetma utifrån Rikshandboken för barnhälsovård. Trots detta uttryckte BVC-sköterskorna i föreliggande studie en önskan av tydligare utformade lokala riktlinjer att arbeta efter när det gäller barns övervikt och fetma. De menade att det kunde göra att de kände sig tryggare i sitt arbete och eventuellt kunna fånga upp fler barn. Att det saknas ett program för BVC-sköterskan att arbeta efter när det gäller barns övervikt framkom i en studie av Isma, Bramhagen, Ahlström, Östman & Dykes (2013). Även en australisk studie av Robinson, Denney-Wilson, Laws & Harris (2013) uppger att det finns en avsaknad på tydliga riktlinjer att arbeta utifrån gällande barns överviktsproblematik.

Resultatet i föreliggande studie visar att BVC-sköterskor har ett behov av stöd i sin roll när de förmedlar det känsloladdade ämnet om övervikt och fetma hos barn. De uppgav att de kände ett stöd från andra professioner såsom bland annat läkare samt beskrev att de hade tillgång för samtalsstöd från barnhälsovårdens psykologer om behov efterfrågades. Trots detta betonade BVC-sköterskorna att det stora stödet kommer ifrån kollegorna. Med kollegor menade BVC-sköterskorna andra BVC-sköterskor. De kände behov av att samtala med sina kollegor kring problem och svåra situationer som uppkom med barns överviktsproblematik. De gav råd och stöd till varandra för att det skulle bli till barnets bästa i situationen. Författaren till föreliggande studie har inte funnit några artiklar som beskriver BVC-sköterskans kollegiala stöd till varandra men behovet av kollegialt stöd visas av Cameron, Harbison, Lambert och Dickson (2011). Studien beskriver att stödet bland kollegor har betydelse för bland annat en bra kommunikation i svårigheter men även för att utbyta erfarenheter.

Resultatet som framkom i föreliggande studie påvisar att Orems omvårdnadsteori (Orem 2001) kan vara ett stöd och tillämpbar i arbetet med barns övervikt och fetma. Orems omvårdnadsteori överensstämmer med föreliggande studie om att kunskap och den egna viljan till förändring är en stor del för att utföra egenvård. Enligt Orem kan vårdaren utgöra ett komplement till patienten genom att motivera och förmedla kunskap. Vårdaren i denna studie är BVC-sköterskan. Enligt Orem (2001) måste människan själv ta beslutet för förändring och handling. I föreliggande studie i likhet med Orems teori beskrev BVC-sköterskorna att föräldrarna till barnen måste göra förändringar för att motverka barnens övervikt och fetma.

4.3 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenheter och reflektioner i arbetet med övervikt och fetma hos barn mellan 3 och 5 år. För att få svar på studiens syfte genomfördes studien som en beskrivande design med en kvalitativ ansats då författaren syftade till att samla in data i berättande form och med beskrivna upplevelser (Polit & Beck 2012). Semistrukturerade intervjuer användes utifrån en frågeguide som utformades av författaren i samråd med handledare. Frågeguiden ökar studiens pålitlighet och används för att samma information efterfrågades (Graneheim & Lundman 2004).

Trovärdigheten inom kvalitativa studier utvärderas genom begreppen: *Credibility* (giltighet), *dependability* (tillförlitlighet) samt *transferability* (överförbarhet) (Graneheim & Lundman 2004).

Intervjuerna gjordes i två olika landskap i samma län i Mellansverige. Verksamheterna där intervjuerna genomfördes var belägna både i större tätort samt på mindre orter utspridda i länet. Detta för att uppnå en spridning och variation av olika erfarenheter (Lundman, Hällgren & Graneheim 2012). Intervjuerna som låg till grund för resultatet bearbetades och genomfördes med stöd av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Författaren rekryterade deltagarna genom ett ändamålsenligt urval, det vill säga att deltagarna skulle ha kunskap inom ämnet och då ha möjlighet till att bidra till att svara på studiens syfte. Genom detta urval ökar resultatets trovärdighet då urvalet av deltagare har betydelse för trovärdigheten enligt Graneheim och Lundman (2004). Samtliga deltagare i föreliggande studie var kvinnor. Lundman, Hällgren och Graneheim (2012) anser att det finns en chans till större variation av erfarenheter med deltagande av både kvinnor, män och i detta fall varierande utbildningsbakgrunder med olika specialistutbildningar. Studiens trovärdighet stärks då deltagarna i föreliggande studies verksamma år som BVC-sköterska varierade och samtliga deltagare hade erfarenhet av att arbeta med övervikt och fetma hos barn.

En pilotintervju genomfördes för att stärka studiens tillförlitlighet (Polit & Beck 2012). Pilotintervjun gjordes även för att se om frågorna svarade på studiens syfte samt kontrollera ungefärlig tidsåtgång och då pilotstudien svarade på studiens syfte valdes den att inkluderas i studien i samråd med handledare. Pilotintervjuns genomförande och

material diskuterades i samråd med handledare och inga ändringar gjordes i intervjuguiden efter genomförd pilotintervju. Att intervjuerna skilde sig i tidslängd tror författaren berodde på den erfarenhet deltagarna hade, hur mycket deltagaren ville lämna ut sig själv och sitt arbetssätt samt författarens förmåga att ställa följdfrågor. Samtliga intervjuer svarade på studiens syfte och gav författaren innehållsrik information. Deltagarna i studien fick bestämma var och när intervjuerna skulle genomföras och fick inte tillgå intervjuguiden i förväg. Deltagarna blev istället påmind om frågeområdena i intervjuguiden före intervjutillfället, detta för att författaren ville få deltagarna att spontant delge sina reflektioner och erfarenheter (Kvale & Brinkmann 2014). Alla intervjuer genomfördes på deltagarnas arbetsplatser under ordinarie arbetstid. Samtliga deltagare genomförde intervjuerna utan att avbryta. Alla intervjuer genomfördes avskilt utan avbrott på grund av tekniska problem eller yttre störningsmoment.

Intervjuerna pågick från februari till och med april 2016 och analysprocessen pågick under en begränsad tid och skedde i nära anslutning till analysarbetet vilket stärker studiens pålitlighet. Samtliga intervjuer lyssnades igenom och transkriberades ordagrant, därefter läste författaren igenom materialet ett flertal gånger för att få en känsla av helhet. Samtliga intervjuer och transkriberingar och analysprocessen genomfördes av författaren. Analysen bearbetades med att utforma meningsbärande enheter, kondenseringar, koder, subkategorier och kategorier samt diskuterades fortlöpande av författaren tillsammans med handledare och övriga studenter i handledningsgruppen. Diskussionen gjordes en gång i veckan och innebar att respons med konstruktiv kritik har givits i handledningsgruppen och även förslag på förbättringar och ändringar. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar tillförlitligheten i studien då fler personer diskuterat och reflekterat över materialet.

Överförbarhet handlar om att studiens resultat kan användas inom andra grupper, miljöer eller tillämpas i andra studier. Det är upp till läsaren själv att bedöma studiens resultats överförbarhet. Författaren till föreliggande studie har försökt att noggrant beskriva en klar bild av urvalsmetod, undersökningsgrupp, datainsamling och process för analys samt en tydlig resultatpresentation tillsammans med lämpliga citat för att ge läsaren en möjlighet till en bedömning om studiens överförbarhet (Graneheim & Lundman 2004).

4.4 Kliniska implikationer för omvårdad

Resultatet som framkom i denna studie kan vara av betydelse för BVC-sköterskornas arbete med barns övervikt och fetma. Resultatet gav en bild hur BVC-sköterskor arbetade med barns övervikt och fetma samt med deras föräldrar. Vidare visade resultatet vilka verktyg som behövs för att utveckla detta arbete för att öka tryggheten hos BVC-sköterskorna i sitt arbete samt möjligen kunna fånga upp flera barn tidigt som tenderar till att bli överviktig. Resultatet beskrev även vilka förutsättningar BVC-sköterskorna har och de svårigheter som finns kring barns övervikt och fetma. Resultatet belyser BVC-sköterskornas svårigheter att lyfta frågan och samtala kring barns övervikt och fetma med deras föräldrar. Resultatet i föreliggande studie kan användas som ett stöd för BVC-sköterskor att lyfta fram dessa svårigheter och möjliggöra förbättringar som ger ett bättre stöd för att möta de utmaningar som uppstår i arbetet med barns övervikt och fetma samt med deras föräldrar. Resultatet kan även möjligen användas som underlag för förbättringsarbeten.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Studien belyser BVC-sköterskornas erfarenheter och reflektioner i sitt arbete med barns övervikt och fetma. Vidare intressant forskning skulle vara en intervjustudie ur föräldrarnas perspektiv som belyser föräldrarnas erfarenheter och tankar kring hälsosamtal med BVC-sköterskan gällande deras barns övervikt och fetma.

4.6 Slutsats

BVC-sköterskan använder sin kunskap, erfarenhet och de hjälpmedel som finns för att medvetandegöra barnets föräldrar i sitt arbete med barns övervikt och fetma för att det ska bli så bra som möjligt för barnet i framtiden. Övervikt hos barn handlar oftast om en osund livsstil inom hela familjen och föräldrarna bär ansvaret för barnets hälsa. Övervikt och fetma hos barn är ett känsligt ämne och BVC-sköterskan behöver känna trygghet i sitt arbete från kollegor och ha tillgång till tydligare lokala riktlinjer att arbeta efter för att lyckas i sitt arbete med barns övervikt och fetma samt med deras föräldrar.

Referenser

Bammann, K., Gwozdz, W., Lanfer, A., Barba, G., De Henauw, S., Eiben, G., Fernandez-Alvira, J.M., Fernandez-Alvira, J.M., Kovács, E., Lissner, L., Moreno, L.A., Tornaritis, M., Veidebaum, T & Pigeot, I. (2013). Socioeconomic factors and childhood overweight in Europe: results from the multi-centre IDEFIC study. *Pediatric obesity*, 8(1), ss. 1-12. DOI:10.1111/j.2047-6310.2012.00075.x

Bergström, E. & Blomquist, H. K. (2009). Is the prevalence of overweight and obesity declining among 4-year-old Swedish children? *Acta Paediatrica*, 98(12), ss. 1956-1958. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2009.01490.x

Cameron, S., Harbison, J., Lambert, V. & Dickson, C. (2011). Exploring leadership in community nursing teams. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), ss. 1469-1481.

Cole, T.J., Bllizzi, M.C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2002). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), ss.1240-1243.

De Coen, V., De Bourdeaudhuij, I., Verbestel, V., Maes, L., & Vereecken, C. (2013). Riskfactors for childhood overweight a 20 month longitudinal study of 3-6 year old children. *Public Health Nutrition*, 17(9), ss. 1993-2000. DOI: 10.1017/S1368980013002346

Edmunds, L. G. (2008). Social implications of overweight and obesity in children. *Journal for specialists in Pediatric Nursing*, 13(3), ss.191-200.

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

Ek, A, E., Rössner, S, M., Hagman, E., & Marcus, C. (2014). High prevalence of prediabetes in Swedish cohort of severely obese children. *Pediatric Diabetes*, 16(2), ss.117-128. DOI: 10.1111/pedi.12136

Fernández-Alvira, J, M., Mouratidou, T., Bammann, K., Hebestreit, A., Barba, G., Sieri, S., Reisch, L., Eiben, G., Hadjigeorgiou, C., Kovacs, E., Huybrechts, I., & Moreno, L.A. (2012). Parental education and frequency of food consumption in European children: the IDEFICS study. *Public Health Nutrition*, 16(3), ss.487-498. DOI: 10.1017/S136898001200290X

Graneheim, U, H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24, ss. 105-112.

Graversen, L., Sorensen, T., Petersen, L., Sovio, U., Kaakinen, M., Sandbaek, A., Laitinen, J., Taanila, A., Pouta, A., Jävelin, M,R., & Obel, C. (2014). Preschool weight and body mass index in relation to central obesity and metabolic syndrome in adulthood. *Plos one*, 9(3), DOI: 10.137/journal.pone. 0089986

Han, J., Lawlor, D., & Kimm, S. (2010). Childhood obesity. *The Lancet* 375(15), ss. 1737-1748.

Helsingforsdeklarationen (2008) WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

[2015-12-15]

Isma, E, G., Bramhagen, A, C., Ahlström, G., Östman, M., & Dykes A, K. (2012). Swedish child health care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(57), DOI: 10.1186/1471-2296-13-57

Isma, E, G., Bramhagen, A, C., Ahlström, G., Östman, M., & Dykes A, K. (2013). Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. *BMC Family Practice*, 14(143), DOI: 101186/1471-2296-14-143

Johansson, M., Landahl, I., & Adolfsson, A. (2011). How the health care nurse supports and enhances the child's attachment to their parents. *International Journal of Clinical Medicine*, 2(4), ss. 418-428. DOI:10.4236/ijcm.2011.2407

Jansson, A. & Danielsson, P. (2003). *Överviktiga barn. En handbok för föräldrar och proffs*. Stockholm: Forum.

Kelsey, M.M., Zaepfel, A., Bjornstad, P., & Nadeau, K. J. (2014). Age-Related Consequences of Childhood Obesity. *Gerontology*, 60(3), ss. 222-228. DOI: 10.1159/000356023

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

Ljungkrona-Falk, L., Brekke, K., & Nyholm, M. (2013). Swedish nurses encounters when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*, 29(4), ss. 730-738. DOI: 10.1043/heapro/dat023

Lundman, Hällgren och Graneheim. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (2010). *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber.

Mangrio, E., Lindström, M., & Roswall, M. (2010). Early life factors and being overweight at 4 years of age among children in Malmö, Sweden. *BMC Public Health*, 10(764), DOI: 10.1186/1471-2458-10-764

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

Mårild, S. & Hänni, A. (2014). Läkemedelsboken 2014. Kap Övervikt och Fetma.
http://www.lakemedelsboken.se/kapitel/nutrition/overvikt_och_fetma.html#facts_1
[2016-05-06]

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

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th edition). St. Louis, Mo: Mosby.

Park, M.H., Falconer, C.L., Saxena, S., Kessel, A.S., Croker, H., Skow, Á., Viner, R.M., & Kinra, S. (2013). Perceptions of health risk among parents of overweight children: A cross-sectional study within a cohort. *Preventive Medicine*, 57(1), ss. 55-59.
DOI:10.1016/j.ypmed.2013.04.002

Polit, D. & Beck, C, T. (2012). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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

Reilly, J.J., & Kelly, J. (2011). Long term impact of overweight and obesity in children and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int. J. Obes*, 35(7), ss. 891-898. DOI: 10.1038/ijo.2010.222.

Robinson, A., Denney-Wilson, E., Laws, R., & Harris, M. (2013). Child obesity prevention in primary health care: investigating practice nurse roles, attitudes and current practices. *Journal of Pediatric Child Health*, 49(4), DOI: 10.1111/jpc.12164.

Robinson, S., Yardy, K. & Carter, V. (2012). A narrative literature review of the development of obesity in infancy and childhood. *Journal of Child Health Care*, 16(4), ss.339-354.

Rosenthal, M.S., Crowley, A.A., & Curry, L. (2013). Family Child Care Providers' Selfperceived Role in Obesity Prevention: Working With Children, Parents, and External Influences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(6),
Doi:10.1016/j.jneb.2013.03.016

Shaikh.,U., Nettiksimmons, J., Joseph, J.G, Tancredi, D.J, & Romano, P.S. (2012). Clinical practice and variation in care for childhood obesity at seven clinics in California. *Quality in Primary Care*, 20(5), ss. 355-344.

Sjöberg, A., Moraesus, L., Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U., & Lissner, L. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obesity reviews*, 12(5), ss. 305-315.

Small, L., Anderson, D., & Mazurek, M. (2007). Prevention and early treatment of overweight and obesity in young children: A Critical Review and appraisal of evidence. *Pediatric Nursing*, 33(2), ss.149-161.

Sykepleiernes Samarbeide i Norden. (2015). Etiske retningslinjer for omvårdnadsforskning i Norden.

http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf
[2016-02-26]

Socialstyrelsen (2013). Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19016/2013-3-15.pdf>
[2016-04-29]

Socialstyrelsen (2014). Vägledning för barnhälsovården.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
[2016-04-29]

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

Vander Wal, J. & Mitchell, E, R. (2011). Psychological complications of pediatric obesity. *Pediatric clinic North AM*, 58(6), ss. 1393-1401.

DOI:10.1016/j.pcl.2011.09.008

Verrotti, A., Penta, L., Zenzeri, L., Agosinelli, S., & De Feo, P. (2014). Childhood obesity: prevention and strategies of intervention. A systematic review of school-based interventions in primary schools. *Journal of Endocrinological Invesstigation*, 37(12), ss. 1155-1164. DOI: 10.1007/s40618-014-0153-y

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

Waltin, K., Simpson, J, R., Darlington, G., & Haines, J. (2014). Parenting stress – a cross sectional analysis of association with childhood obesity, physical activity and TV viewing. *BMC Pediatrics*, 14(244), DOI: 10.1186/1471-2431-14-244

Weker, H. (2006.) Simple obesity in children – A study on the role of nutritional factors. *Medycyna Wieky Rozojowgo*, 15(3), ss. 224-231.

Wiklund-Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

WHO (2014).

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

[2016-04-29]

