

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2016:52

BVC-sjuksköterskans upplevelse av mötet med familjer med överviktiga barn

Ulrika Fransson

Karin Josefsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	BVC-sjuksköterskans upplevelse av mötet med familjer med överviktiga barn
Författare:	Ulrika Fransson och Karin Josefsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska
Handledare:	Karin Högberg
Examinator:	Björn-Ove Suserud

Sammanfattning

Det finns ett nära samband mellan ett barns övervikt och familjens livsstil. Familjen är därför en avgörande faktor för barnets framtida val av livsstil och därmed även för upplevelsen av hälsa och välbefinnande. BVC-sjuksköterskan har en unik roll i det hälsofrämjande arbetet med familjer med små barn. Ett viktigt preventivt arbete är att upptäcka övervikt i ett tidigt skede. Syftet med studien var att beskriva BVC-sjuksköterskors upplevelse av att möta familjer med överviktiga barn. Metoden är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Sex intervjuer med BVC-sjuksköterskor genomfördes utifrån en intervjuguide med semistrukturerade frågor. Analysen genomfördes enligt kvalitativ innehållsanalys.

Efter analys av materialet utkristalliserade sig tre kategorier med tillhörande underkategorier. Kategorierna är: "Lyhördhet med känsla", "Ett förhållningssätt som motiverar och inger hopp" och "Strategier i mötet med familjen". Kvalitativ intervju valdes i och med att ett fenomen i BVC-sjuksköterskans vardag skulle studeras. Intervjuguiden med de semistrukturerade frågorna gjorde att alla frågor ställdes till deltagarna, men kanske i olika ordning. Elo och Kyngäs kvalitativa innehållsanalys valdes för att analysera materialet för att den upplevdes som en enkel och överskådlig metod. Resultatdiskussionen lyfter bland annat fram tidigare forskning som visar att BVC-sjuksköterskor upplever att de undviker känsliga ämnen som övervikt på grund av brist på tydliga riktlinjer. Denna studie kom däremot fram till att BVC-sjuksköterskorna upplevde att de kunde ta upp övervikt tack vare välfungerande lokala riktlinjer, PM och lagstiftning.

Nyckelord: *BVC-sjuksköterska, överviktiga barn, upplevelse, lyhördhet, familj, riktlinjer, motivation*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Övervikt hos barn	1
Familjen	2
BVC-sjuksköterskans förhållningssätt	3
Samspel och kommunikation med familjen	4
PROBLEMFORMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Deltagare	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Lyhördhet med känsla	9
Känsligt ämne	9
Familjens medvetenhet	10
Samspelet med familjen	11
Relationens betydelse för upplevelsen av mötet	12
Ett förhållningssätt som motiverar och inger hopp	12
Motivera till ett föräldraansvar	12
Motivera genom att så ett frö	13
Vikten av motivationsarbete	14
Strategier i mötet med familjen	15
Riktlinjer som stöd i samtalet	15
Ett långsiktigt preventivt arbete	16
Enskilda samtal med föräldrarna	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Slutsats	24
REFERENSER	25

Bilaga 1 Brev till verksamhetschef

Bilaga 2 Information till deltagare

Bilaga 3 Intervjuguide

Bilaga 4 Tabell över analysprocess

INLEDNING

Inom barnhälsovården arbetar distriktssköterskor och barnsjuksköterskor som gemensamt kan benämnas BVC-sjuksköterskor, ett begrepp som kommer att användas i föreliggande studie. Många BVC-sjuksköterskor under vår versamhetsförlagda utbildning tyckte att övervikt var ett svårt och känsligt ämne att ta upp med föräldrarna. Vi kände att vi ville fördjupa oss i upplevelsen av mötet och uppmärksamma betydelsen av bemötandet av familjer med överviktiga barn.

BVC-sjuksköterskan som kontinuerligt träffar barn och familjer har en exklusiv möjlighet att upptäcka övervikt eller se riskfaktorer för övervikt. Det finns många vinster med att upptäcka ett barns övervikt i ett tidigt skede. Man kan få hälsovinster för den enskilda individen, för familjen och för den framtida folkhälsan. Enligt Agenda 2030 (Regeringskansliet 2016, s. 15) är ett av målen för hållbar utveckling att främja välbefinnande och säkerställa ett hälsosamt liv för alla åldrar.

Globalt och i Sverige är övervikt och fetma ett problem bland både barn och vuxna. I USA har var tredje barn i åldern 2-19 år övervikt eller fetma (Jansson & Nergårdh 2012, s. 557). Enligt WHO är fetma en av de fem främsta riskfaktorerna för ett förkortat friskt liv. I Sverige har fetman ökat bland både män och kvinnor mellan åren 2004-2015 (Folkhälsomyndigheten 2016, s. 60). För att tydliggöra och uppmärksamma betydelsen av bemötandet av familjer med överviktiga barn och vilka svårigheter det kan innebära vill vi undersöka BVC-sjuksköterskans upplevelse av mötet med familjer med överviktiga barn.

BAKGRUND

Övervikt hos barn

Enligt Sveriges kommuner och landsting, SKL, klassas inte övervikt hos barn som en sjukdom medan fetma är en internationellt registrerad diagnos. Av alla barn i Sverige lider 4-5 % av fetma. Obehandlad barnfetma ökar risken för följsjukdomar som hypertoni och diabetes (SKL 2014, s. 22). Enligt Angbratt, Ekberg, Walter och Timpka (2011) är övervikt hos barn i fyra till fem års ålder en riskfaktor för att få övervikt eller fetma senare i livet. Rikshandboken beskriver att överviktiga föräldrar riskerar att få överviktiga barn. För att bedöma och diagnostisera övervikt eller fetma hos barn används iso-BMI skalan. Iso-BMI skalan är utarbetad för att stämma överens med barns normala utveckling (Derwig 2014).

I Barnhälsovårdsrapporten från 2015 hade 14,7 % av flickorna och 9,9 % av pojkarna ett iso-BMI som definierades som övervikt vid 4 års ålder i Jönköpings län. Man noterade en svagt nedåtgående trend huvudsakligen bland pojkar med övervikt. Siffrorna visar att en större andel flickor hade övervikt vid 4 år än pojkar (Region Jönköpings län 2015, s. 23). Att vara överviktig som barn är en riskfaktor för att även vara överviktig som vuxen. Livskvaliteten för det enskilda barnet kan försämrats och risken för följsjukdomar ökar (Jansson & Nergårdh 2012, s. 557).

Socialstyrelsen (2014) menar att det behövs mer forskning för en evidensbaserad barnhälsovård. Det finns idag en del brister i det vetenskapliga underlaget och mer arbete behöver göras (Socialstyrelsen 2014, s. 35). Small, Anderson, Sidora-Arcoleo och Gance-Clevelands (2009) studie visar att enkla evidensbaserade riktlinjer och metoder saknas kring samtal om övervikt inom barnhälsovården. Enligt Edvardsson, Edvardsson och Hörnsten (2009) behövs mer forskning om BVC-sjuksköterskans bemötande av föräldrar till överviktiga barn. Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2013) hävdar också att mer kvalitativ forskning behövs för att få en djupare förståelse för de hinder som BVC-sjuksköterskor upplever när de ska förmedla livsstilsråd till föräldrar.

Barn kan få övervikt när nivån på den fysiska aktiviteten inte är i balans med hur mycket energi barnet konsumerar. Det kan också förekomma socioekonomiska skillnader i hur fysiskt aktiva olika familjer är (Derwig 2014). Timmons et al (2012) visar att fysisk aktivitet minskar risken för övervikt hos små barn och LeBlanc et al (2012) menar att det finns vetenskapligt stöd i att stillasittande barn får en mindre gynnsam viktutveckling. Ärftliga, sociala och kulturella aspekter är således av betydelse. SKL (2014, s. 22) och Derwig (2014) belyser att föräldrarnas utbildningsnivå och socioekonomiska status generellt sett är avgörande för barns utveckling av övervikt och fetma. Enligt Jansson och Nergårdh (2012, s. 558) spelar föräldrarna en stor roll när det gäller att lägga grunden för sunda levnadsvanor. Om en eller båda föräldrarna har övervikt är det större risk att ett barn med fetma kommer ha det även som vuxen. En studie gjord av Mangrio, Lindström och Rosvall (2010) visade att övervikt hos föräldrarna utgjorde en stor risk för att barnet också blir överviktigt. Den visade även att tidiga insatser behövs för att upptäcka överviktiga barn och förhindra att de utvecklar fetma.

Familjen

Ett barn är beroende av samspel med andra och för de allra flesta är den närmaste familjen viktigast för samspelet. Familjen kan sägas vara en avgörande faktor för att uppleva hälsa och välbefinnande (Dahlberg & Segesten 2010, s. 121). Ett patientfokuserat vårdande innefattar även familjen, speciellt när det gäller barn. Det vårdvetenskapliga perspektivet på en familj är dem som patienten själv väljer att kalla familj och att de personerna accepterar det. Föräldrarna har ansvar för sitt barn vad gäller tillgång till rätt och god vård och de har även rätt att ta beslut i frågor som rör vården (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 118-119).

Övervikt hos barn har ett nära samband med livsstilen i familjen. Familjer förhåller sig på olika sätt till matvanor och aktiviteter, vilka utgör en stor del av det dagliga livet och har stor betydelse för alla individer i familjen. Det sociala och emotionella stödet i en familj bidrar också till att främja hälsa hos barnet. Familjen har således en förebyggande och hälsofrämjande roll som innebär att lära barnet goda vanor, såsom näringsriktig kost och goda aktivitetsvanor. En del föräldrar kan känna sig osäkra i denna uppgift och har då stöd och vägledning från barnhälsovården (Kirkevold 2003, ss. 32-36).

I en studie gjord av Anti, Laurent och Tompkins (2016) berättade BVC-sjuksköterskor att det oftast är mamman i familjen som bestämmer såväl vilken mat som serveras hemma som vilka aktiviteter barnet ska ha. Därmed påverkar mammorna barnens vikt mest. Eftersom BVC-sjuksköterskorna upplevde att papporna hade en mycket liten roll när det gällde att hantera barnets övervikt kan det enligt studien leda till att BVC-sjuksköterskorna försummar pappan och vänder sig till mamman i första hand. Flera av BVC-sjuksköterskorna tyckte ändå att det var viktigt att hela familjen var med när de pratade om levnadsvanor, livsstil och viktproblem, även om de upplevde att pappan saknade engagemang och inte var involverad.

Föräldrarna, men även andra viktiga vuxna är förebilder för barnet. Oftast mår flera familjemedlemmar bra av förändrade levnadsvanor, men barnet kan också ha normalviktiga syskon som inte är i behov av någon kostförändring, vilket gör att sammanhanget kan vara mångfasetterat (Holm Ivarsson, Kuehn Krylborn & Trygg Lycke 2013, ss. 175-176).

BVC-sjuksköterskans förhållningssätt

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, styr barnhälsovården. I 1 § HSL beskrivs att hälso- och sjukvården ska bestå av individinriktade åtgärder som även innefattar att man ska uppmärksamma och upptäcka riskfaktorer till ohälsa. I 2 c § HSL beskrivs att vården och därmed också barnhälsovården ska verka förebyggande mot ohälsa (Socialstyrelsen 2014, s. 16). BVC-sjuksköterskan ska ha barnets familj som fokus och vara medveten om att många familjer idag är sammansatta på varierande sätt, med olika förutsättningar och från olika kulturer. För ett gott och jämställt bemötande bör BVC-sjuksköterskan ha en medvetenhet om kulturella skillnader av många dimensioner, som till exempel socioekonomiska skillnader och patienternas nationella ursprung (Socialstyrelsen 2014, s. 29). Regber, Mårild och Johansson (2013) framhäver att BVC-sjuksköterskor bör ge mer stöd och råd om sunda levnadsvanor till föräldrar med låg utbildningsnivå och socioekonomiskt utsatta grupper. BVC-sjuksköterskan ska inte enbart fokusera på barnet utan måste se vilket sammanhang barnet lever i. BVC-sjuksköterskan kan underlätta för föräldrarna och familjen till förändrade levnadsvanor genom stöd och information.

Socialstyrelsen (2014, s. 17) har definierat målet med BVC-sjuksköterskans arbete till att stödja och aktivera föräldrar till ett individuellt gynnsamt föräldraskap. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2008, s. 18) bör BVC-sjuksköterskans yrkesroll genomsyras av empowerment, som innebär att stödja och uppmuntra föräldrar och familj till att se sin kunskap och styrka i att göra livsstilsförändringar. Empowerment utgår från att varje individ har förmågan att se sina egna problem och med stöd från professionella kunna ta strategiska beslut för att ta kontroll över sitt eget liv. Strömsnes Ekern (2003, ss. 238-239) beskriver vidare att BVC-sjuksköterskan ofta har nära kontakt med familjen och målet med information och undervisning är att bidra med kunskap så att familjerna kan hantera sin vardag på ett mer hälsofrämjande sätt.

Svensk sjuksköterskeförening (2008, ss. 13-15) skriver att BVC-sjuksköterskans förhållningssätt ska präglas av öppenhet och delaktighet. Vid ett möte mellan den professionella och patienten är det interaktionen mellan parterna som har störst betydelse för om det blir hälsofrämjande. I mötet och i dialogen kan en positiv energi skapa en hälsofrämjande process. En energi som kommer i samband med gemenskap, en känsla av egenmakt och möjlighet till att påverka. För att skapa förtroende och tillit mellan parterna behövs ett ömsesidigt samspel. Kvalitén av åtgärderna mäts av patientens upplevelse av mötet. BVC-sjuksköterskans bemötande ska präglas av dialog, delaktighet och jämlikhet. Enligt Rikshandboken (2015) är det viktigt med engagemang och lyhördhet hos BVC-sjuksköterskan. Hon behöver ta reda på familjens åsikter och värderingar så att de känner sig sedda och delaktiga i mötet. En stor del i det hälsofrämjande mötet är att bekräfta föräldrarna i sin föräldraroll och lyssna på dem. BVC-sjuksköterskan ska vara öppen för familjens behov och utgå ifrån att det är föräldrarna som känner sitt barn bäst (Håkansson 2015a, 2015b).

Magnusson, Blennow, Hagelin och Sundelin (2016, s. 221) beskriver att barnhälsovårdens mål är att stärka familjerna och stödja dem i att hantera sin hälsa. Barnhälsovården ska enligt Barnkonventionen kapitel 3, arbeta med ett barnperspektiv, där vuxna så gott det är möjligt ska försöka att sätta sig in i barnets situation. Barnkonventionen poängterar också att barnet ska få delge sina åsikter och att vuxna ska se till att barnet kan leva enligt de generella mänskliga rättigheterna (Socialstyrelsen 2014, s. 26). I barnhälsovården vänder sig ofta BVC-sjuksköterskan till föräldrarna, men målet är att barnet ska utvecklas och må väl (Kirkevold 2003, s. 51).

Samspel och kommunikation med familjen

Möten med barn ställer höga krav på vårdgivaren. Det krävs bland annat en fördjupad kunskap om barnets utvecklingsnivå och förmåga till kommunikation. Vid möten med barn är det alltid viktigt att vara ärlig och äkta i sitt bemötande för att behålla barnets förtroende. Det är även viktigt för vårdgivaren att reflektera över föräldrarnas situation och sammanhang. Föräldrar är väldigt mottagliga för hur vårdgivaren bemöter och kommunicerar med barnet och hur de själva blir bemötta (Johansson 2013, ss. 377-378). När vårdgivaren kan ge barnet en aktiv roll i ett samtal kan man höja barnets möjlighet till att själv påverka sin hälsa och höja barnets självkänsla (Johansson 2013, s. 386). Att skapa en stödjande miljö och ett samarbete tidigt i kommunikationen runt barnet och familjen är viktigt för framtida vård och stöd av familjen. Föräldrar till överviktiga barn kan vara rädda för att barnet ska uppleva sig som annorlunda. Föräldrar kan vara känsliga för vårdgivarens språk och uppleva vårdgivarens attityd som skuldbeläggande (Mikhailovich & Morrison, 2007). I ett patientcentrerat samspel ska vårdgivaren utgå från att föräldrarna vet bäst vad som fungerar för sitt barn. För en framgångsrik kommunikation med föräldrar och barn behöver vårdgivaren uppmärksamma och ta till vara föräldrarnas unika kunskap om sitt barn och familjens specifika situation. Föräldrarna och barnet har lika stor rätt till ett bra bemötande och föräldrarnas känsla av trygghet påverkar barnets situation (Johansson 2013, ss. 393-396).

En studie från Australien (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten, 2009) visade att det behövs mer forskning om BVC-sjuksköterskans kommunikation, upplevelse och erfarenhet av att bemöta föräldrar till överviktiga barn. Man såg att BVC-sjuksköterskorna upplevde det svårt att prata med dessa föräldrar, speciellt överviktiga föräldrar. I denna studie såg man också att en stark relation mellan BVC-sjuksköterskan och familjen kunde främja ett bra samtal kring barnets övervikt. Eftersom BVC-sjuksköterskor når ut till de flesta barn och föräldrar spelar de en stor roll när det gäller att identifiera och förebygga övervikt och fetma hos barn. I studien framgick också att BVC-sjuksköterskorna upplevde att tillväxtkurvan var ett bra stöd när de skulle börja prata om ett barns övervikt.

I motsats till Edvardsson, Edvardsson och Hörnstens resultat visade Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholm (2013) att BVC-sjuksköterskor kände att relationen till föräldrarna som de hade byggt upp under en lång tid försämrades när man började prata om familjens dåliga levnadsvanor och barnets viktproblem. Dessa BVC-sjuksköterskor upplevde också att en del familjer med överviktiga barn även hade många andra problem, till exempel sociala eller ekonomiska och då var barnets övervikt ett litet problem i sammanhanget. De tyckte också att ämnet var känsligare att ta upp med överviktiga föräldrar. Resultatet visade också att BVC-sjuksköterskorna kände ängslan och osäkerhet inför att prata om just övervikt med föräldrar.

Motiverande samtal är en evidensbaserad metod som används inom barnhälsovården vid samtal om levnadsvanor och livsstilsförändringar. Det är viktigt att förändringar får ske i familjens egen takt och på deras egna villkor. I samtalen är det viktigt att BVC-sjuksköterskan inte moraliserar eller använder pekpinningar, utan visar empati och stödjer självtilliten hos familjerna. BVC-sjuksköterskan ska vara vägledande och skapa en förtroendefull dialog. Målet med Motiverande samtalen är att locka fram motivation till förändring och att stärka familjens motivation (Håkansson 2016, Holm Ivarsson 2013, ss. 9-10). Small et al (2009) visade i sin studie att enkla evidensbaserade riktlinjer och metoder för samtal med föräldrar med överviktiga barn kan överbrygga hinder. Ett exempel på en framgångsrik metod var Motiverande samtal. Att prova en ny kommunikationsmodell med barn och deras föräldrar kunde resultera i effektivare åtgärder. De visade även att följsamheten till ändrade levnadsvanor hos överviktiga barn var sämre bland förskolebarn jämfört med äldre skolbarn. Det berodde möjligen på att de professionella tyckte att det var en övermäktig uppgift att ge råd till föräldrar vars barn var överviktiga. En annan anledning kunde vara en uppfattning om att barn i förskoleåldern kan ha en förmåga att själva begränsa sin matkonsumtion, men även en föreställning om att de är väldigt fysiskt aktiva.

En annan studie av Lindhe Söderlund, Nordqvist, Angbratt och Nilsen (2009) visade att BVC-sjuksköterskor inte uppmärksammade övervikt och fetma som hälsoproblem. En del tyckte att det var ett problem, men gjorde ändå ingenting åt det då de upplevde att föräldrarna inte var motiverade till att ta itu med viktproblemen. BVC-sjuksköterskorna som inte upplevde övervikt som ett problem menade att de extra kilona skulle växa bort och tyckte inte att det var någon idé att ta upp det med föräldrarna. BVC-sjuksköterskorna beskrev att de undvek att ta upp ämnet om ett barn inte var tydligt överviktigt eller led av fetma.

BVC-sjuksköterskorna upplevde Motiverande samtal som ett stöd när de skulle ta upp känsliga ämnen som övervikt och fetma, man upplevde det som en lättnad att kunna ställa frågan om familjen ville att man skulle berätta mer. Motiverande samtal upplevdes också som en bra metod när familjen var motiverad till att göra en förändring. De upplevde det som svårt att använda sig av Motiverande samtal om inte föräldrarna själva såg övervikten som ett problem, detta gällde särskilt föräldrar som själva var överviktiga. Metoden upplevdes lättare att använda när barnet led av fetma snarare än endast övervikt, vid fetma var föräldrarna oftast mera medvetna om att det var ett problem. När det gäller viktproblem hos barn kunde det ofta tyda på större problem i familjen och rådgivningen blev till hela familjen (Lindhe Söderlund et al 2009).

PROBLEMFÖRMULERING

Övervikt och fetma är idag ett problem i samhället, övervikt hos barn är en riskfaktor för ohälsa och fetma i vuxen ålder. Det finns ett nära samband mellan ett barns övervikt och familjens livsstil. Familjen är därför en avgörande faktor för barnets framtida val av livsstil och därmed även för upplevelsen av hälsa och välbefinnande. BVC-sjuksköterskan har en unik roll i det hälsofrämjande arbetet med familjer med små barn. Ett viktigt preventivt arbete är att upptäcka övervikt i ett tidigt skede. Tidigare forskning visar att BVC-sjuksköterskor upplever svårigheter i att möta familjer med överviktiga barn, men en djupare förståelse för deras upplevelse av mötet efterfrågas. För att bättre förstå förutsättningarna för det preventiva arbetet behövs mer kunskap om BVC-sjuksköterskans erfarenhet av möten med överviktiga barn och deras familjer.

SYFTE

Syftet är att beskriva BVC-sjuksköterskors upplevelse av att möta familjer med överviktiga barn.

METOD

Ansats

Studien är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats och med kvalitativ innehållsanalys som analysmetod. Kvalitativ metod innebär att man studerar helheten och inte enskilda faktorer (Axelsson 2012, s. 214). Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 41) är syftet med en kvalitativ intervju att man vill förstå ett fenomen utifrån den intervjuades livsvärld, vilket stämmer bra överens med syftet för denna studie, att undersöka BVC-sjuksköterskors upplevelse i mötet med familjer med överviktiga barn. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 188) innebär en induktiv ansats att analysera en text, som är baserad på upplevelser av ett fenomen, förutsättningslöst. En induktiv ansats används när man ska undersöka ett fenomen där det finns bristande kunskaper sedan tidigare (Elo & Kyngäs 2007, s. 109).

Deltagare

Först togs personlig kontakt med verksamhetschefen för barnhälsovården i det aktuella området. Ett brev överlämnades med information om examensarbetet samt ett skriftligt samtycke där verksamhetschefen sedan godkände genomförande av studien (Bilaga 1). Verksamhetschefen tillfrågade BVC-sjuksköterskor om deltagande i studien. Sex BVC-sjuksköterskor tackade ja till att delta. Brev skickades till deltagarna med information om intervjun och de fick lämna ett skriftligt samtycke (Bilaga 2).

Urval

Inklusionskriterier för deltagarna i studien var att de skulle vara distriktssköterskor, verksamma inom barnhälsovård och att de skulle ha arbetat inom barnhälsovård i minst ett år. Alla sex BVC-sjuksköterskor var kvinnor och hade en ålder mellan 34-59 år. De hade arbetat inom BVC från 1- ca 25 år. Samtliga intervjuade var utbildade distriktssköterskor och arbetade inom en region i södra Sverige.

Datainsamling

Insamling av data gjordes genom semistrukturerade intervjuer med sex BVC-sjuksköterskor. Den semistrukturerade intervjun innebär enligt Kristensson (2014, s. 134.) att man utgår från samma frågor till alla deltagare, men frågorna kan ställas i olika ordning. Deltagaren ska ges möjlighet till att berätta fritt och det finns utrymme för att ställa olika följdfrågor. Strukturen i en kvalitativ intervju är enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 41) snarlik med ett vardagligt samtal men där angreppssättet och frågetekniken skiljer sig från det vardagliga. Inledningsvis testades intervjuguiden i samband med en pilotintervju. Intervjuguiden upplevdes vara tillförlitlig och pilotintervjun gav delvis svar på syftet med studien. Båda författarna var med vid alla sex intervjuer samt pilotintervjun för att ge varandra stöd i en ovan situation. Båda författarna var lika aktiva under intervjuerna vilket skapade en avslappnad miljö och en känsla av ett samtal, snarare än intervju. Alla intervjupersoner valde att bli intervjuade på sina undersökningsrum på sina BVC-mottagningar. Vi kunde sitta ostört i rummen och genomförde alla intervjuer utan avbrott. Intervjuerna genomfördes med hjälp av intervjuguiden, där möjlighet fanns att ställa frågorna i olika ordning, men alla deltagare svarade på samma frågor (Bilaga 3). Frågorna var öppna så deltagarna kunde berätta fritt om sina upplevelser och erfarenheter om fenomenet, det fanns även utrymme för följdfrågor. Intervjuerna tog mellan 20 och 30 minuter och spelades in på mobiltelefon samt surfplatta.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2007), som består av tre faser, förberedelse, organisering samt rapportering. Intervjuerna genomlyssnades först några gånger, sedan transkriberades innehållet ordagrant inklusive pauser, skratt etc. Transkribering betyder att man transformerar, att man ändrar från talat språk till skriftspråk (Kvale och Brinkmann, 2014, s. 218). Sedan genomlästes innehållet flera gånger av båda författarna för att få en känsla av helheten i intervjuerna. Under tiden som texterna lästes igenom noterades bärande ord i marginalerna som en första analys av texten.

Författarna arbetade tillsammans under hela analysprocessen genom diskussion och dialog om texternas innehåll. Textens innehåll jämfördes hela tiden mot syftet. I organisationsfasen gjordes en öppen kodning genom att texten delades in i meningsbärande enheter och de meningsbärande enheterna abstraherades sedan till koder.

Koderna beskriver meningsenhetens innehåll på ett kärnfullt sätt. Abstraktion är en process där texten kondenseras utan att själva kärnan går förlorad och innehåller: att skapa koder, subkategorier och generiska kategorier (Elo & Kyngäs, 2007, s. 110). De generiska kategorierna och subkategorierna bidrog till att förstå helheten och skapades under gemensam diskussion om likheter och skillnader mellan de olika koderna.

Analysprocessen tydliggörs i Bilaga 4. Resultatet presenteras i löpande text och varvas med citat, siffran inom parentes anger vilken informant som genererar just det citatet.

Etiska överväganden

Informerat samtycke innebär att undersökspersonerna får information om studiens syfte och hur den är upplagd. Det innebär också att de får information om att deltagandet är frivilligt och att de kan dra sig ur när som helst (Helsingforsdeklarationen 2013). Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om studien. De fick information om att intervjun skulle spelas in och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring. De fick sedan lämna skriftligt samtycke. Tid och plats för intervjuerna bestämdes med varje deltagare. Resultatet hanterades så att ingen obehörig hade tillgång till materialet. Alla intervjuer avidentifierades och kan inte spåras till deltagarna. I och med att deltagandet var frivilligt bedömde vi att ingen av de intervjuade skulle ta skada av eller påverkas negativt av intervjun.

RESULTAT

Analysen resulterade i tre kategorier med tio tillhörande subkategorier, se tabell 1

Tabell 1 Kategorier och subkategorier

Generiska kategorier	Subkategorier
Lyhördhet med känsla	<ul style="list-style-type: none">• Känsligt ämne• Familjens medvetenhet• Samspelet med familjen• Relationens betydelse för upplevelsen av mötet
Ett förhållningssätt som motiverar och inger hopp	<ul style="list-style-type: none">• Motivera till ett föräldraansvar• Motivera genom att så ett frö• Vikten av motivationsarbete
Strategier i mötet med familjen	<ul style="list-style-type: none">• Riktlinjer som stöd i samtalet• Ett långsiktigt preventivt arbete• Enskilda samtal med föräldrarna

Lyhördhet med känsla

BVC-sjuksköterskans upplevelse av mötet kännetecknas av lyhördhet. Lyhördheten är av stor betydelse i och med att övervikt upplevs som ett känsligt ämne. Familjers medvetenhet om barnets övervikt varierar och det är viktigt att BVC-sjuksköterskan bemöter familjerna med ett öppet och lyhört sätt. Olika medvetenhet hos föräldrar påverkar samspelet och lyfts fram som något väsentligt i samband med upplevelsen av mötet med familjerna. Relationen mellan BVC-sjuksköterskan och familjerna, samt lyhördheten för olika familjer hos BVC-sjuksköterskan har stor betydelse när man behandlar känsliga och laddade ämnen som övervikt.

Känsligt ämne

Att samtala med föräldrar om barns övervikt upplevs som ett väldigt känsligt och laddat ämne men också oerhört viktigt att prata om för att förebygga ohälsa. BVC-sjuksköterskorna upplever att många föräldrar tar barnets övervikt som en personlig kritik på hur man tar hand om sitt barn. Det är ett mycket svårare ämne att bemöta än att till exempel prata om förstoppning eller torr hud.

"Men det är ju det här att det blir ju så dramatiskt för många. Det är ju det som är så svårt /.../ Tar du nåt annat med barnet alltså att, de inte växer, då är det ju inte alls lika skuldbelagt alltså." (6)

Ämnet kan upplevas som känsligt i och med att det kan kännas jobbigt att meddela en familj att deras barn är överviktigt. BVC-sjuksköterskorna tycker det är svårt att bemöta föräldrarnas känsla av skuld gentemot sina barn. Ibland upplevs det lättare att tala om övervikt med föräldrar som själva har övervikt, ibland är det känsligare och mer laddat att bemöta överviktiga föräldrar. En del föräldrar med egen överviktsproblematik kan vara mer måna om att hjälpa sina barn att inte bli överviktiga, eftersom de inte vill att barnen ska få samma problem som de själva haft. Å andra sidan finns det föräldrar som inte vill se övervikten som ett problem, som tar väldigt illa vid sig och blir upprörda och arga. Att BVC-sjuksköterskan är lyhörd och väger sina ord på guldväg kan ibland upplevas som otillräckligt. Det blir en frustration i att hur försiktig man än försöker vara så upplevs det som att man lätt kan trampa folk på tårna. Det finns även en frustration i att inte kunna hjälpa ett barn som man verkligen känner behöver hjälp med sin övervikt.

Trots att övervikt upplevs som ett känsligt ämne undviks det inte av BVC-sjuksköterskorna då de ser det som sin skyldighet och sitt uppdrag att ta upp ämnet. Det kan vara svårt att bemöta föräldrars försvar och förnekelse till barnets övervikt, en del upplevs till och med känna sig angripna. Samtidigt tycks många föräldrar vara medvetna om att det är deras ansvar att situationen har blivit som den är.

Familjens medvetenhet

Det finns föräldrar som är väldigt medvetna och intresserade av levnadsvanor, men det finns också föräldrar som förnekar barnets situation. BVC-sjuksköterskornas erfarenhet är att de behöver uppmärksamma och få fram hur medvetna och motiverade föräldrarna är när det gäller barnets vikt.

En del föräldrar verkar inte vilja se övervikten som ett problem och har svårt att ta till sig information och stöd, medan andra upplevs mer medvetna och mottagliga. Ibland kan BVC-sjuksköterskorna uppleva att föräldrarna är så förnekande att det inte går att ta upp viktproblematiken, utan de går då vidare och pratar om något annat. Men de upplever en frustration och samtalet kan bli stelt när föräldrarna inte inser syftet med att till exempel göra extra viktkontroller. Föräldrar kan ha svårt att se övervikten och vill gärna försvara den med att de såg likadana ut själva när de var små. I vissa fall blir situationen väldigt laddad och föräldrarna upplevs känna sig kränkta.

De föräldrar som redan innan besöket på BVC själva funderat kring viktproblematiken är mera mottagliga för diskussion och lättare att ge råd och stöd. Det upplevs svårt eller till och med omöjligt att ta upp och diskutera kring övervikt i de familjer som inte är motiverade eller ens medvetna om problemet. Upplevelsen är att det är de familjerna som man får lägga ner mest arbete på.

"..det är de familjerna som inte är mottagliga.. det är ju dem som man på något vis måste jobba mest med ../ Och hitta vägar.. och ibland hittar man ju vägar.." (2)

Att bemöta föräldrar som inte vill släppa en ohälsosam livsstil kan upplevas som en utmaning. BVC-sjuksköterskorna beskriver att ibland kan andra närstående runt barnet påverka föräldrarna och barnet. Ibland upptäcker man att till exempel mormor eller farmor gärna ger barnet extra goda mellanmål.

Samspelet med familjen

Upplevelsen av samspelet med familjer med överviktiga barn är varierande. Förmågan till att vara lyhörd är i många fall avgörande för hur samspelet kan fortskrida. BVC-sjuksköterskorna upplever det som viktigt att vara öppen och ödmjuk i mötet samt att känna in vilka åsikter föräldrarna har för att kunna mötas på samma nivå och ha det som utgångsläge.

”Är det mycket andra stora bekymmer i familjen så klart att då, då har man inget för och komma med några viktkontroller, utan det är kanske helt andra saker man måste jobba med som är viktiga för dem. Så det är mycket det, det handlar om och va där de befinner sig./.../ ..deras behov och det de efterfrågar.” (4)

Som en del i ett lyhört samspel frågar BVC-sjuksköterskorna föräldrarna om de vill diskutera ämnet, och om de får ett negativt svar tar de upp det vid ett annat tillfälle och provar en annan infallsvinkel. Samspelet fungerar sämre om BVC-sjuksköterskan försöker ge information utan att först ta reda på om föräldrarna vill ha information och hjälp. BVC-sjuksköterskorna upplever att föräldrarna behöver se barnets övervikt som ett problem för att man ska kunna arbeta mot ett gemensamt mål. För att nå fram med budskapet krävs det ett fungerande samarbete och att vara noga med att inte komma med pekpinnar.

”Fakta är inte alltid det som går in i hjärtat på föräldrarna” (2)

Många faktorer påverkar BVC-sjuksköterskans samspel med familjerna. BVC-sjuksköterskorna upplever att det blir ett bra möte och ett gott samspel om föräldrarna känner att de har ett hopp om att det ska gå att genomföra en förändring. För att underlätta samspelet poängteras alla faktorer som kan påverka barnets övervikt, att det inte bara är kosten som är av betydelse utan även fysisk aktivitet, skärmtid och sömn. Genom att inte enbart fokusera på kostens betydelse kan man avdramatisera ämnet och fokusera på en sak i taget. En del föräldrar känner att de inte har förmåga att påverka situationen själva och behöver extra stöd i sin föräldraroll. I de fall där BVC-sjuksköterskorna upplever att familjen har en hälsosam livsstil är det viktigt att uppmuntra dem till att fortsätta som de gör. Samspelet upplevs gynnas av att fokusera på att må bra och att få en balans i livet. Att man diskuterar vad som är bra mat och vad som är bra för kroppen, som exempelvis fysisk aktivitet och sömn. Genom att poängtera vinsterna av en förändrad livsstil för hela familjen kan man gynna ett positivt samspel mellan BVC-sjuksköterskan och familjen.

”..och ofta är det ju bra att vända det att det är ju hela familjens på något sätt angelägenhet och hela familjen drar ju nytta av de fördelar det kan ge också att förändra sina levnadsvanor. Så det är inte så att det är barnet utan det är ju hela familjen som ska få glädje av det, förstås, så det är ju också en bra aspekt på det.” (4)

Grunden för ett gott samarbete är att bygga upp en förtroendefull relation. För att skapa ett gott förtroende är det även viktigt att inse att BVC-sjuksköterskan kanske inte alltid vet bäst, utan föräldrarna är oftast dem som bär på svaren och känner sina barn och deras sammanhang bäst. BVC-sjuksköterskorna upplever en frustration i samspelet när man inte kan se att det händer något med barnets vikt trots återkommande insatser.

Ibland pratar BVC-sjuksköterskan med barnet, men är då väldigt noga med att prata på ett sätt så att barnet förstår och utan att skuldbelägga. I vissa fall upplevs det lättare att prata med barnet än föräldrarna. En del föräldrar vill dock att man absolut inte ska prata med barnet och i de sammanhangen gör man enligt föräldrarnas önskemål. En del BVC-sjuksköterskor tar inte alls upp det med barnet för att tydliggöra att barnen är för små och att det är föräldrarna som har ansvaret, men man är alltid medveten om att barnet kan höra vad man pratar om när barnet är med i rummet och väger sina ord efter detta. Ibland upplevs det som lättare att ta upp och prata om övervikt när föräldern enbart har ett barn med sig, eftersom det då är lättare att fokusera på det barnet som är på plats.

Relationens betydelse för upplevelsen av mötet

Relationen har olika betydelse för upplevelsen av mötet med familjer med överviktiga barn. Att ge information om känsliga ämnen som övervikt kan upplevas som något enklare då man har skapat en relation under många år och känner familjen i grunden.

”Det är klart att det är ju alltid lättare med dem som man har en god relation med innan, eller kanske en långvarigare relation det tycker jag ju. Då är det ju oftare lättare och resonera om allting egentligen.” (4)

BVC-sjuksköterskan lär sig att bemöta familjer på olika sätt. Vid de återkommande träffarna kan ett förtroende byggas upp, något som man har glädje av vid bemötandet av de olika familjerna. Trots att övervikt upplevs som ett laddat och känsligt ämne är erfarenheten att det oftast kan bli ett bra samtal när man känner familjen.

En god relation är möjlig även om föräldern och BVC-sjuksköterskan inte är överens när det gäller just övervikten, men det kan upplevas som frustrerande och jobbigt när familjerna inte vill lyssna och ta till sig information. Å andra sidan kan en diskussion om barnets övervikt leda till att en god och etablerad relation blir sämre i och med att föräldrarna känner sig kränkta. Det upplevs som en svårare eller till och med mycket svårare uppgift att bemöta nyinflyttade familjer som man inte har träffat så frekvent. I vissa fall kan dock föräldrarnas grad av motivation vara viktigare än relationens längd för upplevelsen av mötet.

Ett förhållningssätt som motiverar och inger hopp

BVC-sjuksköterskorna är tydliga med att barnets övervikt är ett föräldraansvar. Genom att lyfta upp att små förändringar i vardagen kan vara värdefulla och inge hopp i det långsiktiga arbetet upplever BVC-sjuksköterskorna att de kan motivera familjerna till förändring.

Motivera till ett föräldraansvar

BVC-sjuksköterskorna menar att barnen själva inte ska behöva oroa sig för vikten eller känna någon skuld, utan det är föräldrarnas ansvar. Det är väldigt viktigt att vara tydlig med att ansvaret inte ska läggas på barnet när det gäller val av mat och aktivitet. Föräldrarna måste ta sitt ansvar, utan att barnet känner sig annorlunda.

”Jag tycker mer att man brukar få vara rätt tydlig med att det är du, det är du som handlar, det är du som lagar mat, det är du som styr upp liksom. Det är ditt ansvar. För det är inte det att jag ska sitta så här och säga till en 4-åring, du får inte äta godis, eller dricka läsk. Det är liksom, det är inte ett litet barns ansvar, utan det är föräldraansvar. Så att det är ju verkligen föräldrasamtalet som är viktigt.” (4)

Genom att poängtera att det är mycket lättare att påverka små barns vardag motiveras föräldrarna till att ta sitt ansvar för levnadsvanorna i familjen. I de familjer där övervikten har gått i arv upplever BVC-sjuksköterskorna att det ibland är lättare att motivera föräldrarna till en förändring. Dessa föräldrar är ofta måna om att barnen inte ska bli överviktiga och få samma problem som de själva haft. Många gånger är de mottagliga för att en förändring behöver ske, men den är inte alltid lika lätt att genomföra. En del föräldrar upplevs inte förstå problemet med övervikt och fetma och är inte så mottagliga för diskussion, detta kan leda till frustration hos BVC-sjuksköterskorna. Man försöker motivera föräldrarna till förändring, men till slut är det ändå hos föräldrarna ansvaret ligger.

Motivera genom att så ett frö

Det upplevs som viktigt att förmedla till föräldrarna att barnets övervikt inte behöver vara något problem när de är små, men att det kan bli det när de blir äldre. Man vill inte skuldbelägga utan avdramatiserar med att man har hela livet på sig att göra förändringar, små som stora. Även att föreslå att man lägger till en god vana istället för att ta bort en ogynnsam kan vara ett sätt att så ett frö i det långsiktiga arbetet. Med de föräldrar som inte riktigt är motiverade försöker man ta upp något litet som de kan tänka sig att förändra och skapa en reflektion när det gäller levnadsvanor. Om de upplever att föräldrarna inte är mottagliga så väljer de att ta upp ämnet vid ett senare tillfälle igen och kanske plantera in en tanke hos föräldrarna, som kan leda till reflektion. BVC-sjuksköterskorna uttrycker ett hopp om att familjerna ska bli mer mottagliga och motiverade så småningom och att de bara kan ta upp det igen vid varje besök.

”..en del behöver lite startsträcka.. /.. / men då får man ju gnetta på, och fråga igen..” (5)

Ibland kan man uppleva att en initialt negativ reaktion på informationen senare kan starta en reflektion och en motivations- och förändringsprocess hos familjen. BVC-sjuksköterskorna menar att arbetet med övervikt är ett långsiktigt arbete och att de försöker att förmedla till föräldrarna att man kanske inte blir färdig under BVC-tiden. I vissa fall får man acceptera att man inte kan göra mer. Ibland blir inte föräldrarna motiverade till att göra någon förändring under BVC-tiden, men då är upplevelsen att man ändå gjort vad man kunnat och förhoppningsvis sått ett frö hos familjen.

”Men man kan ju inte rädda världen, så är det ju, utan man får ju hoppas att det, nästan alltså, sår lite frön och för nästa barn och så vidare.” (6)

Vikten av motivationsarbete

I motivationsarbetet med familjerna är BVC-sjuksköterskornas erfarenhet att det ofta fungerar bra att hitta något litet som familjen kan börja med att förändra. Något som familjen är motiverade till och beredda att förändra. Det är viktigt att tänka på att det är ett långsiktigt arbete och det är positivt om familjen kan tänka sig att göra en liten förändring, då får man ta ett steg i taget och komma överens om hur man ska arbeta vidare i ett senare skede. Man uppmuntrar föräldrarna genom att visa på att det är många faktorer som spelar in och att marginalerna på viktkurvan är små. För att hålla motivationen uppe är det viktigt att BVC-sjuksköterskan och föräldrarna säger samma saker till barnet. Ytterligare en aspekt på motivationsarbetet är när föräldrarnas ansvarsfulla vägval omkullkastats av andra aktörer som till exempel förskolans val av livsmedel.

Upplevelsen är att det är svårare med de barn där övervikten inte är så tydlig, det är lättare att motivera familjer till förändring där det finns en synlig fetma. BVC-sjuksköterskornas erfarenhet av ett positivt motivationsarbete med familjerna är när föräldrarna känner hopp om att det går att göra en förändring, att de har rimliga mål och att de känner att det de gör är värdefullt.

De upplever en glädje när man ser positiva framsteg hos barnet och familjen. Framsteg som kan uppmuntra och motivera till fortsatta insatser.

"..alltså ge dem rätt mycket hopp att det går att vända det.. för annars blir det ju motigt som bara den.." (5)

Grundtanken är att motivationen till förändring ska komma från föräldrarna själva. Tankar ska väckas hos föräldrarna för att de ska komma fram till problemets kärna.

"För det är viktigt att få med föräldrarna i, /../ ja det är bättre att få med dem på tåget så blir det ju bra." (3)

BVC-sjuksköterskan upplever att de visar en tro på föräldrarnas förmåga, genom att fråga dem om deras kunskap och be om lov att ge råd. Motiverande samtal upplevs som en bra samtalsmetod för att bygga upp förtroendet hos föräldrarna. I många sammanhang använder man delar eller versioner av Motiverande samtal, men för att kunna använda sig av Motiverande samtal behöver familjen vara mottaglig för motivationsarbetet. När familjen är redo är upplevelsen att det finns bra metoder och material att använda.

Det upplevs som viktigt att bemöta familjerna på ett professionellt sätt, att vara påläst och kunna ge bra information till de familjer som önskar det. Det är även viktigt att inte lägga in för mycket av sina egna åsikter när det gäller exempelvis matvanor.

Strategier i mötet med familjen

BVC-sjuksköterskorna upplever att de använder sig av olika strategier för att mötet med familjerna ska bli så bra som möjligt. Strategierna är dels att ha lokala riktlinjer och rutiner att hålla sig till för att känna ett bra stöd i samtalen. Dessutom pågår det preventiva arbetet med övervikt under hela tiden på BVC och upplevs som ett viktigt arbete som ger resultat. Slutligen upplevs enskilda samtal med föräldrar kring barnens övervikt många gånger som en bra strategi för att skydda barnen från att bli kränkta och känna skuld.

Riktlinjer som stöd i samtalet

BVC-sjuksköterskornas uppdrag innebär en skyldighet att prata om överviktsproblematik, de ser alltid till barnets bästa och kan inte blunda för ämnet. Vid samtal med en familj om barnets övervikt upplevs det som ett bra stöd att utgå från tillväxtkurvan, att kunna visa att barnet faktiskt lider av övervikt, samt att man har lokala riktlinjer och PM att gå efter vid de olika besöken. Viktkurvorna kan på ett tydligt sätt visa barnets utveckling för föräldrarna men även för andra vuxna som lever nära barnen.

"..då är jag jätteglad att jag har mina kurvor och att jag kan visa dem att det faktiskt är så.." (2)

Att utgå från ett bildmaterial i samtalen upplevs många gånger som ett stöd av BVC-sjuksköterskorna. Även material som föräldrarna fyller i innan besöket upplevs som bra samtalsunderlag. BVC-sjuksköterskorna beskriver att de har fått bra utbildning och har ett bra material att gå efter med tydliga riktlinjer för hur de ska gå tillväga vid barns övervikt. Det kan vara bra att ha riktlinjerna framför sig i mötet med familjen, samtidigt som man alltid utgår ifrån varje enskild familjs förutsättningar och är försiktig med att bombardera med fakta och råd som BVC-sjuksköterskorna anser vara bra. Om de använder materialet som finns så upplever BVC-sjuksköterskorna att det oftast blir ett bra möte. BVC-sjuksköterskorna upplever att man har mer material och kunskap att arbeta efter nu för tiden.

"Vi har ju mycket mera redskap nu /.../ så man har nån slags stolpe och gå på. Förut var det ju mest alltså egen känsla, eller inte så mycket kunskap, inte lika mycket kunskap som.. som man har nu." (6)

BVC-sjuksköterskorna har utbildning i Motiverande samtal och anser att det är en bra metod att använda i samtalen kring övervikt. Motiverande samtal upplevs som ett bra stöd och det fungerar bra eftersom man har ett tydligt mål med samtalet och man utgår från familjens kunskap och beredskap till förändring. Ibland erbjuds extra besökstillfällen, utanför ordinarie barnhälsovårdsprogram, för att få en möjlighet till att ge mera stöd, uppmuntran och diskutera barnets situation.

BVC-sjuksköterskorna anser att de har goda kunskaper i att ge nutritionsråd på generell nivå, men de upplever att de har något bristande kunskap i att ge specifika råd till överviktiga barn. Det finns riktlinjer för när barnet ska remitteras vidare för undersökning av eventuella medicinska orsaker till övervikt, dessa remissinstanser kan kännas som ett extra stöd för BVC-sjuksköterskorna och det kan ge en ny infallsvinkel till att prata om övervikten. Ibland kan trögheten i systemet ge en känsla av ensamhet, när remissinstansen har väntetid och det blir svårt att komma vidare, uppstår en känsla av dålig tillgång på specialister. Rikshandboken används av alla BVC-sjuksköterskor och upplevs som en bra och lättillgänglig kunskapsbank där man kan få stöd och svar på många av sina frågor.

En relativt ny rutin är att utföra hälsosamtal med förstagångsföräldrar till ettåringar. Dessa hälsosamtal upplevs som ännu ett bra tillfälle att få prata om föräldrarnas levnadsvanor, för att kunna påverka familjens livsstil.

Ett långsiktigt preventivt arbete

En långsiktig strategi är att tidigt och i flera sammanhang lyfta in betydelsen av hälsosam kost och livsstil så att det skapas en känsla av att barnets vikt är en naturlig sak att samtala om. Det kontinuerliga preventiva arbetet upplevs som en långsiktig strategi som underlättar vid mötet med det överviktiga barnets familj. Det upplevs som viktigt att förmedla till föräldrarna att det inte bara är maten som är orsak till övervikten hos barnet, utan att det också har att göra med fysisk aktivitet, sömn, skärmtid osv. BVC-sjuksköterskornas erfarenhet är att de samtalar mycket och tidigt börjar prata om mat och matvanor. En förhoppning finns om att familjerna ska få med sig hälsosamma råd kring levnadsvanor.

”Vi börjar ju jättetidigt med att prata om det här med matvanor.” (6)

Det upplevs också som viktigt att möta familjen utifrån deras individuella förutsättningar och ge råd kring en hälsosam livsstil som passar den enskilda familjen.

Upplevelsen är att det preventiva arbetet har gett resultat och att det inte är riktigt lika många överviktiga 4-5-åringar idag och BVC-sjuksköterskorna menar att deras arbete har gjort skillnad. Å andra sidan upplevs en viss frustration då man tycker att insatserna mot övervikt har ökat och därmed borde förbättringar synas tydligare i statistiken. Man vet att resultaten blir olika trots samma intensiva preventiva arbete till alla familjer. Arbetet och preventionen känns viktig även om man bara får någon enstaka individ att ändra sina levnadsvanor. Preventivt är det viktigt att få bukt med övervikten i ett tidigt skede, eftersom det är mycket svårare när barnet blir äldre. BVC-sjuksköterskorna vill se barnets övervikt och det preventiva arbetet i ett större perspektiv där samhället och till exempel förskolan har en stor roll.

”.. på förskolan och där, eller de har ju helt gjort om det här med att fira födelsedagar, nu är det ju mer att man sjunger och får en ballong och.. det är sådana små vinster man får tänka hela tiden.” (6)

Enskilda samtal med föräldrarna

Enskilda samtal med enbart föräldrarna kring barnets övervikt är en väl använd strategi för att undvika att kränka barnet eller ge det skuld känslor. De använder även det samtalet till att prata kring hur föräldrarna ska bemöta sina barn.

”..erbjuda föräldrarna att komma till ett samtal utan barn. ././ man vill ju inte plantera någonting hos barnen, det är så onödigt.” (1)

En strategi kan vara att först prata med barnet och sedan ha ett djupare samtal med föräldrarna. Det är viktigt att föräldrarna inser syftet med mötet för att de ska vara motiverade till att komma på ett samtal. Det enskilda samtalet kan bli en inkörsport för att motivera till en förändring genom att prata om förälderns arv och hälsa och hur man kan förebygga liknande ohälsa för nästa generation. Erfarenheten bland BVC-sjuksköterskorna är att det ibland kan vara direkt olämpligt att ha med barnen under dessa samtal och då väljer man ett annat tillfälle med enbart föräldrarna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Utifrån syftet med studien valdes en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Kvalitativ intervju valdes som datainsamlingsmetod i och med att ett fenomen skulle undersökas som fanns i BVC-sjuksköterskans vardag.

Enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 41) vill man genom en kvalitativ intervju förstå ett fenomen utifrån den intervjuades livsvärld. Den induktiva ansatsen var ett naturligt val då fenomenet var bristfälligt undersökt sedan tidigare.

Frågeformuläret för intervjuerna utgjordes av semistrukturerade frågor. Detta innebar att vi hade samma frågor att utgå ifrån till alla deltagare men de ställdes i olika ordning utifrån hur intervjun utvecklades. Under intervjun fick deltagarna möjlighet att beskriva och berätta om sina upplevelser av mötet med familjer med överviktiga barn. Enligt Lundman och Hällgen Graneheim (2012, s. 198) ökar giltigheten om deltagarna har möjlighet att berätta fritt. Giltigheten ökar därför i studien eftersom det blev en variation i vilken ordning frågorna ställdes. Författarna blev något styrda av frågorna i intervjuguiden, vilket i sin tur kan ha påverkat informanternas möjlighet att berätta fritt.

Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer, vilket bidrog till att intervjuerna upplevdes mer som vanliga samtal av författarna. Med två som intervjuade kan informanten å andra sidan ha känt sig i underläge, men det var inget som framkom. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 199) är forskaren delaktig i samspelet under intervjun och därför blir inte intervjun helt oberoende av forskaren. Eftersom båda författarna var delaktiga i samtliga intervjuer kan de ha haft större påverkan på resultatet än om bara en person hade genomfört intervjuerna. Författarna upplever dock att det istället gjorde att båda hade en förståelse för känslan som skapades i intervjusituationen.

Intervjuerna varade mellan 20 och 30 minuter, den sista intervjun blev längst, vilket kan ha att göra med att författarnas intervjuteknik förbättrades under intervjustudiens gång. För att prova tillförlitligheten av intervjuguiden genomfördes en pilotintervju. Pilotintervjun var även ett bra tillfälle att öva på intervjusituationen. Deltagaren i pilotintervjun hade tidigare arbetat inom BVC men är dock inte med i resultatet.

För de bästa förutsättningarna och för att öka tillförlitligheten för en intervju ska den genomföras på en plats som intervjupersonen själv får välja och ett avskilt rum för att undvika avbrott (Kristensson 2014, s. 139). Fördelen med att vara i BVC-sjuksköterskornas mottagningsrum var att det var en plats de själva hade valt. Men nackdelen kan vara att de då gick in i sin roll som BVC-sjuksköterska och kanske inte talade helt fritt från hjärtat, som om de hade valt en plats utanför arbetet.

Vid inspelning av en intervju förlorar man kroppsspråk, ansiktsuttryck och hållning. Utskrift av de inspelade intervjuerna innebär en abstraktion av innehållet i och med förlusten av röstläge och andning från den intervjuade (Kvale & Brinkman 2014, s. 218). Alla intervjuer transkriberades ordagrant. Författarna delade upp intervjuerna sinsemellan och transkriberade tre intervjuer var.

Inledningsvis bestämdes att urvalet skulle bestå av distriktssköterskor som hade arbetat inom BVC under minst tre år. En av våra deltagare hade arbetat kortare tid än tre år. Vi valde att ha med denna intervju i materialet då den ändå svarade mot syftet. Deltagarens korta erfarenhet på BVC bedömdes inte som en avgörande faktor för resultatet vilket vi tidigare trott. Det bidrog istället till att få ett mer varierat urval och därmed fick vi eventuellt en större tillförlitlighet.

I en kvalitativ studie är det viktigt att få en variation och spridning i urvalet för att få en större uppfattning om upplevelsen av fenomenet som studeras (Kristensson 2014, s. 129).

Diskussioner fördes hela tiden mellan författarna för att se om vi kom fram till samma slutsatser i samband med analysen. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012, s. 198) ökar tillförlitligheten om analysen av intervjutexter görs av dem som utfört intervjuerna. Eftersom båda författarna var med under alla intervjuer är det mindre risk att deltagarna har fått olika uppföljningsfrågor och tillförlitligheten ökar också eftersom författarna läst samtliga intervjuer och gjort delar av analysen tillsammans.

Elo och Kyngäs (2007) kvalitativa innehållsanalys valdes för att analysera resultatet då den upplevdes som en enkel och överskådlig metod. En giltig tolkning av ett material ger mening åt den företeelse som studeras och ska inte spegla forskarens förförståelse eller någon teoribildning (Nyström 2012, s. 160).

En persons förförståelse får mindre betydelse och tillförlitligheten kan öka eftersom båda författarna har varit delaktiga under hela förloppet. Analysen av materialet var ibland problematisk då en del kategorier går in i varandra. Författarnas förförståelse bedöms inte ha påverkat intervjusituationen, men analysen har eventuellt blivit påverkad av vår förförståelse av faktabakgrunden, men även av känslan som förmedlades under intervjuerna. Minnet av ansiktsuttryck och kroppsspråk hos informanterna fanns med hos författarna vid analysen av materialet. Vi försökte att vara öppna för olika tolkningar i analysen och vara medvetna om förförståelsen. Resultatet kan till viss del ha blivit påverkat av frågorna i intervjuguiden, vilket visar sig i kategorierna.

Subkategorin ”Enskilda samtal med föräldrarna” blev inte så innehållsrik som övriga subkategorier. Det fördes diskussioner om dess vara eller icke vara. Även om subkategorin inte blev så omfattande uppfattades enskilda samtal med föräldrarna som en viktig strategi.

BVC-sjuksköterskorna som intervjuades var alla kvinnor. Det hade varit intressant och kanske påverkat resultatet om någon man hade intervjuats. Idag finns det inte många män som arbetar inom barnhälsovården vilket påverkade möjligheten till detta. Om det hade funnits män att intervjua hade det varit intressant att jämföra likheter och skillnader mellan deras upplevelser och kvinnliga BVC-sjuksköterskors upplevelser.

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang och beror på variation, djup och innebördsrikedom i datamaterialet (Rosberg 2012, s. 128). Resultatet i denna studie är tillämpningsbart för att förstå BVC-sjuksköterskors upplevelse av mötet med familjer med överviktiga barn. BVC-sjuksköterskor kan ha nytta av resultatet i sitt eget arbete för att öka förståelsen för vad som är fungerande eller problematiskt i mötet med överviktiga barn och deras familjer.

Resultatdiskussion

Studiens huvudfynd visar att BVC-sjuksköterskan behöver vara rustad med en lyhördhet som är balanserad med känsla för olikheter hos olika individer och deras sammanhang. BVC-sjuksköterskorna upplever att föräldrar är olika motiverade och medvetna om barns övervikt, detta samt relationen som har byggts upp påverkar mötet mellan BVC-sjuksköterska och föräldrar. För att skapa ett förhållningssätt som motiverar och inger hopp används ofta olika strategier. BVC-sjuksköterskorna upplever att det är viktigt att ha bra och tillräckligt med riktlinjer att få stöd av vid samtalet med föräldrar om känsliga ämnen som övervikt.

Resultatet visar tydligt att BVC-sjuksköterskorna upplever att det är ett känsligt ämne att samtala om barnens vikt med föräldrar, vilket även bekräftas av Regber, Mårild och Johansson Hanse (2013), Walker, Strong, Atchinson, Saunders och Abbot (2007) samt Isma, Bramhage, Ahlström, Östman och Dykes (2012). Isma et al (2012) visade att BVC-sjuksköterskor ansåg att det var svårt att prata om problemet med föräldrar som var ovilliga till diskussion och som lät sina barn bli överviktiga. Deras erfarenhet var att det fanns en risk att såra föräldrarna och använde därför ett neutralt språk och neutrala uttryck om barnets vikt.

BVC-sjuksköterskorna upplever barnets övervikt som ett känsligt ämne bland annat för att många föräldrar tar barnets övervikt som personlig kritik på hur man tar hand om barnet. Regber, Mårild och Johansson Hanse (2013) kunde också visa att BVC-sjuksköterskorna upplevde att överviktiga och feta föräldrar uppfattade sköterskornas information om övervikt som en kritik mot deras livsstil. I vår studie blev det inget enhälligt resultat om hur man upplever att bemöta föräldrar som själva har viktproblematik. En del tyckte att det var lättare att motivera överviktiga föräldrar till förändring för barnen eftersom de ville skona barnen från de problem som de själva haft, medan andra menade att de överviktiga föräldrarna antingen förnekade problemet eller blev kränkta. Mangrio, Lindström och Rosvalls (2010) resultat visade att det är större risk för barn till överviktiga föräldrar att själva bli överviktiga och en reflektion från författarna är att det utifrån denna forskning finns skäl för BVC-sjuksköterskan att fokusera mer på familjer där föräldrarna är överviktiga.

Av resultatet framgår det att ingen BVC-sjuksköterska undviker ämnet, utan anser att de är skyldiga att prata om övervikt, vilket också Regber, Mårild och Johansson Hanse (2013) redovisar. Walker et al (2007) kom däremot fram till att man ibland ansåg att ämnet var så känsligt att man undvek att ta upp det med föräldrarna och Lindhe Söderlund et al (2009) kom fram till att BVC-sjuksköterskorna undvek att ta upp ämnet om ett barn inte var tydligt överviktigt eller led av fetma. En slutsats kan vara att BVC-sjuksköterskorna i vår studie hade gott stöd i riktlinjer och upplevde det då lättare att samtala kring känsliga ämnen som övervikt.

BVC-sjuksköterskorna i intervjuerna upplevde att föräldrarna var olika medvetna om barnets övervikt. BVC-sjuksköterskorna upplevde precis som Derwig (2014) och SKL (2014, s. 22) hävdar att föräldrarnas grad av medvetenhet om och motivation vid barns övervikt kan ha sociala och kulturella orsaker.

Håkansson (2015a, 2015b) beskriver att BVC-sjuksköterskan behöver ta reda på familjens åsikter och värderingar så att de känner sig sedda och delaktiga i mötet, vilket även de intervjuade BVC-sjuksköterskorna poängterade.

Att bemöta föräldrarnas förnekelse upplevdes som svårt. Detta framkom också i en studie av Isma et al (2012) där BVC-sjuksköterskorna upplevde att föräldrarna trodde att problemet skulle lösa sig med tiden. Sjuksköterskorna uppgav att de flesta föräldrarna var medvetna om barnets övervikt, men de såg det inte nödvändigtvis som ett problem. Regber, Mårild och Johansson Hanse (2013) visar att BVC-sjuksköterskorna upplever att föräldrar reagerar på olika sätt med förnekelse, kränkning eller att de blir ledsna. Ibland uppfattade de att en negativ reaktion kunde väcka en reflektion till förändring vilket även de intervjuade BVC-sjuksköterskorna uttrycker.

Mikhailovich och Morrison (2007) beskriver att vårdpersonal ska vara beredda på olika reaktioner från föräldrar vid samtal om övervikt. Allt från lättnad, ointresse, förnekelse till ilska. Föräldrarnas reaktioner beror oftast på faktorer som sjuksköterskan inte kan påverka, som till exempel samhällets uppbyggnad. Vår reflektion över detta är att det kan vara värdefull kunskap för BVC-sjuksköterskor att många faktorer kan påverka, om de upplever att de inte når fram med sina råd.

Precis som i Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman och Dykes (2013) samt Regber, Mårild och Johansson Hanses (2013) studie anser BVC-sjuksköterskorna att ett gott samarbete är viktigt för framgångsrika insatser mot barns övervikt. Enligt Isma et al (2013) framkom det att oavsett hur engagerad BVC-sjuksköterskan var i samarbetet med familjen var det alltid föräldrarnas beslut som var avgörande.

I likhet med Isma et al (2012) och Regber, Mårild och Johansson Hanse (2013) upplevde deltagarna att om föräldern blev arg, backade man hellre och bytte samtalsämne. Därefter togs inte ämnet upp igen förrän vid nästa möte. Enligt Isma et al (2012) var det mer legitimt att prata om goda matvanor på en generell nivå utan att relatera till barnets vikt.

Håkansson (2015a, 2015b) beskriver de viktiga aspekterna på samspelet med att det är viktigt med lyhördhet och engagemang hos BVC-sjuksköterskan. BVC-sjuksköterskan ska vara öppen för familjens behov och utgå ifrån att det är föräldrarna som känner sitt barn bäst. Detta förhållningssätt beskrev BVC-sjuksköterskorna i vår studie som framgångsrikt vid möten med familjer. Även Johansson (2013, ss. 393-396) skriver att samspelet blir mer framgångsrikt och patientcentrerat genom att vårdgivaren uppmärksammar och tar till vara föräldrarnas unika kunskap om sitt barn och familjens specifika situation.

Enligt Edvardsson, Edvardsson och Hörnsten (2009) såg man att en stark relation mellan BVC-sjuksköterskan och familjen kunde främja ett bra samtal kring barnets övervikt, medan Ljungkrona-Falk, Brekke och Nyholms (2013) resultat visade att BVC-sjuksköterskorna upplevde att etablerade relationer till föräldrar försämrades när man började prata om familjens dåliga levnadsvanor och barnets viktproblem.

De intervjuade BVC-sjuksköterskorna i föreliggande arbete upplevde att relationen hade olika betydelse för upplevelsen av mötet. Oftast var det enklare att bemöta familjer som man kände väl och ge information om känsliga ämnen. Men det fanns även upplevelser av relationer som blev sämre i samband med att föräldrarna kände sig kränkta i samtalet om familjens överviktiga barn. En annan aspekt kom fram om att relationens längd inte hade någon betydelse utan snarare föräldrarnas grad av motivation. Tidigare forskning visar att BVC-sjuksköterskor undviker att ta upp känsliga ämnen som övervikt, men denna studie visar att BVC-sjuksköterskorna anser att det är deras skyldighet. Enligt Rikshandboken (2015) baseras och styrs BVC-sjuksköterskans arbete av aktuella lagar, myndigheters riktlinjer, vägledande och styrande dokument från Socialstyrelsen och lokala riktlinjer från det landsting/region där BVC-sjuksköterskan är verksam (Berglund, Fassih, Holmqvist, Nygren & Thor 2015). Dessa lagar och riktlinjer beskriver BVC-sjuksköterskornas uppdrag för arbetet inom barnhälsovården. Studiens resultat visade att BVC-sjuksköterskorna upplever att det är deras skyldighet att ta upp barns övervikt utifrån dessa lagar.

Resultatet visar att BVC-sjuksköterskor upplever att barnets övervikt är föräldrarnas ansvar och inget man ska skuldbelägga barnen för. BVC-sjuksköterskorna menar att de kan presentera fakta och erbjuda stöd och redskap men att det i slutändan ändå alltid är föräldrarnas beslut att genomföra förändringar.

Detta överensstämmer med resultaten i studierna av Isma et al (2012) och Isma et al (2013), vilka ansåg att det absolut var föräldrarnas fel att barnet ökade i vikt, vidare ansågs inte barnet själv kunna ändra på denna situation utan det var viktigt att motivera familjen till att ändra situationen för barnet. De förstod att det var ett familjeproblem där hela familjen behövde stöd och att det var upp till föräldrarna om de genomförde förändringar eller inte.

Mikhailovich och Morrison (2007) uppger att genom att poängtera samhällets ansvar till barnets övervikt kan man lyfta skulden från föräldrarna och ger fler vinklar att samtala runt ämnet. Isma et al (2013) skriver att det främsta ansvaret ligger på föräldrarna och till viss mån även samhället. Eftersom barnen spenderade mest tid på förskolan ansåg man att förskolan hade ett större ansvar än barnhälsovården och inte att BVC-sjuksköterskorna hade det yttersta ansvaret för ett barns övervikt. Detta väcker en reflektion hos författarna, om BVC-sjuksköterskorna anser att det främsta ansvaret ligger hos förskolan, kanske de inte tar barnets övervikt på så stort allvar. Våra informanter poängterade vikten av ett fungerande samarbete mellan olika aktörer.

Dahlberg och Segesten (2010, ss. 118-121) förtydligar att föräldrarna har ansvar för sitt barn vad gäller tillgång till rätt och god omvårdnad i vardagen. Det beskrivs också att familjen kan sägas vara en avgörande faktor för att uppleva hälsa och välbefinnande. Även Kirkevold (2003, ss. 32-36) poängterar familjens förebyggande och hälsofrämjande roll vilket bland annat innebär att lära barnet goda levnadsvanor. De intervjuade BVC-sjuksköterskorna bekräftar detta genom sin upplevelse av att kunna komma åt barnets övervikt genom att påverka föräldrarnas livsstil, vilket även Isma et al (2012) verifierar.

Enligt Isma et al (2012) upplevdes förmågan hos föräldrarna att sätta gränser som mycket viktig. Enligt deltagarna förekom det familjer där man inte hade några gränser runt mathållningen. I vår studies resultat framkom också att BVC-sjuksköterskorna upplevde att vissa föräldrar behövde mer stöd i gränssättning kring matvanor. BVC-sjuksköterskorna motiverar gärna genom att poängtera att det kan vara viktigt och betydelsefullt att göra små förändringar, att det är många faktorer som påverkar barnets övervikt. De motiverade också genom att ge råd om sunda levnadsvanor vid varje besök. Genom att lyfta fram att övervikten inte behöver vara ett problem när barnen är små, men att det kan bli det om man inte sätter in tidiga åtgärder, försökte man motivera till en framtida förändring. BVC-sjuksköterskorna upplever en frustration och tycker att det kan vara jobbigt när föräldrarna inte är mottagliga för förändring eller ens vill lyssna på den information som förmedlas. Likväl kan de uppleva att de har gjort en insats och förhoppningsvis sått ett frö, om inte till det aktuella barnet, kanske till kommande syskon.

Motiverande samtal upplevs som en bra samtalsmetod när man ska motivera föräldrar till en förändring. För att kunna använda Motiverande samtal eller andra motiverande insatser behöver föräldrarna vara mottagliga och öppna för en förändring.

Enligt studien av Lindhe Söderlund et al (2009) upplevde även de BVC-sjuksköterskorna att det var svårt att använda Motiverande samtal om inte föräldrarna själva såg övervikten som ett problem. Föreliggande studies resultat visade att förändring först var möjlig när föräldrarna var motiverade till förändring, kanske detta är ett faktum också vid annat motivationsarbete?

Alla BVC-sjuksköterskor uppger att lagstiftning, lokala riktlinjer, rutiner och PM upplevs som stöd i mötet med föräldrar vars barn var överviktiga eller feta. De upplever att man har mer och bättre hjälpmedel nu än för några år sedan. I motsats till detta visar en svensk studie av Isma et al (2013) att BVC-sjuksköterskorna upplevde sina riktlinjer och rutiner som knapphändiga och generella. De efterfrågade mer utbildning och riktlinjer för att uppdatera och förbättra bemötandet av överviktiga barn och deras föräldrar. Det fanns bristfällig kunskap om definitionen av övervikt och fetma och kunskapen om BMI var låg, de gjorde istället en visuell bedömning av barnen och använde tillväxtkurvan för att upptäcka övervikt. BVC-sjuksköterskorna i Edvardsson, Edvardsson och Hörnstens (2009) studie ansåg precis som BVC-sjuksköterskorna i föreliggande arbete att tillväxtkurvorna utgjorde ett bra stöd för att samtala om barns övervikt.

I studien av Isma et al (2012) menade BVC-sjuksköterskorna att hanteringen av överviktiga barn handlade mycket om deras individuella intresse i och med brist på tydliga riktlinjer. Även Small et al (2009) visade att enkla evidensbaserade riktlinjer och metoder saknades kring samtal om övervikt inom barnhälsovården. BVC-sjuksköterskorna i vår studie upplever att de har fått bra utbildning och att de har bra material att använda vid samtalen med familjerna och om de använder det på rätt sätt så blir det oftast bra möten. De undviker inte det känsliga ämnet, kanske i många fall tack vare tydliga riktlinjer, medan andra studier pekar på att bristfälliga riktlinjer kan göra att man avstår från att samtala om barnets övervikt.

BVC-sjuksköterskornas erfarenhet är att de pratar mycket om mat, matvanor och livsstil under barnets hela BVC-tid. De har en förhoppning om att föräldrarna ska få med sig hälsosamma tankar kring levnadsvanor.

I likhet med Isma et al (2012) anser de inte att man behöver ta upp och prata om övervikt innan 2,5 års ålder utan då pratar man mera allmänt om ämnet. De beskriver även att de har goda kunskaper i att ge generella nutritionsråd, men något bristande kunskap i mer specifika råd till överviktiga barn.

Erfarenheten hos BVC-sjuksköterskorna var att det ibland var direkt olämpligt att ha med barnen under samtalet om övervikt. Då valdes, om möjligt, ett annat tillfälle med enbart föräldrarna och då kunde man även samtala om hur föräldrarna skulle bemöta sina barn.

Studiens resultat bekräftar att barns övervikt är ett känsligt ämne att samtala om. BVC-sjuksköterskan upplever att lokala riktlinjer, PM och lagstiftning är ett stöd i bemötandet av familjerna. Resultatet väcker funderingar hos författarna om upplevelsen av stöd från riktlinjer kan överföras till samtal även om andra känsliga ämnen som till exempel omsorgssvikt.

Lyhördhet och en etablerad relation påverkar samspelet mellan BVC-sjuksköterskan och familjerna. Studiens resultat indikerar att väl utarbetade riktlinjer och hjälpmedel ger utrymme för lyhördhet. Riktlinjerna ger en stadig bas så att BVC-sjuksköterskorna kan fokusera mer på att vara lyhörda. Lyhördhet upplevs av författarna som en väldigt viktig egenskap för alla inom vården. Lyhördhet behövs vid alla mänskliga möten, som vårdpersonal vet vi inte alltid vad våra patienter upplever som känsliga ämnen. Riktlinjer tycks viktiga för ett bra arbete med överviktiga barn och deras föräldrar, därför bör sådana kanske utvecklas och spridas geografiskt. Men tanke på att BVC-sjuksköterskorna upplevde att de hade något bristande kunskap i specifika nutritionsråd till överviktiga barn kan det finnas ett behov av förbättringsarbeten med fokus på detta.

Folkhälsa ingår i den sociala dimensionen av hållbar utveckling. Social hållbarhet består bland annat av hälsa och livskvalitet (Folkhälsomyndigheten 2014). BVC-sjuksköterskan har möjlighet att identifiera övervikt och förebygga fetma hos barn i ett tidigt skede vilket kan ha betydelse för individens hälsa och därmed en hållbar samhällsutveckling. Övervikt kan innebära en ökad sjuklighet under livet, vilket kan ge en negativ social och ekonomisk hållbarhet. Genom det preventiva arbetet på BVC kan hälsovinster göras för den enskilda individen, för familjen och för den framtida folkhälsan.

Slutsats

Övervikt hos barn är ett känsligt ämne. Tydliga riktlinjer underlättar och ger stöd, vilket gör att känsliga ämnen som övervikt hos barn i samtal med familjer inte undviks. Ett välfungerande och lyhört samspel kan motivera föräldrarna till förändring. BVC-sjuksköterskan behöver även vara lyhörd inför familjers olika sammanhang och utgå från deras förutsättningar för att förenkla motivationsarbetet. Det är viktigt att motivationen kommer från föräldrarna själva för att det ska bli ett bra resultat.

Utifrån ett samhällsperspektiv och studiens resultat tycks det viktigt att vidare studera hur samarbetet mellan BVC och förskola fungerar, då detta verkar vara en faktor av betydelse för ett framgångsrikt och hållbart motivationsarbete. Det skulle också vara intressant att jämföra likheter och skillnader i BVC-sjuksköterskors upplevelse av regioners olika riktlinjer, för att om möjligt få en tydligare bild över betydelsen av riktlinjer. En annan viktig infallsvinkel är att undersöka föräldrars upplevelse av BVC-sjuksköterskans bemötande vid barns övervikt, eftersom detta perspektiv är helt avgörande för hur råd tas emot och förverkligas.

REFERENSER

- Angbratt, M., Ekberg, J., Walter, L. & Timpka, T. (2011). Prediction of Obesity from Infancy to Adolescence. *Acta Paediatrica*, 100(9), ss. 1249-1252.
- Anti, E., Laurent, J S. & Tompkins, C. (2016). The Health Care Provider's Experience With Fathers of Overweight and Obese Children: A Qualitative Analysis. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(2), ss. 99-107.
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 203-220.
- Berglund, M., Fassih, N., Holmqvist, G., Nygren, U. & Thor, Y. (2015). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården*. Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/> [2016-12-06]
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Derwig, M., (2014). *Övervikt- Barns tillväxt*. Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Overvikt/> [2016-08-29]
- Edvardsson, K., Edvardsson, D., Hörnsten, Å., (2009). Raising Issues About Childrens' Overweight. Mternal and Child Health Nurses' Experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), ss. 2442-2551.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The Qualitative Content Analysis Process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.
- Folkhälsomyndigheten (2014). *Social hållbarhet*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/> [2016-12-16]
- Helsingforsdeklarationen (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> [2016-12-16]
- Holm Ivarsson, B. (2013). *MI motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Gothia förlag.
- Holm Ivarsson, B., Kuehn Krylborn, L. & Trygg Lycke, S. (2013). *Motiverande samtal och behandling vid övervikt och fetma- vuxna ungdomar och barn*. Stockholm: Gothia fortbildning.

- Håkansson, L. (2015a). *Hälsofrämjande möte*. Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Arbetet-pa-en-barnavardcentral/Halsoframjande-mote/> [2016-08-31]
- Håkansson, L. (2015b). *Lyhördhet och förståelse i mötet med barnfamiljen*. Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Arbetet-pa-en-barnavardcentral/Lyhordhet-och-forstaelse-i-motet-med-barnfamiljen/> [2016-08-31]
- Håkansson, L. (2016). *Motiverande samtal (MI) som samtalsmetod vid identifierad övervikt på BVC*. Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Grunda-sunda-vanor/Motiverande-samtal-MI-som-samtalsmetod-vid-identifierad-overvikt-pa-BVC/> [2016-12-16]
- Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, 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.
- Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., Dykes, A-K. (2013). Obstacles to Prevention of Overweight and Obesity in the Context of Child Health Care in Sweden. *BMC Family Practice*, 14:143.
- Jansson, A. & Nergårdh, R. (2012). Övervikt och fetma. I Hanseus, K, Lagerkrantz, H. & Lindberg, T. *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur, ss. 557-566.
- Johansson, A. (2013). *Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar*. I Fossum, B. (red.). *Kommunikation-samtal och bemötande i vården*. Studentlitteratur: Lund, ss. 377-397.
- Kirkevold, M. (2003). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. I Kirkevold, M. & Strömsnes Ekern, K. *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber, ss. 19-48.
- Kirkevold, M. (2003). Familjens ställning i omvårdnaden. I Kirkevold, M. & Strömsnes Ekern, K. *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber, ss. 49-69.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Lund: Natur & Kultur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- LeBlanc, AG., Spence, JC., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I. et al. (2012). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), ss. 753-772.
- Lindhe Söderlund, 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.

Lilja, A-C. (2016). *Motiverande samtal (MI) som samtalsmetod vid identifierad övervikt på BVC. Grunda sunda vanor*. Rikshandboken. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Grunda-sunda-vanor/Motiverande-samtal-MI-som-samtalsmetod-vid-identifierad-overvikt-pa-BVC/> [2016-10-06]

Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., Nyholm, M. (2013). Swedish Nurses Encounter Barriers when Promoting Health Habits in Children. *Health Promotion International*, 29(4), ss. 730-738.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 187-201.

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin C. (2016). *Barnhälsovård – att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber.

Mangrio, E., Lindström, M. & Rosvall, M. (2010). Early Life Factors and Being Overweight at 4 Years of Age Among Children in Malmö, Sweden. *BMC Public Health*, 10: 764.

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.

Nyström, M. (2012). Hermeneutik. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 155-172.

Regber, S., Mårild, S. & Johansson Hanse, J. (2013). Barriers to and Facilitators of Nurse-parent Interaction Intended to Promote Healthy Weight Gain and Prevent Childhood Obesity at Swedish Child Health Centers. *BMC nursing*, 12:27.

Regeringskansliet (2016). *Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling*. http://www.unesco.se/wp-content/uploads/2016/03/Att-foeraendra-v--r-vaerld_-Agenda-2030-foer-h--llbar-utveckling.pdf [2016-12-06]

Region Jönköpings län (2015). *Barnhälsorapport 2015, Barnhälsovården i Region Jönköpings län*. http://intra.rjl.se/info_files/infosida65489/Rapporten_2015.pdf [2016-10-05]

Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 109-133.

Sveriges kommuner och landsting (2014). *Kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården – ett komplement till öppna jämförelser från ett urval kvalitetsregister 2013*. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-111-2.pdf?issuusl=ignore> [2016-09-07]

Small, I., Anderson, D., Sidora-Arcoleo, K. & Gance-Cleveland, B. (2009). Pediatric Nurse Practitioners' Assessment and Management of Childhood Overweight/Obesity:

Results from 1999 and 2005 Cohort Surveys. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(4), ss. 231-241.

Socialstyrelsen (2014). *Vägledning för barnhälsovården*.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
[2016-08-29]

Strömsnes Ekern, K. (2003). Lärandeperspektivet. I Kirkevold, M. & Strömsnes Ekern, K. *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber, ss. 235-242.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. <http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf> [2016-08-29]

Timmons, BW., Leblanc, AG., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I. et al. (2012). Systematic Review of Physical Activity and Health in the Early Years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*, 37(4), ss. 773-792.

Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J. & Abbott, J. A. (2007). Qualitative Study of Primary Care Clinicians' Views of Treating Childhood Obesity. *BMC Family Practice*, 8:50.

Till verksamhetschef för godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor, Ulrika Fransson och Karin Josefsson, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete.

Vi avser att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor inom barnhälsovård har av att samtala med familjer med överviktiga barn. Vi skulle uppskatta din hjälp att hitta intresserade distriktssköterskor till vår studie. Förhoppningen är att hitta åtta distriktssköterskor totalt.

Metoden i examensarbetet kommer att vara kvalitativ innehållsanalys baserad på halvstrukturerade intervjuer. Datainsamling kommer att ske genom bandade intervjuer med distriktssköterskor inom barnhälsovården. Vi vänder oss till distriktssköterskor som arbetat inom barnhälsovård i minst tre år och som arbetar hälsofrämjande. Intervjuerna kommer att ske hösten 2016, under v 36 – 39 och kan gärna ske på arbetsplatsen eller enligt överenskommelse. Tidsåtgången beräknar vi till mellan 30 och 45 minuter. Att medverka i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

För att underlätta för oss att komma igång med våra intervjuer uppskattar vi svar om deltagande senast v 35. Bifogat formulär om godkännande skickas till angiven adress så snart som möjligt. Vänligen kontakta Ulrika eller Karin J via e-mail eller telefon med besked om deltagande.

Vid önskemål återkopplar vi gärna resultatet till er verksamhet. Välkommen att kontakta oss eller vår handledare vid eventuella frågor eller funderingar.

Värnamo 2016-08-24

Ulrika Fransson
ulrika-a@hotmail.com
0735-890022

Karin Josefsson
josefsson@slatteryd.st
0704-900102

Handledare

Karin Högberg, Universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås
karin.hogberg@hb.se
0736-32 50 32

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Ulrika Fransson och Karin Josefsson genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Värnamo / 2016

Namn

Titel/Verksamhet

Information till deltagare i studien om

”BVC-sköterskans upplevelse av att möta familjer med överviktiga barn”

Bakgrund och syfte

Övervikt hos barn är ett återkommande och ökande problem inom barnhälsovården och för det enskilda barnet med övervikt påverkas livskvalitén. Risken för allvarliga sjukdomar ökar vid övervikt och föräldrar och familj är en avgörande faktor för barnets hälsa och välbefinnande. BVC-sköterskans förebyggande roll är av stor betydelse då de kan upptäcka de överviktiga barnen i ett tidigt skede och förebygga fetma. Studier har visat att det behövs mer forskning om BVC-sköterskans upplevelse av att möta familjer med överviktiga barn.

Syftet med denna studie är att undersöka BVC-sköterskans upplevelse och erfarenhet av att möta familjer med överviktiga barn.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i en intervjustudie.

Hur studien går till

Intervjun sker i ett enskilt rum som vi gemensamt har kommit överens om, vid ett tillfälle som passar Dig. Under intervjun ställs frågor med fokus på hur Du upplever mötet med familjer med överviktiga barn och hur Du känner vid dessa möten. Har Du några speciella strategier? Intervjun spelas in och kommer sedan skrivas ut ordagrant till text. Totalt kommer ca 8 BVC-sköterskor att intervjuas. Samtliga intervjuutskriftsanalyseras sedan för att ge svar på syftet med studien.

Risker och fördelar

Vi ser få risker med ett deltagande. Ditt deltagande är värdefullt, då dina upplevelser och tankar är viktiga för att kunna vidareutveckla bemötande och stöd till familjer med överviktiga barn.

Frivillighet

Ett deltagande är helt frivilligt och Du kan när som helst, utan särskild förklaring, avbryta Ditt deltagande.

Hantering av personuppgifter och sekretess

Dina personuppgifter kommer att hanteras så att ingen obehörig har tillgång till materialet. Du skyddas av tystnadsplikt. Vid hanteringen av inspelat intervjumaterial är Du helt avidentifierad, så också i uppsatsen.

Hur får jag information om studiens resultat?

Studien kommer i första hand presenteras som en magisteruppsats, ett examinationsarbete av de medverkande distriktssköterskestudenterna. Vid önskan kan Du få den färdiga uppsatsen skickad till dig via e-mail eller per post.

Ansvariga

Ansvariga för genomförande av intervjuerna och insamlat material är:

Distriktssköterskestudent Karin Josefsson, josefsson@slatteryd.st, 0704-900102

Distriktssköterskestudent Ulrika Fransson, ulrika-a@hotmail.com, 0735-890022

Studenthandledare Karin Högberg, karin.hogberg@hb.se, 0736-32 50 32.

Vid frågor kring intervjun eller studien vänligen kontakta någon av ovanstående.

Samtyckesblankett

Jag har informerats, fått tillfälle att ställa frågor, fått dem besvarade och samtyckt till deltagande i intervjustudien "BVC-sköterskans upplevelse av att möta familjer med överviktiga barn". Jag är införstådd med att deltagande är frivilligt och att jag när som helst, utan särskild anledning, kan avbryta mitt deltagande.

Namnunderskrift

Datum

Intervjuguide

- * Inleder med information om syftet med arbetet, som är att ta reda på distriktssköterskans upplevelse och erfarenheter av möten med familjer med överviktiga barn.
- * Hur länge har du arbetat inom BVC?
- * Möter du familjer med överviktiga barn?
 - Hur upplever du de mötena?
 - Kan du berätta om din erfarenhet av möten med familjer med barn med övervikt.
 - Kan du berätta mer? Hur känner du? Hur hanterar du det? På vilket sätt?
- * Hur arbetar du som BVC-sköterska preventivt med övervikt hos barn?
 - Hur upplever du det?
 - Hur påverkar relationen till familjen mötet?
 - Har du några speciella strategier (för att det ska bli bra)?
- * Vad kännetecknar ett bra samtal kring övervikt hos barn enligt din erfarenhet?
 - Vad är det som gör att det blir ett bra samtal?
 - Hur känns det då? Hur hanterar du det?
 - Vad är det som gör att det blir ett sämre samtal?
 - Hur känns det då? Hur hanterar du det?
- * Hur upplever du att föräldrar reagerar i mötet? Agerar i mötet?
 - Hur känner du då? Hur hanterar du det?
- * Hur involverar du barnet i samtalet?
 - Hur upplever du att barnet reagerar?
 - Hur hanterar du det? Har du några speciella strategier?
- * Är det något mer du vill tillägga?

Tabell över analysprocessen med kodning och kategorisering

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Generisk kategori
<p>ofta så är det ju rätt känsligt, och rätt svårt att komma åt och som förälder tar man det lite personligt med, för man vet innerst inne att det är jag som handlar, det är jag som lagar mat</p> <p>Ja det är ju inte enkelt alltså. Det är absolut inte lika enkelt som att prat om torr hud eller förstoppning</p> <p>Men de föräldrar som.. alltså tycker det är väldigt känslig och blir arga och så och kanske själva har övervikt och tycker att det är inget problem, de är ju svåra, jättesvåra är de</p>	<p>Känsligt ämne som är lätt att ta personligt för föräldrarna</p> <p>Inget enkelt ämne</p> <p>Lättare att bemöta föräldrar som är normalviktiga än överviktiga</p>	Känsligt ämne	Lyhördhet med känsla
<p>En del föräldrar upplever ju att det är ett problem och vill ha hjälp. Och en del vill ju absolut inte diskutera barnets vikt och känner sig väldigt kränkta om man ens nämner det</p> <p>Och sen så har vi dom här andra som jag säger som inte, som blir förnärmade eller.. försvar. Att de tycker att det är väl ingenting, jag var likadan och han kommer att springa av sig det</p> <p>De föräldrar som själva är lite oroliga för att barnet har blivit överviktigt och vill göra något åt det.. de föräldrarna är ju rättså lätta att hjälpa.. de är mottagliga för råd och diskussion</p>	<p>Väldigt olika hur familjerna är medvetna och om de upplever barnets övervikt som ett problem eller inte</p> <p>Att förhålla sig till föräldrarnas förnekelse och försvar av barnets övervikt</p> <p>Olika hur mottagliga föräldrar är för råd och diskussion kring övervikt</p>	Familjens medvetenhet	

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Generisk kategori
Hon blev, jätte upprörd. Hon sa, jag känner mig så upprörd alltså. Hur kan det va att ni har rätt att redan på min 5-åring alltså att det ska stå och i hennes journal att hon är överviktig.	Upplevelsen av föräldrars reaktion av möten	Familjens medvetenhet	
Förtroende för föräldrarna, att inte skuldbelägga, det tror jag är grunden, men inte alltid lätt.. Vi får väl inte heller inbilla oss att vi har liksom.. föräldrarna vet ju också vad som är bäst för deras barn. Det kanske inte är vi som sitter här och ska veta det alltid heller, eller bestämma eller tycka Om föräldrarna har med sig lite.. hopp om att det här går att fixa.. att de känner att det här är rimligt och det här klarar vi att genomföra.. då känner jag att det har blivit ett bra samtal	Att ha förtroende för föräldrarna och inte skuldbelägga Komma ihåg att det inte alltid är vi som vet bäst utan det är föräldrarna som känner barnet bäst Ett bra samtal om man känner att föräldrarna har ett hopp om att det går att fixa	Samspelet med familjen	Lyhördhet med känsla
Man lär ju känna de här föräldrarna så att.. man försöker ju lära sig hur man bäst bemöter just dig och dig. Det är ju mycket lättare med dem man har en nära relation till, då känns det mera naturligt och man, man har ju vart med alltså.. oftast från bebisen var liten Svårast är det ofta med dem som är inflyttade eller som man inte känner	Man lär känna föräldrarna för att kunna ge bästa bemötandet Mycket lättare med dem man har en relation till Svårare att bemöta dem man inte känner så väl	Relationens betydelse för upplevelsen av mötet	