

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2014:66

BVC-sjuksköterskans hälsofrämjande arbete för att
identifiera barn med risk för övervikt
En enkätstudie

Therese Benson

Marie Dannberg



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	BVC- sjuksköterskans hälsofrämjande arbete för att identifiera barn med risk för övervikt
Författare:	Therese Benson Marie Dannberg
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska
Handledare:	Isabell Fridh
Examinator:	Agnetha Kullén Engström

Sammanfattning

Barns övervikt och fetma är ett allvarligt och stort folkhälsoproblem i vårt samhälle idag. Om övervikt etableras under barndomen är risken stor att fetma utvecklas senare i livet, vilket kan medföra risk för följsjukdomar och psykiskt lidande. Det är viktigt att i tidigt skede upptäcka barn och dess familjer med risk för övervikt och där har BVC-sjuksköterskan en central roll.

Enligt tidigare studier har det framkommit att BVC-sjuksköterskor upplever det svårt och känsligt att prata om kost och kostvanor och risk för övervikt med föräldrar. Många har upplevt negativa reaktioner i dialogen med familjerna, vilket medfört att det hälsofrämjande arbetet inte fortskridit och med relevanta åtgärder mot barns risk för övervikt inte har satts in. Därför är det av intresse att undersöka om BVC-sjuksköterskans uppfattningar om ett arbetsredskap i form av ett frågeformulär riktat till föräldrar skulle förbättra det hälsofrämjande arbetet mot barns risk för övervikt.

Studiens design var kvantitativ och data samlades in med hjälp av en enkät som bestod av 18 frågor i tre teman samt tre öppna frågor. Urvalet var 42 BVC-sjuksköterskor som arbetade på 19 olika BVC- mottagningar i fyra av Hallands kommuner.

Resultatet visar att de flesta av BVC-sjuksköterskorna var positiva till att använda ett frågeformulär om kost och kostvanor. Det kunde vara till hjälp för dem i deras hälsofrämjande arbete med att tidigt finna riskfaktorer hos barn och dess familj med risk för övervikt. Att ämnets känslighet skulle kunna minska var det många av respondenterna som tyckte. Diskussionen betonar vikten av att BVC-sjuksköterskans hälsofrämjande arbete ligger i att i tid fånga upp barn och dess familj i riskzonen för övervikt och att ett frågeformulär kan vara ett stöd i detta arbete.

Nyckelord: *hälsofrämjande, övervikt, barn, familj, sjuksköterska, kommunikation, kvantitativ, enkätstudie*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Globala fakta	1
Nationella fakta	1
Identifiering av övervikt och fetma hos barn	2
Risker vid övervikt hos barn	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Familjen	3
Sjuksköterskans/Distriktsköterskans hälsofrämjande arbete	4
Hälsofrämjande arbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv	4
Hälsofrämjande arbete med familjen	4
Hälsofrämjande teori	5
Ett känsligt ämne	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Design	7
Urval och deltagare	7
Datainsamlingsmetod	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT	9
Arbetsätt och kunskap	10
Anpassat frågeformulär till föräldrarna	12
Kostvanor och risk för övervikt kan vara ett känsligt ämne	15
Statistiska jämförelser	15
Resultat för de öppna frågorna	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Arbetsätt och kunskap	19
Anpassat frågeformulär till föräldrarna	20
Kostvanor och risk för övervikt kan vara ett känsligt ämne	21
Slutsatser och kliniska implikationer	22
REFERENSER	23
Bilaga 1	25
Bilaga 2	26
Bilaga 3	30
Bilaga 4	31

INLEDNING

Det finns flera studier och artiklar som beskriver vikten av att hälsofrämjande åtgärder för barns risk för övervikt, har bäst chans att lyckas om de sätts in tidigt i barns liv. I en artikel skriven av Shay (2007) påpekas att ett viktigt arbete är att identifiera familjer med sämre kostvanor och att prata om kost och kostvanor vid varje besök på barnavårdscentralen (BVC).

Ett verktyg för att identifiera familjer med risk för övervikt är att utföra screening vid ett hälsobesök på BVC. Att vara överviktig som barn innebär en hög risk att bli överviktig vid vuxen ålder och detta innebär en högre risk att utveckla följsjukdomar (Nader, O'Brien, Houts, Bradley, Belsky, Crosnoe, Friedman, Mei & Susman, 2006). En studie av Regber, Mårilid & Johansson Hanse (2013) visade på svårigheter att utföra ett hälsofrämjande arbete mot barns övervikt. Sjuksköterskor som arbetade på BVC upplevde att det var svårt att ta upp ämnet eftersom de kände att ämnet är känsligt, framför allt om någon av föräldrarna var överviktig. Studien hävdar att störst förutsättningar att arbeta hälsofrämjande mot barns risk för övervikt, uppnås genom att regelbundet kontrollera vikt och längd på BVC. Ett instrument att arbeta med är Body Mass Index (BMI) och som skulle kunna utgöra en utgångspunkt för samtalet med föräldrarna. Tyvärr gav det ett ojämnt resultat och riskerade att försena upptäckandet av risk för övervikt, då verktyget användes godtyckligt av sjuksköterskorna. Enligt Trapp, Ryan, Ariza, Garcia & Binns (2009) kan ett systematiskt arbete med att hitta riskfaktorer möjliggöra ett preventivt arbete och identifiera vilka åtgärder som är lämpliga att sätta in.

BAKGRUND

Globala fakta

World Health Organisation (WHO) beskriver fetma som ett allvarligt hot mot hälsan och att problemet är globalt och växer stadigt. Hälsofrämjande arbete är viktigt och ska prioriteras. Förekomsten av övervikt och fetma ökar bland barn och vuxna i hela världen och förekommer i alla samhällsklasser. Under de två senaste decennierna har fetman nästan tredubblats bland barn. År 2012 fanns det mer än 40 miljoner överviktiga eller feta barn som var under fem år, varav 35 miljoner av dessa bodde i utvecklingsländer. Tidigare var detta problem i de industrialiserade länderna i världen, men nu är övervikt och fetma ett stort problem även i länder med låga till medel inkomster där främst personer som lever i tätorter är drabbade, (WHO, 2014). Enligt Europeiska kommissionen är 22 miljoner barn i EU överviktiga eller feta och siffrorna växer med 400.000 barn per år (EU- public health, 2014).

Nationella fakta

Sverige är inget undantag, cirka hälften av alla svenskar har i dag fetma eller övervikt. Mellan år 2004 och år 2013 har antalet personer med fetma ökat från 11 % till 14 %, enligt den senaste statistiken från nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsomyndigheten, 2014). Sedan mitten av 1980-talet har övervikt och fetma bland barn ökat mellan två och fem gånger. Av Sveriges 10 åringar är ca 25 % överviktiga och 3 % har fetma. 80 % av de 6-åringar som är överviktiga eller lider av fetma kommer att fortfarande i sena

tonåren att lida av detta enligt Barn Obesitas Register Sverige (BORIS). Aktuell forskning har visat att förekomsten av övervikt och fetma bland alla barn i hela Sverige var 17 % varav 3 % hade fetma. Övervikt och fetma har visat sig vara vanligare i glesbefolkade områden, detta kunde förklaras av socioekonomiska skillnader hos befolkningen. Så höga tal av övervikt och fetma har ingen tidigare generation haft under sin uppväxt. Barn med normalvikt behåller i hög grad sin hälsosamma vikt längre fram i livet (Moreus, 2012).

Identifiering av övervikt och fetma hos barn

För att kunna prata om risker med övervikt och fetma hos barn bör man kunna identifiera och definiera vad övervikt och fetma är. Definition av fetma beskrivs av WHO som ett tillstånd av överdriven anhopning av kroppsfett. Detta till den grad att det påverkar hälsan negativt (WHO, 2014).

Det är svårt att identifiera övervikt eftersom barn växer och utvecklas olika, men med hjälp av tillväxtkurvan (längd-vikt-huvudomfång), som används på BVC och att använda iso-BMI som mätmetod. Iso-BMI används på samma sätt som BMI (vikt/m²). Referensvärdena är baserade på en internationell standard efter barns ålder och kön. Iso-BMI 25 (gräns för övervikt) och Iso-BMI 30 (gräns för fetma) och BMI-gränserna skiljer sig mellan pojkar och flickor (Derwig, 2014).

Barn som redan vid tre års ålder har fetma riskerar att ha kvar den i tonåren. Överviktiga sjuåringar riskerar att förbli överviktiga i vuxen ålder. Många barn med övervikt eller fetma är välmående, men med övervikt och fetma ökar också riskerna för följsjukdomar i framtiden. Vanliga problem är belastningsskador, som leder till ont i knän och fötter, sömnsvårigheter som ger i sin tur en större trötthetskänsla. Är man stor får man även svårare att röra sig. Övervikt kan också leda till bristande självförtroende som är en grogrund för psykisk ohälsa och som kan leda till sämre sociala relationer och en känsla av utanförskap. Kroppens olika funktioner blir ansträngda vid fetma och kan leda till högre blodtryck, blodsockerhalter och blodfetter, samt leverpåverkan. Detta innebär en ökad risk att drabbas av följsjukdomar senare i livet, så som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes typ 2, fettlever och hormonellpåverkan, som i sin tur kan ge menstruationsrubbingar (Jansson, 2012). I en studie av Franks, Hanson, Knowler, Sievers, Bennet och Looker (2010) identifierar de ett samband mellan feta barn och en förkortad livslängd jämfört med normalviktiga barn.

I Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2013) visar de att fetma försämrar livskvaliteten och medför stora hälsorisker. Risken för att drabbas av tidigare nämnda följsjukdomar är förhöjd och leder sannolikt till en förtida död. Vissa cancersjukdomar och barnlöshet hör även till följsjukdomar av övervikt och fetma. Personer som drabbats av fetma lider psyksikt och skuldbelägger sig själva (SBU, 2013). Det finns en risk för att individen inte får samma chans senare i livet varken i utbildning eller i arbetslivet. Det samma gäller möjligheterna att finna vänner och en livspartner. En stor risk för personer med fetma, som inte lyckas vända vikten neråt, är att de inte orkar arbeta, utan blir sjukpensionärer (Jansson & Danielsson, 2003, s.41).

Familjen

Föräldrar har störst inverkan på barnets utveckling både vad gäller de fysiska och psykiska aspekterna, samt sociala kompetenser. Detta är faktorer som påverkar barnens skolgång och vilka levnadsvanor man får med sig in i vuxenlivet (Folkhälsomyndigheten 2014, ss.5-7). I en studie som gjorts i Göteborg "I forskning för en friskare generation" skriver Eiben (2012, ss. 28-29) att redan i tidig ålder anläggs levnadsvanor och däribland matvanor, vilket har betydelse för vikten under uppväxten och senare i livet. Det är därför av stor vikt att föräldrar ger sina barn goda vanor redan från början. I Almquist- Tangens avhandling (2014, s.18) framkom att föräldrarna vill ha ett nöjt och glatt barn. För att uppnå detta gav de välling, mat eller sötsaker för att behålla det goda humöret eller för att trösta barnet. Risken är då att de skapar ohälsosamma kostvanor som kan bli långvariga, som leder till konsekvenser för barnets hälsa på sikt. Barn som får välling från sex månaders ålder med en till flera flaskor per dag ökar risken för ett högre BMI vid 12 till 18 månaders ålder (Almqvist-Tangen, Dahlgren, Roswall, Bergman & Alm 2013).

Föräldrar idag har svårt att få ihop hälsopusslet och servera näringsriktig mat till familjen. Tidspress i vardagen och ekonomiska begränsningar är troliga orsaker till detta (Eiben 2012, ss.28-30). I en studie av Regber et al. (2013) jämfördes familjer med barn som var överviktiga med familjer med barn som inte var överviktiga. Tidsbrist i vardagen var den avgörande orsaken till att inte leva hälsosamt. Matlagning från grunden tog för lång tid och det serverades istället halvfabrikat eller smörgåsar till middag eftersom att barnen var hungriga och inte orkade vänta på lagad mat. I dessa familjer var det vanligare att det fanns kakor, snacks och söta drycker att ta när behov fanns. Enligt Haerens, De Bourdeaudhuij, Barba, Eiben, Fernandez, Hebestreit, Kovács, Lasn, Regber, Shiakou & De Henauw (2009) finns bristande kunskaper hos föräldrar att förstå en innehållsdeklaration. Dessutom är tillgängligheten till ohälsosam kost stor, vilket ytterligare försvårar valet av rätt produkter hos många föräldrar. Det är inte ovanligt att föräldrar serverar för stora portioner, vilket ökar risken för övervikt om barnet har en stor aptit (Regber et al. 2013). De föräldrar som serverade hälsosam mat var också striktare med vilken kost som fanns hemma. De planerade utifrån ett middagsschema och följde denna när de handlade. Vatten som dryck till maten samt frukt och grönsaker förekom dagligen i dessa familjer.

Flera studier (Haerens et al. 2009, Nader et al. 2006, Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm 2014) visar att socioekonomiska skillnader inverkar på risken för övervikt. Föräldrar med utländsk härkomst, föräldrar med låg utbildning och låg lön samt ensamstående föräldrar var överrepresenterade med barn som har övervikt eller fetma.

I en familj påverkar man varandra och karaktären av påverkan kan både vara av positiv respektive negativ karaktär. Om en individ i familjen har ohälsa eller sjukdom påverkar det de övriga medlemmarna i familjen. Finns det ett välmående och en positiv anda påverkar den hela familjen gynnsamt, och ökar möjligheterna till att kunna vara i hälsa och ett ökat välbefinnande (Benzein, Hagberg & Saveman 2012, ss. 23-25). Finns fetma hos någon av föräldrarna är det den starkaste riskfaktorn för övervikt och fetma hos barnen. Därför är det viktigt att hela familjen får hjälp med råd och stöd för att behandla övervikt- och fetma relaterade problem (Moreus 2014). Samhället har ett ansvar för att barnen är trygga och att de skyddas mot ohälsa. Regeringen har utvecklat ett nationellt föräldrastöd som riktar sig till alla föräldrar och de får samma möjligheter till hjälp och

stöd i sitt föräldraskap. Detta ska leda till större kunskaper om barnets utveckling och behov (Folkhälsomyndigheten 2014, s. 2-7). Miljöer där barn vistas i dagligen, som t.ex. förskolor och skolor, bör vara stödjande i sitt arbete och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bör ta en central roll (Eiben 2012).

Sjuksköterskans/Distriktsköterskans hälsofrämjande arbete

I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska hen ha förmågan att identifiera hälsorisker. Det beskrivs även att sjuksköterskor ska ha förmågan att förebygga hälsorisker och även motivera till förändrade livsstilsfaktorer där behov finns. I yrkesrollen ingår även att ha förmåga att kritiskt reflektera över befintliga rutiner, metoder, samt inspirera till dialog om införande av ny kunskap.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag i dag är att arbeta mer hälsofrämjande. I Regeringens proposition (2007/8:110) målområde 6 står ”i mötet med patienten ska hälsa främjas och systematiskt inordna hälsofrämjande åtgärder i det dagliga arbetet, och på så sätt ska det bli en naturlig del av hälso- och sjukvården”. Efterlevs detta kommer det att höja kvaliteten på vården.

Hälsofrämjande arbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv

I den vårdvetenskapliga definitionen av hälsa, enligt Dahlberg & Segesten (2010 ss. 47,101-103,181), menas att vårdandets mål är hälsa, och att ge stöd och styrka i hälsoprocesser. Den kunskap som behövs för att möjliggöra detta är en vårdvetenskaplig uppgift att utveckla. Att må bra och vara i välbefinnande ger utrymme för att kunna genomföra sina livsprojekt. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är patienten expert på sin situation, sig själv och sin hälsa, men de har inte det professionella expertkunnandet. Patienten ska hjälpas av vårdare till så god hälsa som möjligt genom ett hälsofrämjande synsätt. Ett hälsofrämjande synsätt är att stärka patienter så att de kan vara delaktiga i de aktuella hälso- och vårdprocesserna och kan göra val som är hälsofrämjande.

Som vårdare är det viktigt att försöka få en förståelse för hur patienten upplever sin hälsosituation och för det krävs en öppenhet och en följsamhet i bemötandet. Det är det som främjar att patienten kan känna delaktighet i en hälso- och vårdprocess (Dahlberg & Segesten 2010, ss.186-187).

Hälsofrämjande arbete med familjen

I mötet med föräldrar och barn inom barnhälsovården är det viktigt att bygga upp en god relation och att stärka föräldrar i sitt föräldraskap. Föräldrar och barn ska genom stöd från BVC-sjuksköterskan bli stärkta i sin självkänsla och få tilltro till sin egen kompetens för att kunna ta ansvar för sin egen hälsa (Köhler & Reuter 2012, ss.105-108).

Genom empowerment, som betyder egenmakt, och innebär att stärka individens möjlighet till att bli mer självständig och delaktig, tillåts föräldrar och barn att utveckla sin kompetens och delaktighet i mötet med sjuksköterskan inom barnhälsovården. Det är ett hälsofrämjande förhållningssätt som ger föräldrar och barn kontroll över sin situation och de kan därmed påverka den i riktning mot en god hälsa. Att stödja och lyfta fram det som är positivt kan ge en ökad självkänsla. Att förse föräldrar med all nödvändig information är av vikt för att de ska kunna fatta de beslut som är nödvändiga (Jerdén 2012, ss.58-61).

En viktig kompetens hos BVC-sjuksköterskan är att kunna stärka och uppmuntra föräldrar i det som är hälsofrämjande och att varje familjs livssituation och levnadsvanor behandlas flexibelt och med respekt. Det möjliggörs genom att sjuksköterskan har kunskap om hälsans bestämningsfaktorer, har ett salutogent synsätt och använder empowerment som ett hälsofrämjande redskap (Köhler & Reuter 2012, ss.112-114).

Med hälsans bestämningsfaktorer menas de faktorer som påverkar hälsoutvecklingen. De hälsofrämjande faktorerna i vår livsmiljö är strukturella faktorer så som livsvillkor, levnadsvanor, sociala nätverk och relationer (Folkhälsomyndigheten 2013, s.8).

Ett salutogent synsätt präglas av att ha ett fokus på det friska och på de resurser som finns. Detta för att kunna ge stöd och leda det hälsofrämjande arbetet mot en positiv riktning (Antonovsky 2005, ss.38-41).

Hälsofrämjande teori

Antonovsky (2005) är den internationellt kände medicinska sociologen som myntat begreppet KASAM - känsla av sammanhang. Det finns tre centrala komponenter i KASAM. De är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet, är den komponent som utgör definitionen av struktur, det sammanhängande och gripbarheten av ens inre och yttre värld (Antonovsky 2005,ss.43-44). Ett salutogent synsätt präglas av att de vi möter i vården, har behov av att förstå och få information och det skapar en begriplighet om en situation (Macke Ahlström 2013, ss. 33-35). Hanterbarhet, präglas av de resurser man anser sig ha för att kunna hantera de krav man ställs inför i livet. Meningsfullhet, är motivationskomponenten, som syftar till den känsla man har för livets känslomässiga innebörd.

Om man har höga värden på dessa tre komponenter har man en stark KASAM och har förmåga och kan hantera livets olika skeenden (Antonovsky 2005, ss. 43-47).

Föräldrarnas upplevda KASAM påverkar deras barn. Ju starkare KASAM föräldrarna har, desto mer ökar möjligheterna för barnet att dess livserfarenheter leder mot samma riktning(Antonovsky 2005, ss. 132-139). Personer med ett starkt KASAM har ofta en större förmåga att hantera spänningar och kan förbättra sitt hälsotillstånd. De har oftare ett anpassningsbart hälsobeteende för ett hälsofrämjande synsätt (Antonovsky 2005, ss.202-204).

Ett känsligt ämne

Flera studier visar på att ämnet om barns risk för övervikt eller verklig övervikt kan vara känsligt för BVC- sjuksköterskor att ta upp med föräldrar (Edvardsson, Edvardsson & Hörnsten 2009, Larsen, Mandleco, Williams & Tideman 2006, Ljungkrona-Falk et al. 2014, Regber et al. 2013). Föräldrar kan reagera med förnekelse om sitt barns övervikt eller medvetet ha en vilja att barnen ska vara överviktiga. Det kan vara av kulturell natur eller att föräldrar ser ett knubbigare barn som friskt jämfört med ett smalt (Larsen et al. 2006, Regber et al.2013). Känslomässiga reaktioner är något många sjuksköterskor inom barnhälsovården upplever som svårt. De lägger upp en strategi för hur de ska närma sig ämnet, de använder mindre laddade ord och börjar gärna med en mer generell inriktning för att sedan närma sig ämnet. Detta för att minska risken för att föräldrarna ska känna sig förolämpade. När föräldrar reagerat med starka känslor hände det att sjuksköterskan valde att inte fortsätta samtalet utan lämnade istället ut broschyrer om ämnet (Edvardsson et al. 2009). Ämnet upplevs som mer känsligt att ta upp när en

förälder själv har övervikt, vilket kan ge en känsla av att de blir kritiserade för sin livsstil och den egna övervikten (Edvardsson et al. 2009, Ljungkrona-Falk et al.2014, Regber et al. 2013). Känsligheten förstärks ytterligare om det förekommer arbetslöshet, låg inkomst eller om föräldern är ensamstående (Ljungkrona-Falk et al. 2014). Ämnet kan även vara känsligt att ta upp med normalviktiga föräldrar som kan känna sig anklagade för dåligt föräldraskap vid samtal om risk för övervikt eller vid övervikt hos barnet (Regber et al. 2013). För sjuksköterskan på BVC är det värdefullt att skapa förtroende och en god relation med föräldrarna som byggs upp från barnets födelse till dess barnet börjar skolan. Om det finns en god relation och föräldrar känner förtroende kan det underlätta ämnet om risk för övervikt. Föräldrar kan dra sig undan om de upplever ämnet negativt och det har hänt att de valt att byta vårdcentral (Edvardsson et al. 2009, Regber et al. 2013).

PROBLEMFÖRMULERING

Dagens livsstil har lett till en ökad vikt hos befolkningen både nationellt och internationellt. Det är en högre risk att drabbas av övervikt som vuxen om den redan anläggs i tidig ålder. Övervikt och fetma hos barn och ungdomar är svårbehandlad. Att agera hälsofrämjande tidigt i ett barns uppväxt kan förhindra överviktsrelaterade sjukdomar senare i livet. Sjuksköterskans arbete på BVC innefattar att ge föräldrar råd och stöd vid risk för övervikt hos barn. Omvårdnaden vid risk för och vid övervikt hos barn är varierande, många BVC sjuksköterskor upplever att ämnet är känsligt och svårt att ta upp och kan försvåras ytterligare om det finns övervikt hos föräldrarna. Föräldrar kan känna sig misslyckade och utpekade. Då ämnet kan vara känsligt förekommer det att sjuksköterskan väljer att undvika ämnet med risk för att barnet utvecklar en övervikt. Genom att undvika att ta upp ämnet om barns risk för övervikt kan det leda till en variation i omvårdnaden och i stödet till föräldrarna, vilket kan ge en ojämn kvalitet. Det blir därmed inget enhetligt arbetssätt och många barn riskerar därför att utveckla en övervikt eller att inte få åtgärder mot övervikt insatta i tid. Att förbättra det hälsofrämjande arbetet mot barns risk för att utveckla en övervikt och ohälsosamma kostvanor kan vara att sjuksköterskan på BVC arbetar enhetligt och med tidiga insatser.

Ett led i detta arbete skulle kunna utgöras av ett frågeformulär som riktas till alla föräldrar och som besvaras innan besöket på BVC. Innan en sådan rutin implementeras behövs dock kunskap om hur sjuksköterskor vid BVC uppfattar ett verktyg i form av ett frågeformulär ställt till föräldrarna och om det skulle underlätta samtalet om kost och livsstil och genom det ge ett tydligare och bättre hälsofrämjande arbete.

SYFTE

Syftet var att undersöka om BVC- sjuksköterskans uppfattningar om ett arbetsredskap i form av ett frågeformulär riktat till föräldrar skulle förbättra det hälsofrämjande arbetet mot barns risk för övervikt.

METOD

Eftersom syftet med studien var att undersöka BVC- sjuksköterskors uppfattningar om att använda ett frågeformulär som ett redskap i det hälsofrämjande arbetet med barns risk för övervikt, valdes en kvantitativ ansats i form av en enkätundersökning. Fördelar

med enkätundersökningen är att den når fler deltagare, respondenterna kan i lugn och ro besvara frågorna och frågeformuleringarna är standardiserade (Ejlertsson 2014, ss.12-13).

Design

För studien utarbetades en enkät (bilaga 2) där frågeområdena byggde på den kunskap som framkommit i tidigare studier av Almqvist-Tangen et al. (2013); Edvardsson et al. (2009); Ljungkrona-Falk et al. (2014); Nader et al.(2006); Regber et al. (2013) och Trapp et al. (2008) att BVC- sjuksköterskor upplever att arbetet med barns risk för övervikt och övervikt är svårt och känsligt, men kan förbättras av ett systematiskt arbete.

Enkätens utformning följer Ejlertssons (2014, ss.52-53,69,78, 86-89) rekommendationer för utformning av frågeformulär. Frågorna ska vara tydliga, inte kunna tolkas på mer än ett sätt, svarsalternativen ska ha en tydlig ordning, enkäten ska innehålla bakgrundsfrågor som ålder, kön, utbildning etc. Frågorna ska relatera till syftet och språket ska vara riktad till de som ska besvara enkäten. Eventuellt känsliga frågor ska komma sist i frågeformuläret. Frågeformuläret var ett strukturerat frågeformulär med 18 frågor i påståendeform i tre olika teman. Svaren var slutna med flervalsalternativ i en fyrgradig skala. Att välja en fyrgradig skala var i syfte att undvika ett neutralt svar (Ejlertsson 2014, s. 82).

Enkäten inleddes med demografiska frågor om ålder, kön, utbildning, antal år på BVC och vilken typ av verksamhet man jobbar inom (integrerad eller renodlad). Därefter följde frågor som var indelade in i tre olika teman. Det första temat handlade om arbetssätt och kunskap som riktlinjer, systematiskt och enhetligt arbetssätt inom egen verksamhet och i länet. Det andra temat berör frågor om BVC- sjuksköterskans uppfattning om frågeformulär ställt till föräldrar och om riskfaktorer kan identifieras med hjälp av frågeformuläret. Det sista temat handlar om ämnets känslighet. Enkäten avslutades med tre öppna frågor ställt till BVC- sjuksköterskan om hur ny kunskap och forskning implementeras i deras arbete. Fördelar respektive nackdelar med ett frågeformulär om kost och kostvanor samt vilken eller vilka frågor som respondenterna tycker är av vikt att finnas med i ett frågeformulär.

Enkätfrågorna testades först på kollegor, kurskamrater och respektive för dess design, tolkning av påståenden och svarsalternativ. Det var även viktigt att få fram om frågorna mäter det som är avsett att mätas. Enligt Ejlertsson (2014, ss.89-90) är syftet att ta reda på om tolkningen är densamma som hos dem som har konstruerat frågorna. Nödvändiga korrigeringar gjordes efter ett första test. De korrigerade enkäterna testades sedan av fyra BVC- sjuksköterskor på två olika vårdcentraler och kommuner och ytterligare en korrigering gjordes efter det.

Urval och deltagare

Urvalet bestod av sjuksköterskor verksamma inom BVC i fyra kommuner i Hallands län. Nitton vårdcentraler som bedrivs i både offentlig som privat regi inkluderades Totalt tillfrågades 44 BVC- sjuksköterskor. De olika vårdcentralerna skiljer sig åt i sin BVC verksamhet, vissa vårdcentraler har renodlad BVC andra har integrerad verksamhet. På en renodlad BVC mottagning har BVC sjuksköterskorna enbart arbete med barn och föräldrar medan en integrerad verksamhet betyder att BVC- sjuksköterskorna även arbetar med andra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Urvalet är ett bekvämlighetsurval som används när man önskar urvalet lättillgängligt. Studiens urval var sjuksköterskor som arbetade på BVC mottagningar med olika inriktningar (Kristensson 2014, ss.83-84).

Datainsamlingsmetod

När enkäterna var utarbetade och färdigtestade togs skriftlig kontakt via e-mail med respektive enhetschef på vårdcentralerna. Enkäterna innehöll 18 påståenden och det var tänkt att BVC- sjuksköterskorna skulle få svara på tre intervjufrågor. Frågorna skulle ställas vid det besök som planerades till varje vårdcentral och sjuksköterskorna skulle svara på enkäten under det tillfället.

I informationsbrevet till verksamhetschef (bil.1) beskrevs syftet med studien och tillstånd att genomföra undersökningen söktes. Till de respondenter som var aktuella bifogades brev om inbjudande till studien med information om syftet med studien, datainsamlingsmetod, beräknad tid för att besvara enkäten och att det var frivilligt att delta.

Responserna från enhetscheferna var mycket låga. Två vårdcentraler svarade nej till deltagande på grund av tidsbrist. En BVC- sjuksköterska svarade positivt till att delta. Tillvägagångssättet för datainsamling justerades och de tänkta intervjufrågorna lades till enkäterna för att bli frågor med öppna svar.

Telefonkontakt togs med BVC- sjuksköterskorna direkt med förfrågan om deltagande. Det var genomgående positiv respons när de fick information om att enkäterna erbjöds att lämnas ut till respektive arbetsplats och hämtas alternativt skickas i retur med frankerade kuvert inom en vecka. Under samtalen framkom det att endast två BVC sjuksköterskor hade fått information om studien av sin verksamhetschef.

Till enkäten (bil.2) bifogades inbjudan till deltagande (bil.3), godkännande av verksamhetschef (bil.4) samt i de fall där de skulle returneras per post, ett frankerat kuvert. Varje enkät kodades med bokstav för vilken kommun de lämnats inom samt numrering med siffror för vilken vårdcentral de lämnats till.

Ny kontakt togs med de två verksamheter som tackat nej till att delta med information om ändrad insamlingsmetod. En av de verksamhetschefer som initialt tackade nej till att delta i studien var nu positiv till deltagande. Den andra verksamheten tackade åter nej till att delta på grund av litet utrymme i verksamheten.

Efter en vecka saknades 20 enkäter och en första påminnelse via telefonkontakt med de berörda BVC- sjuksköterskorna togs. 13 besvarade enkäter returnerades efter en första påminnelse. En andra påminnelse gjordes efter ytterligare en vecka och ytterligare 6 besvarade enkäter returnerades. Totalt har 42 av 44 utskickade/utlämnade enkäter besvarats och returnerats alternativt samlats in från respektive verksamhet.

Dataanalys

Data har sammanställts och statistiskt analyserats i IBM SPSS version 22.0. Inmatning av data har gjorts tillsammans för att minska risk för fel. Sammanställningen av resultatet har grundligt analyserats av båda författarna. Jämförelser och slutsatser har gemensamt arbetats fram. Resultatet har tagits fram med hjälp av deskriptiv statistik, diagram samt förtydligande text. Icke parametrisk test (Chi-två) har använts för att analysera skillnad mellan grupper.

Det externa bortfallet var två enkäter (5 %) som inte besvarats och returnerats. Enligt Ejlertsson (2014, ss.25-26) räknas externt bortfall som de enkäter som av olika anledningar inte besvaras. I majoriteten 16 av 18 av de slutna frågorna var det 0 % internt bortfall. Störst bortfall var det i en enskild fråga med 14 %. Av de öppna frågorna var bortfallet högre, vilket är vanligt förekommande vid öppna frågor. Det interna bortfallet förekom i totalt fyra enkäter. Med internt bortfall menas, att det kan förekomma att enstaka frågor inte är besvarade i enkäterna (Ejlertsson 2014, s.26).

Etiska överväganden

Hänsyn har tagits till de forskningsetiska principer vilka är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet, även hänsyn till respondenternas integritet då studien avser att studera människor (Codex, 2001). Respondenterna är informerade både muntligt och skriftligt om syftet med enkätundersökningen, att det är frivilligt att delta samt att deras medverkan kan när som helst avbrytas utan att behöva förklara sig. Enkätundersökningen var anonym, vilket innebär att en besvarad enkät är detsamma som samtycke. Inget särskilt samtycke behöver inhämtas. Konfidentialitet utlovades, all inhämtat material inte går att härleda till någon av de undersökta personerna och att materialet förvaras så att ingen obehörig kunnat ta del av det. Materialet kodades för att respondenternas identitet inte skulle röjas (Ejlertsson 2014, s.29-30, Kristensson 2014,s.86). Materialet som inhämtats används endast i denna studie och vid eventuell framtida forskning krävs samma noggranna förfarande (Ejlertsson 2014, s. 32).

Enligt Helsingforsdeklarationen (2008) innefattas inte forskning på högskolor eller universitet, varken på grund nivå eller på avancerad nivå av etikprövningslagen. Därför har denna studie inte granskats av någon etisk nämnd.

RESULTAT

Av totalt 44 distribuerade enkäter besvarades 42, vilket innebär en svarsfrekvens på 95%. Det externa bortfallet är på 5 %. Svarsfrekvensen var 100 % i tre av de fyra utvalda kommunerna.

Alla respondenter var kvinnor, 69 % (n=29) var distriktssköterskor och 16,7 % (n=7) hade dubbelbehörighet Majoriteten av respondenterna var i åldersspannet 36-45 (n=42, 35,7%) och 56-65 (33,3%) år (tabell 1).

Tabell 1. Ålder och yrkeskategori fördelning

ÅLDER	DISTRIKTS- SKÖTERS KOR n (%)	BARN SJUKS- SKÖTERS KOR n (%)	DSK+BSSK n (%)	TOTALT n (%)
25-35	3 (7,1)	1 (2,3)	0 (0)	4 (9,5)
36-45	8 (19,1)	5 (11,9)	2 (4,8)	14 (35,7)
46-55	7 (16,7)	0 (0)	2 (4,8)	9 (21,4)
56-65	11 (26,2)	0 (0)	3 (7,1)	14 (33,3)
SUMMA	29 (69,1)	6 (14,3)	7 (16,7)	42 (100)

Som framgår av tabell 2 hade de flesta, 40,5% (n=17) av respondenterna 0-5 års erfarenhet inom BVC verksamhet, 28,6% (n=12) hade arbetat i 6-10 år.

Verksamheterna var indelade efter renodlad eller integrerat sätt att arbeta utifrån. En renodlad verksamhet innebär att BVC sjuksköterskan arbetar enbart med BVC verksamhet (0-5 år) och den integrerade BVC sjuksköterskan även arbetar med andra ålderskategorier (0-100 år).

Utav de 42 besvarade enkäterna arbetade 22 respondenter med renodlad BVC verksamhet, vilket innebär att 20 respondenter även arbetar med andra arbetsuppgifter än BVC. De som arbetat längst 16-20 år eller mer var 9 stycken varav 7 av dessa arbetade i integrerad verksamhet (tabell 2)

Tabell 2. Fördelning av antal år i yrket och vilken verksamhet

Antal år på BVC	Integrerad n (%)	Renodlad n (%)	Totalt n (%)
0-5	6 (14,3)	11 (26,2)	17 (40,5)
6-10	6 (14,3)	6 (14,3)	12 (28,6)
11-15	1 (2,4)	3 (7,1)	4 (9,5)
16-20 el mer	7 (16,7)	2 (4,8)	9 (21,4)
Summa	20 (47,6)	22 (52,4)	42 (100)

Arbetsätt och kunskap

I temat om arbetsätt och kunskap finns frågor som handlar om huruvida respondenterna arbetade utifrån riktlinjer inom egen verksamhet och i länet, om arbetet var systematiskt, om det fanns stöd i egen verksamhet att inhämta ny kunskap och om enhetligt arbetsätt förekom. Av tabell 3 framgår att av samtliga 5 påstående ligger majoriteten av svaren mot instämmer ganska mycket till instämmer helt. Merparten 66,7% (n=28) av respondenterna upplevde att de hade riktlinjer att arbeta efter i sin verksamhet vad gällande barns risk för övervikt. Angående det egna systematiska arbetsättet visar fördelningen att 42,9% (n=18) erfar att de inte eller delvis jobbar på ett systematiskt sätt men största delen 57,2% (n=24) tyckte att de gjorde det. Med ett systematiskt arbetsätt menas att vara organiserad eller metodisk i sitt arbete.

Vid förfrågan om arbetsättet inom den egna verksamheten är enhetligt angående samma frågor, mot barns risk för övervikt, svarade 38,1% (n=16) respondenter att de instämmer ganska mycket och 31 % (n=13) att de instämmer helt. Vilket visar att majoriteten 69,1% (n=29) av respondenterna i de olika verksamheterna i de fyra kommunerna tycker att de har ett enhetligt arbetsätt gällande arbetet mot barns risk för övervikt. Ett enhetligt arbetsätt innebär att arbeta likartat eller likformat.

Vid samma fråga, men då gällande Hallands län och ett enhetligt arbetsätt svarade 50% (n=21) att de instämmer ganska mycket och 26,2% (n=11) respondenter att de instämmer delvis vad gäller det enhetliga arbetsättet i Halland samt att 19% (n=8) håller helt med om detta.

Att få stöd av sin verksamhet i att inhämta ny kunskap för sitt hälsofrämjande arbete om barns risk mot övervikt upplevs av 40,5% (n=17) av respondenterna som instämmer helt, 38,1% (n=16) instämmer ganska mycket och 21,4% (n= 9) instämmer delvis till frågan om de får stöd. Inte någon av respondenterna tyckte sig sakna stöd från sin egna verksamhet.

Tabell 3. Översikt av tema 1 och svar på påståendena 1-5

Påstående	Instämmer inte n (%)	Instämmer Delvis n (%)	Instämmer ganska mycket n (%)	Instämmer helt n (%)	Totalt n (%)
1. Det finns riktlinjer i din verksamhet angående barns risk för övervikt	1 (2,4)	12 (28,6)	18 (42,9)	10 (23,8)	41 (97,6)*
2. Du arbetar systematiskt med frågor om barns risk för övervikt	2 (4,8)	16 (38,1)	17 (40,5)	7 (16,7)	42 (100)
3. Ni har ett enhetligt arbetssätt på er verksamhet gällande barns risk för övervikt	4 (9,5)	9 (21,4)	16 (38,1)	13 (31,0)	42 (100)
4. Det förekommer något/några enhetliga arbetssätt i Hallands län gällande barns risk för övervikt	2 (4,8)	11 (26,2)	21 (50,0)	8 (19)	42 (100)
5. Du får stöd i din verksamhet att inhämta ny kunskap för hälsofrämjande arbete om barns risk för övervikt	0 (0)	9 (21,4)	16 (38,1)	17 (40,5)	42 (100)

* 1 respondent som inte svarat

Anpassat frågeformulär till föräldrarna

Syftet med det andra temat var att undersöka huruvida ett arbetsredskap kunde vara till hjälp i BVC sjuksköterskornas hälsofrämjande arbete mot barns risk för övervikt.

Tabell 4 visar att arbetet med att identifiera barns risk mot övervikt tillfrågades respondenterna om ett arbetsredskap i form av ett frågeformulär om kost och kostvanor ställt till föräldrar skulle vara till hjälp. 69 % (n=29) av respondenterna svarade att de instämmer helt eller ganska mycket till att vara hjälpta av ett frågeformulär. Av dessa som instämmer helt (n=19) till ett frågeformulär var åtta stycken i ålderskategorin 56-65 år och en var mellan 25-35 år. 12 av dessa arbetade i renodlad BVC och de andra sju i integrerad verksamhet. 28,6% (n=12) tro sig vara delvis hjälpta av ett sådant verktyg. En respondent ansåg sig inte vara hjälpt av ett frågeformulär.

Majoriteten 59,6% (n=25) av respondenterna instämmer inte eller delvis till att frågeformuläret skickas till föräldrarna i samband med kallelsen till hälsokontrollen för att fyllas i hemma. Vid förfrågan om frågeformuläret ska fyllas i tillsammans med BVC sjuksköterskan i samband med hälsokontrollen på BVC instämmer delvis och inte alls 42,9 % (n= 18) och de som instämmer ganska mycket till instämmer helt, totalt 52,4% (n=22) respondenter. Två respondenter har valt att inte svara på frågan. Av tabell 4 framgår även att i frågan om frågeformuläret kunde vara till stöd för ett strukturerat samtal om kost och kostvanor svarade 78,6% (n=33) respondenter att de instämmer helt eller ganska mycket. 21,4% (n=9) instämmer delvis. 81 % (n=34) av respondenterna instämmer ganska mycket och helt till att frågeformuläret skulle minska känsligheten för ämnet om barns risk för övervikt.

Några av respondenterna uttryckte det så här,

“Det blir inte så laddat, man går naturligt igenom kosten med alla föräldrarna”

“Ett sätt att ta upp ämnet speciellt i de familjer då detta är en känslig fråga”

I enkäten fanns även en fråga om ett frågeformulär kunde vara ett komplement till tillväxtkurvan, där instämmer 76,2% (n=32) av respondenterna ganska mycket till helt. Respondenterna fick svara på hur ofta ett frågeformulär skulle besvaras om det fanns. 85 % (n=36) av respondenterna tyckte att det skulle besvaras vid varje besök efter ett års ålder. Tre respondenter har valt att inte svarat på frågan.

Tabell 4. Översikt av tema 2 och svar på påståendena 6, 8-14

Påstående	Instämmer inte n (%)	Instämmer delvis n (%)	Instämmer ganska mycket n (%)	Instämmer helt n (%)	Totalt n (%)
6. Ett arbetsredskap i form av ett frågeformulär som ställs till föräldrarna kan vara till hjälp för dig i ditt hälsofrämjande arbete med att identifiera barns risk för övervikt	1 (2,4)	12 (28,6)	10 (23,8)	19 (45,2)	42 (100)
8. Ett frågeformulär bör skickas till föräldrarna i samband med kallelsen till hälsokontrollen och fylla i hemma	13 (31)	12 (28,6)	11 (26,2)	6 (14,3)	42 (100)
9. Ett frågeformulär bör besvaras gemensamt med distriktssköterskan i samband med hälsokontrollen	5 (11,9)	13 (31)	11 (26,2)	11 (26,2)	40* (95,2)
10. Ett frågeformulär ställt till föräldrarna skulle ge dig stöd för ett strukturerat samtal om kost och kostvanor	0 (0)	9 (21,4)	12 (28,6)	21 (50,0)	42 (100)
11. Ett frågeformulär om kost och kostvanor, riktat till alla föräldrar, skulle minska ämnets känslighet	3 (7,1)	5 (11,9)	18 (42,9)	16 (38,1)	42 (100)
12. Riskfaktorer för barns risk för övervikt kan identifieras enbart med hjälp av ett frågeformulär	37 (88)	4 (9,5)	1 (2,4)	0 (0)	42 (100)
13. Riskfaktorer för barns risk för övervikt, kan identifieras med hjälp av ett frågeformulär tillsammans med andra vedertagna mätinstrument ex. BMI	0 (0)	18 (42,9)	12 (28,6)	12 (28,6)	42 (100)
14. Ett frågeformulär kan vara ett komplement till tillväxtkurvan	0 (0)	10 (23,8)	12 (28,6)	20 (47,6)	42 (100)

Kostvanor och risk för övervikt kan vara ett känsligt ämne

Vid frågan om respondenterna har upplevt att det är svårt att prata om kost och kostvanor med föräldrar svarade 54 % (n=23) att de inte instämmer eller delvis och 45,2 % (n=19) att de instämmer ganska mycket eller helt, vilket visar att nästan hälften av respondenterna tycker att det kan vara svårt att ta upp ämnet med föräldrarna.

54 % (n=23) instämmer delvis till att ha upplevt negativa reaktioner från föräldrar vid information om risk för barns övervikt. 28,6% (n=12) av respondenter instämmer ganska mycket till helt. Sju av respondenterna har inte alls upplevt att föräldrar reagerat negativt.

Vid frågan om respondenterna vid något tillfälle undvikit att ta upp ämnet om barns risk för övervikt svarade 71,4% (n= 30) att de inte instämmer och 23,8% (n=10) svarade att de instämmer delvis. En respondent hade svarat instämmer helt och en instämmer ganska mycket.

Tabell 5. Redovisning av svar på påståendena 15-18.

Påstående	Instämmer inte n (%)	Instämmer delvis n (%)	Instämmer ganska mycket n (%)	Instämmer helt n (%)	Totalt n (%)
15. Det kan vara svårt att prata med föräldrar om kost och kostvanor	6 (19)	15 (35,7)	15 (35,7)	4 (9,5)	42 (100)
16. Jag upplever ämnet om barns risk för övervikt som känsligt vid samtal med föräldrar	7 (16,7)	14 (33,3)	15 (35,7)	6 (14,3)	42 (100)
17. Jag har upplevt negativa reaktioner av föräldrar vid information om risk för barns övervikt	7 (16,7)	23 (54,8)	8 (19)	4 (9,5)	42 (100)
18. Jag har vid något tillfälle undvikit att ta upp ämnet om barns risk för övervikt	30 (71)	10 (23,8)	1 (2,4)	1 (2,4)	42 (100)

Statistisk jämförelse

För att undersöka om det fanns skillnader mellan sjuksköterskornas ålder och antal år på BVC och frågan om ett frågeformulär som ställs till föräldrar kan vara till hjälp för dig i ditt hälsofrämjande arbete med att identifiera barns risk för övervikt gjordes en jämförelse av dessa variabler. Här kunde man se ett svagt samband men det var inte statistiskt signifikant ($p=0,062$). Inte heller på frågan om ett frågeformulär om kost och kostvanor, riktat till alla föräldrar, skulle minska ämnets känslighet och jämförelse av samma variabler som ovan, visade någon signifikant skillnad, ($p < 0,078$).

Resultat för de öppna frågorna

I den första av de tre öppna frågorna efterfrågades hur respondenterna får till sig ny kunskap och senaste forskningsrön om barns risk för övervikt. Av det totala svarsantalet 39 (n=42) svarade 69 % (n= 27) av respondenterna att de får till sig ny kunskap och forskning via kurser och/eller föreläsningar genom Barnhälsovårdsteamet (BHV).

Angående frågan om respondenternas syn på fördelar respektive nackdelar med ett frågeformulär om kost och kostvanor svarade nio stycken av det totala svarsantalet 39 (n=42) att de tyckte att det var bra som diskussionsunderlag, samt skulle underlätta samtalet om kost och kostvanor. Vidare ansåg åtta av respondenterna att det kunde minska ämnets känslighet. Några av respondenterna uttryckte det så här:

“Har länge efterfrågat flera verktyg att använda på BVC för att hantera känsliga ämnen”

“Hade varit bra med ett verktyg för att på ett bra sätt kunna starta en diskussion med föräldrar som är motsträviga att tala om sitt barns viktutveckling”

Det framkom även att fyra av respondenterna tyckte att det var bra att alla föräldrar får samma information och att det skulle kunna skapa gemensamma riktlinjer, en systematik och enhetlighet i arbetet. Några av de respondenterna svarade så här.

“Fördelar att alla får samma frågor. Man glömmer inte någon komponent.”

”Bra att ha att utgå ifrån. Att få igång en diskussion angående kost och kostvanor, ett formulär skulle hjälpa”

Vad som kunde vara till nackdel med att införa ett frågeformulär var det 12 respondenter som svarade och av dem var det sju respondenter som svarat att ett frågeformulär ökar arbetsbelastningen och blir tidskrävande. Tre respondenter skrev att om det fylls i hemma är risken stor att det glöms bort och inte tas med till BVC. En respondent uttryckte det så här:

“Om det fylls i hemma, kanske det inte tas med hit. Tar mkt tid av besöket om det fylls i på plats av förälder, eller blir inte helt genomtänkt.”

I den sista av de öppna frågorna, som handlade om vad ett frågeformulär ställt till föräldrarna skulle ha för innehåll svarade en majoritet av respondenterna 30 (n=34) att de ansåg att det var viktigt att frågor om familjens matvanor framkom. Det man ville veta mer om var om de åt grönsaker eller frukt och om måltiderna var regelbundna, samt om de åt tillsammans. Ett flertal (14) respondenter tyckte även att det var av vikt att frågor rörande vilken dryck barn serverades till måltiderna skulle finnas med i formuläret. Dessutom ville nio av respondenterna veta mer om barnet drack välling och i så fall hur många gånger per dygn och om det förekom välling nattetid eller fick annat nattmål.

Respondenterna önskade att det framkom i ett frågeformulär om hur vanligt förekommande det var med sötsaker som godis, kakor, glass, söta drycker och mejeriprodukter i hemmet. Det var en fråga som 15 av respondenterna ansåg vara viktig i ett frågeformulär.

Även aktivitet som vardagsmotion eller lek utomhus var en fråga som tio respondenter såg som viktig att inkluderas i formuläret. En respondent önskade inget frågeformulär utan ansåg att det skulle finnas rutin och ett flödesschema som stöd i samtal med

föräldrar om matvanor. BMI ansågs vara det mätinstrument som skulle vara till hjälp. Totalt valde åtta respondenter att inte svara på frågan.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att uppnå syftet med studien valdes en kvantitativ metod. Den kvantitativa metoden karakteriseras av objektivitet, vilket är av vikt för den kvantitativa bearbetningen och analysen. En kvantitativ metod är strukturerad och har i förväg formulerat frågeställningar som kan vara standardiserade och resultatet kan generaliseras (Olsson & Sörensen 2011, ss.29-29). Som metod för datainsamling användes enkäter. Det fanns inga tillgängliga enkäter som svarade mot syftet utan ett arbete att utforma egna enkäter fick påbörjas. När en ny enkät utformas har enligt Ejlertsson (2014,s.8) inte frågorna tidigare testats vad gäller dess validitet och reliabilitet, vilket kan ses som en svaghet i studien. Den enkät som konstruerats för denna har byggts på kunskap från ett flertal olika studier inom ämnet. I arbetet med att utforma enkäten följde vi litteraturen kring enkätmetodik och enkäten har testats vid två olika tillfällen.

Det första planerade tillvägagångsättet för datainsamling var att vi skulle vara närvarande när respondenterna svarade på enkäterna i syfte att finnas tillgängliga för eventuella frågor och informera mer om studien. Tre intervjufrågor var planerade vid besöket för att få en mer nyanserad bild. Den första kontakten med verksamhetschefer fick låg respons. Två verksamhetschefer förklarade det med att det berodde på tidsbrist i verksamheten och att de inte kunde avsätta för tid studien. Ejlertsson (2014, ss.13-15) skriver att deltagandet vid enkätundersökningar ofta är så lågt som 50 %.

Eftersom vi förstod att det var problematiskt att distribuera enkäterna via verksamhetscheferna, beslöt vi oss för att ta kontakt med BVC sjuksköterskorna direkt. Vi presenterade uppsatsen och fick genomgående positiv respons. Att responsen var genomgående positiv skulle kunna tolkas som Ejlertsson (2014, ss.14-15, 39) skriver, att det kan bero på en inre motivation hos respondenterna. Motivationen beror på intresse för ämnet och enkäten, vilket ökar viljan till att delta. Vid telefonsamtalen med BVC-sjuksköterskorna var det flera som uttryckte intresse för studien och dess syfte och ett flertal tyckte att det fanns behov av ett gemensamt arbetsredskap.

Till enkäterna bifogades inbjudan till studien med information om studien och våra kontaktuppgifter, intyg för godkännande och i de flesta fall ett frankerat kuvert. Respondenterna gavs en vecka för att besvara enkäten. I några fall fick två påminnelser göras men efter tre veckor var den totala svarsfrekvensen 42 av 44 (95 %) enkäter besvarade, vilket är en hög svarsfrekvens. Det kan ses som bekräftelse för ett stort intresse för ämnet och dess aktualitet. Enkäterna som returnerades prickades av efter den kodning som gjorts innan. Det underlättade identifiering av de enkäter som returnerades och påminnelser riktades enbart till de aktuella BVC-mottagningarna. Risken för att skicka påminnelser till de som besvarat enkäterna eliminerades. Påminnelser ökar ofta svarsfrekvensen men fler än två ger inget högre deltagande utan kan snarare ifrågasättas ur en etisk synpunkt (Ejlertsson 2014, s.27).

Urvalet var ett bekvämlighetsurval vilket möjliggjorde att studien kunde utföras inom ramen för en magisteruppsats och den tid som fanns disponerad. Urvalet var BVC sjuksköterskor från 19 BVC mottagningar i fyra kommuner i Hallands län. Genom att inkludera BVC sjuksköterskor från flera olika BVC mottagningar i fyra olika kommuner kan ses att skevheten för studien är begränsad (Kristensson, 2014,ss.83-85). Urvalet är inom ramarna för högskolans riktlinjer (30-50 respondenter för en kvantitativ

uppsats), vilket kan ses att studien är representativt. Bortfallen i studien har varit lågt, frågorna är ställda till det urval som resultatet syftar till, vilket kan anses som att studien är generaliserbar (Ejlertsson 2014, ss.107-108). På en enskild fråga, nummer sju var interna bortfallet 14 %. Frågan handlade om hur många gånger ett frågeformulär ställt till föräldrar skulle besvaras. Det var den enda frågan som hade endast tre svarsalternativ. Svarsalternativen var när barnet är ett år, när barnet är ett respektive två år eller vid varje besök efter ett års ålder. En betydande majoritet (87,5%) angav samma svarsalternativ; att formuläret skulle användas efter varje besök efter ett års ålder, varför ett bortfall på 14 % inte ses påverka resultatet. En bortfallsanalys ses inte aktuell vilket enligt Olsson & Sörensen (2011, ss.153-155) är av vikt för studier som har ett stort bortfall. Det är annars inte möjligt, att kunna generalisera resultaten och få syftet uppfyllt.

Enkäten innehöll slutna och öppna frågor. En fördel med slutna svarsalternativ är att de är lättare att analysera och att studien blir mer tidseffektiv (Polit & Beck 2010, ss.343-345). Öppna frågor har ofta ett större bortfall och svaren kan därför inte behandlas med samma säkerhet som övriga svar. Av de öppna frågorna hade fråga 19 ett bortfall på 3 respondenter. Fråga 20 hade ett bortfall på 5 och på fråga 21 valde 8 att inte svara. Totalt internt bortfall finns på 16 frågor i 10 enkäter.

Resultatdiskussion

Arbetsätt och kunskap

Över lag var respondenterna nöjda och upplevde att det fanns riktlinjer i Hallands län. Som svar på den öppna frågan om hur de får till sig ny kunskap och senaste forskning, svarade majoriteten att de får till sig mycket information och utbildningar via Barnhälsovården (BHV) i Hallands län. Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården (2014, s.17,19), har som ett mål att förebygga ohälsa hos barn. För att nå ett mål krävs det ett kunskapsstöd från regionen för de som ska arbeta med att uppfylla målet. BHV har även som uppdrag att utbilda barnhälsovårdspersonal, ansvara för verksamhetsutveckling, samt ett ansvar för att utveckla och stödja metoder. I varje landsting ska det finnas en barnhälsovårdsöverläkare och en sjuksköterska som har till uppdrag att vara vårdutvecklare eller samordnare.

Genom att BHV i regionen är aktiv och förmedlar senaste forskning och rön ut till BVC verksamheterna möjliggör det för BVC sjuksköterskorna att vara uppdaterade inom ämnen som är aktuella för deras arbete.

Det visade sig även i resultatet att BVC sjuksköterskorna var nöjda med stödet från sin egen verksamhet i att få till sig ny kunskap, vilket kan ses som en god förutsättning för att de ska kunna vara uppdaterade inom sin yrkesprofession. Enligt Rikshandbokens nationella målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovården (2007) ska hen ha den kunskap om barnfamiljen och om hur levnadsförhållanden påverkar deras hälsa. Arbetsuppgifterna har idag ett mer folkhälsoinriktat perspektiv, jämfört med tidigare då arbetet var mer somatiskt inriktat. Det är verksamheten som har krav på sig att möjliggöra fortbildning för BVC sjuksköterskorna.

Vid frågan om hur respondenterna upplever riktlinjer i egen verksamhet och ett enhetligt arbetsätt tyckte majoriteten att det var något som fanns i verksamheterna.

Genom att arbetssättet är enhetligt och att det finns riktlinjer på arbetsplatsen att följa kan det ses som om att den hälsofrämjande vården borde vara god.

Flera av BVC-sjuksköterskorna angav i den öppna frågan hur de skaffar sig ny kunskap och majoriteten svarade att de använder sig av Rikshandboken för barnhälsovård. Rikshandboken finns för professionella inom barnhälsovården och är ett redskap för hur man handlägger olika frågor och eventuella problem som man kan stöta på i sitt arbete. När flertalet BVC-sjuksköterskor använder en gemensam informationskälla kan det bidra positivt till att skapa ett enhetligt arbetssätt.

Anpassat frågeformulär till föräldrarna

Gällande BVC-sjuksköterskans hälsofrämjande arbete svarade majoriteten att de tyckte att ett arbetsredskap i form av ett frågeformulär som ställs till föräldrarna skulle vara till hjälp. Det hälsofrämjande arbetet är en viktig del i att identifiera riskfaktorer för övervikt tidigt i barns liv. Respondenterna ansåg att frågeformuläret skulle vara till stöd för dem i samtalet om kost och kostvanor med föräldrar. Det var en stor majoritet (50%) som svarade att de instämmer helt till att frågeformuläret skulle ge dem stöd i samtalet.

I en studie av Andersen, Christensen & Söndergaard (2013) ansåg föräldrarna att de var av stor vikt att BVC-sjuksköterskan tog en aktiv roll när det gäller barns risk för övervikt. Föräldrarna i studien förstod att övervikt var ett hälsoproblem som kunde leda till följsjukdomar senare i livet. Föräldrarna förväntade sig att BVC-sjuksköterskan skulle ta upp ämnet om risk för övervikt och övervikt oavsett barnets viktstatus.

En av de öppna frågorna efterfrågades vilka fördelar som respondenterna ansåg att det kan finnas med ett frågeformulär.

Det kan ses som fördel med ett frågeformulär eftersom alla föräldrar får besvara samma frågor och inte behöva känna sig utpekade eller misslyckade, vilket skulle kunna orsaka en osäkerhet hos föräldrarna. BVC-sjuksköterskan ska finnas som stöd för föräldrarna och stärka dem i deras föräldraskap.

Enligt en studie av Baggens (2001) visar den att det är BVC-sjuksköterskan som är den som initierar de ämnen som BVC besöket kommer att handla om. Frågeformuläret kan visa sig vara ett användbart redskap för BVC-sjuksköterskan i sitt hälsofrämjande arbete. Då BVC-sjuksköterskan är den som har möjlighet att inbjuda till samtal om kost och kostvanor.

Tillväxtkurvan används i dag på BVC som ett strukturerat arbetsredskap och följer barnet under hela dess tid på BVC. Tillväxtkurvan är ett känsligt mått på barns tillväxt både fysiskt och psykiskt. Mätningar görs regelbundet och tidigt i barns liv. Det är viktigt med en regelbundenhet för att upptäcka eventuella avvikelser. Skälen är att övervaka barns hälsa, förebygga ohälsa och främja hälsa (Ekholm 2013).

Majoriteten (76 %) av respondenterna tyckte att ett frågeformulär skulle kunna vara ett komplement till tillväxtkurvan. Det skulle kunna möjliggöra att samtalet om kost och kostvanor blir mer systematiskt och därmed lättare kunna identifiera riskfaktorer för övervikt. Genom att hitta riskfaktorer, kan det enligt Trapp et al. (2008), möjliggöra ett hälsofrämjande arbete och sätta in lämpliga åtgärder. Det skulle förbättra det systematiska arbetet och skapa ett enhetligt arbetssätt.

En majoritet av respondenterna tyckte att frågeformuläret skulle besvaras under besöket på BVC och då tillsammans med BVC-sjuksköterskan. De fördelar respondenterna såg

med att formuläret skulle fyllas i på BVC var att det skulle vara ett bra diskussionsunderlag och därmed underlätta samtalet om kost och kostvanor.

De nackdelar som identifierades med att besvara formuläret under besöket på BVC var att det skulle vara tidskrävande och därmed öka arbetsbelastningen för BVC sjuksköterskorna.

En stor andel av respondenterna som tyckte att frågeformuläret skulle skickas hem och fyllas i för att tas med till besöket. De respondenterna ansåg att det var bra om föräldrarna fick möjlighet att tänka igenom frågorna och kanske reflektera hur deras levnadsvanor ser ut innan besöket på BVC. Nackdelen med att skicka hem formuläret var att det fanns risk för att det inte togs med till besöket eftersom det kan bli kvarglömt hemma.

En betydande majoritet av respondenterna ansåg att formuläret skulle fyllas i vid varje besök efter ett års ålder. Att fylla i formuläret vid besöket på BVC ökar BVC sjuksköterskans arbetsbelastning med ökad tid för besöket, mer att dokumentera och eventuell arkivering av formuläret tillkommer som arbetsuppgift. Om ett formulär ska användas efter varje besök efter ett års ålder blir det vid cirka fem tillfällen under barnets BVC tid. En studie av Wheeler (2013) visar att barn som är överviktiga vid 18 månaders ålder, har en högre risk att utveckla fetma vid 4 till 6 års ålder. Han menar därför att det är av stor vikt att identifiera riskfaktorerna tidigt i barns liv.

Det kräver av verksamheterna att det möjliggörs mer tid för BVC-sjuksköterskorna för att lösa uppgiften. Det kan ses som en risk att frågeformuläret kommer lite i skymundan för övriga uppgifter om det ska fyllas i under tidspress. Syftet med formuläret som stöd för det hälsofrämjande arbetet om kost och kostvanor blir då inte ändamålsenligt

Kostvanor och risk för övervikt kan vara ett känsligt ämne

En minoritet av respondenterna tycker inte att ämnet om kost och kostvanor är svårt att prata med föräldrar om och upplever inte ämnet som känsligt.

De övriga respondenterna instämmer helt eller delvis i frågorna om ämnets känslighet. Ett flertal studier av Edvardsson et al. 2009, Larsen et al. 2006, Ljungkrona-Falk et al. 2014, Regber et al. 2013 bekräftar att ämnet är känsligt att ta upp med föräldrar av olika orsaker.

Majoriteten av respondenterna har även upplevt negativa reaktioner vid samtal med föräldrar vid information om risk för barns övervikt. Trots att de har upplevt negativa reaktioner svarade majoriteten att de inte valt att undvika ämnet i samtal med föräldrar. Dock är det en tredjedel av respondenterna som svarat att de delvis eller helt har undvikit ämnet. Det kan tolkas som att man valt att skjuta fram samtalet till ett annat tillfälle, alternativt kanske valt att lämna broschyrer om kost istället. Om respondenterna hade haft ett frågeformulär som underlag borde fler inte behövt känna att de väljer att undvika ämnet, utan att det istället skulle varit ett hjälpmedel för dem i dialogen med föräldrarna.

Resultatet visar tydligt att ett flertal av respondenterna upplever ämnet om kost och kostvanor som känsligt i samtal med föräldrar. Att avdramatisera ämnet genom att utgå från ett frågeformulär skulle minska ämnets känslighet och vara ett kompletterande verktyg i det hälsofrämjande arbetet om barns risk för övervikt.

Perlhagen, Flodmark & Hernell (2007) skriver att en övervikt är svårbehandlad och det enda alternativet är effektiva och förebyggande åtgärder för att minska risken för övervikt hos barn.

Slutsatser och kliniska implikationer

Resultatet visar att de flesta av BVC-sjuksköterskorna var positiva till ett frågeformulär som var ställt till föräldrarna. De tyckte över lag att de arbetade enhetligt, men såg även fördelar med ett frågeformulär. Det kunde vara till hjälp för dem i deras hälsofrämjande arbete med att tidigt finna riskfaktorer hos barn och dess familj med risk för övervikt. Att ämnet är känsligt var det många av respondenterna som tyckte och de kunde se att ett verktyg så som ett frågeformulär skulle kunna minska ämnets känslighet. Tillväxtkurvan och ett frågeformulär tillsammans skulle förstärka det hälsofrämjande arbetet med att tidigt identifiera riskfaktorer för övervikt.

Ämnet om barns risk för övervikt är aktuellt då fler och fler barn drabbas. Ur barnets och familjens perspektiv innebär det ett lidande om barnet drabbas av övervikt. För barnet finns en ökad risk att övervikten följer med in i vuxen ålder och risken för följsjukdomar är stor. Det leder i sin tur till en ökad belastning både för familjen och för samhället i stort.

Vår förhoppning med resultatet i studien är att ämnet för barns risk för övervikt är ständigt aktualiserat och får ett större utrymme i BVC verksamheter. Vi ser gärna att BVC-sjuksköterskan arbetar enhetligt och systematiskt med frågor om kost och kostvanor med familjer.

Förslag till vidare forskning kan vara,

- Hur kan en tvärprofessionell samverkan se ut för att minska risken för barn att drabbas av övervikt/fetma?
- Det vore intressant att utforma ett frågeformulär och prova i den kliniska verksamheten.

REFERENSER

- Almqvist-Tangen, (2014). *Health, nutrition, and growth in infancy- a child health care perspective*. Institute of Clinical Sciences at Sahlgrenska Academy University of Gothenburg. Göteborg: Kompendiet. Diss.
- Almqvist-Tangen,G. Dahlgren, J. Roswall, J. Bergman,S. & Alm, B.(2013). Milk cereal drink increases BMI at risk at 12 and 18 months, but formula does not. *Acta Paediatrica*. 102 (12): ss.1174-1179.
- Andersen, M.; Christensen, B. & Söndergaard, J.(2013). Child overweight in general practice-parents´ believes and expectations- a questionnaire survey study. *BMC Family Practice*. 14:152
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of advanced nursing*. 36(5), ss. 659-667.
- Benzein, E.; Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2012)(red.) *Varför ska familjen ses som en enhet?* I Benzein, E.; Hagman, M. & Saveman, B-I. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur. ss.23-27.
- BORIS (Barn Obesitas Register Sverige) <http://www.e-boris.se/barnfetma>. [2014-09-09]
- CODEX. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning Kultur. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2014-10-03]
- Dahlberg,K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm. Natur & Kultur.
- Derwig, M. (2014) Rikshandboken. *Barns tillväxt 0-6 år*. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Overvikt/>[2014-12-10]
- Edvardsson, K. Edvardsson, D. & Hörnsten, Å.(2009). Raising issues about children`s overweight-maternal and childhealth nurses experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 65(12), ss.2542-2551.
- Eiben,G (2012) Kap.4.Ss. 27-34. Berg, C.& Magnusson, M. (red.) (2012). *Forskning för en friskare generation: levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt*. Göteborg: Göteborgs universitet 2012. <http://hdl.handle.net/2077/30602> [2014-09-19]
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken - en handbok i enkätmetodik*. Lund. Studentlitteratur.
- Ekholm, L.(2013). Rikshandboken. *Barns tillväxt 0-6 år*. <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Varfor-mater-vi-barn/> [2014-12-10]

- Europeiska kommissionen. (EU) Public health. *Childhood obesity*.
http://ec.europa.eu/health/highlights/2012/3/news_20120720_childhood_obesity_en.
 [2014-10-02]
- Franks, PW. Hanson, RL. Knowler, WC. Sievers, ML. Benett P & Looker, H. (2010).
 Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death.
New England Journal Medicine., 11, 362 (6) 485-493.
- Folkhälsomyndigheten (2013). *Barn och unga: utvecklingen av faktorer som påverkar
 hälsan och genomförda åtgärder*.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf> [2014-09-25]
- Folkhälsomyndigheten (2014). Nyhetsarkiv. *Fler har fetma och övervikt*.
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/februari/ fler-har-fetma-och-overvikt/> [2014-10-06].
- Haerens, L. De Bourdeaudhuij, I. Barba, G. Eiben, G. Fernandez, J. Hebestreit, A. Kovács, É. Lasn, H. Regber, S. Shiakou, M. & De Henauw, S. (2009) Developing the IDEFICS community-based intervention programme to enhance eating behaviours in 2 - to 8- year - old children: findings from focus groups with children and parents. *Health education and research*. Vol. 24.(3). ss. 381-393.
- Helsingforsdeklarationen (2008). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (*World Medical Association*)
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [2014-12-10]
- Jansson, A. (2012). *Övervikt och fetma hos barn*.
<http://www.1177.se/Halland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Overvikt-och-fetma-hos-barn/>
 [2014-09-17]
- Jansson, A. & Danielsson. P.(2003). *Överviktiga barn: en handbok för föräldrar och proffs*. Stockholm. Forum.
- Jerdén, L. (2012). (red.) *Empowerment som grund*. I Hertting, A. & Kristenson, M. Hälsöfrämjande möten. Lund. Studentlitteratur. ss.57-69.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Köhler, M & Reuter, A. (2012). (red.) *Hälsöfrämjande möten på barnavårdscentralen*. I Hertting, A. & Kristenson, M. Hälsöfrämjande möten. Lund. Studentlitteratur. Ss. 105-115.
- Larsen, L. Mandleco, B. Williams, M. & Tideman, M.(2006). Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. vol.18, ss. 70-79.
- Ljungkrona-Falk, L. Brekke, H. & Nyholm, M. (2014). Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*. 29 (4), ss. 730-738.
- Macke Alström, R. (2013). *Kommunikation, möten och icke möten*. I Gerge, A. (red.). Hälsöfrämjande kommunikation i vård och omsorg. Scandbook AB.

- Moreus, L. (2014). *Surveillance of childhood obesity in Sweden. Focus on lifestyles and socioeconomic conditions*. Department of Public Health and Community Medicine. Institute of Medicine, Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg.
- Nader, P. O'Brien, M. Houts, R. Bradley, R. Belsky, J. Crosnoe, R. Friedman, S. Mei, Z. & Susman, E. (2006). Identifying Risk for Obesity in Early Childhood. *Clinical Pediatrics* 118, 594.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm. Liber.
- Perlhagen, J. Flodmark, C-E & Hernell, O. (2007). Fetma hos barn-prevention enda realistiska lösningen på problemet. *Läkartidningen*. (3) 2007 vol.104. ss. 138-141.
- Polit, D. & Beck, C. (2010). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia. Lippincott.
- 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* 2013 12:27.
- Regeringens proposition (2007/8.110). *En förnyad folkhälsopolitik*.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf> [2014-09-18]
- Rikshandboken för barn (2007). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom Barnhälsovård*.
<http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/> [2014-11-03]
- Shay, L. (2007). Childhood Overweight: Early detection of Risk Factors. *The Journal of Nurse Practitioners- JNP*. 3 (8), ss.549-554.
- Socialstyrelsen (2005). Kompetenskrav för legitimerad sjuksköterska.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2014-09-17]
- Socialstyrelsen (2014) Vägledning för barnhälsovården.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf> [2014-11-03]
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2013).
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Mat_vid_fetma_218-2013.pdf [2014-09-17]
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). *Empowerment*.
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Patientutbildning-i-grupp-vid-livslanga-sjukdomar/Faktarutor/Empowerment-egenmakt/> [2014-10-16]
- Trapp, L. Ryan, A. Ariza, A. Garcia, C & Binns, H. (2009.) Primary Care Identification of Infants at High Risk for Overweight and Obesity. *Clinical Pediatrics*. 48 (3) ss.313-316.
- Wheeler, J. (2013). Risk of obesity at 4 to 6 years of age among overweight or obese 18-month-olds. *Canadian Family Physician*. Vol. 59; April 2013. ss. 202-208.

World Health Organisation (WHO) Childhood overweight and obesity.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> [2014-09-17]

World Health Organisation (WHO). Media Center. Obesity and Overweight.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [2014-10-06]



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Bil.1

Till verksamhetschef för godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor, Marie Dannberg och Therese Benson, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska 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 BVC har av att identifiera barn med risk för övervikt. Vi skulle uppskatta din hjälp att hitta intresserade distriktssköterskor till vår studie.

I vår magisteruppsats kommer vi att undersöka distriktssköterskans hälsofrämjande arbete mot barns risk för övervikt kan förbättras med hjälp av ett arbetsredskap. Det är i en form av ett frågeformulär riktat till alla föräldrar inför 18-månaderskontrollen och om det kan underlätta samtalet om kost och kostvanor och ge ett tydligare hälsofrämjande arbete.

Vi har under vår tid som studerande funnit det intressant just om barns risk för övervikt och hur man som distriktssköterska kan arbeta hälsofrämjande för att minimera risken för övervikt på sikt.

Metoden i examensarbetet kommer att vara både kvantitativ och kvalitativ. Datainsamling kommer att ske genom enkätfrågor och några få intervjufrågor som kommer att bli bandade. Vi vänder oss till distriktssköterskor som arbetar inom BVC och som arbetar med hälsofrämjande samtal. Undersökningen kommer att ske hösten 2014, under v.39-40 och kan gärna ske på arbetsplatsen eller enligt överenskommelse. Tidsåtgången beräknar vi till mellan 20 och 30 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 vår undersökning uppskattar vi svar om deltagande senast v.38. Vi är tacksamma om du vill vidarebefordra bilagan som vi skickar med, inbjudan till studien, till de som är intresserade att vara med och maila sen tillbaka kontaktuppgifter till någon av adresserna nedan samt svar från dig om godkännande att samla in fakta. Så kontakter vi de i sin tur för att boka tid och plats.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Hälsningar

Marie Dannberg

Mail;xxx

telefonnummer: xxx

Therese Benson

Mail; xxx

telefonnummer: xxx

Handledare:

Isabell Fridh

Universitetslektor

Institutionen för vårdvetenskap. Högskolan i Borås

telefonnummer: xxx



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Bil. 2

Enkätundersökning till BVC-sköterskor

Den här enkäten syftar till att undersöka om distriktssköterskans hälsofrämjande arbete för att identifiera barns risk för övervikt kan förbättras med hjälp av ett arbetsredskap, för att tidigt identifiera riskfaktorer för övervikt. Arbetsredskapet kommer att bestå av ett frågeformulär och är tänkt att innehålla frågor om kost och kostvanor.

Du kommer att få besvara frågor med olika svarsalternativ. Markera dina svar för respektive fråga genom att ringa det svarsalternativ som passar Dig bäst.

Tack på förhand för att du tar dig tid att medverka i vår undersökning. Dina svar är viktiga för oss.

Hälsningar

Marie Dannberg
Mail; xxx
Tel; xxx

Therese Benson
Mail; xxx
Tel; xxx

En viktig del i uppsatsen utgörs av detta frågeformulär där det vore till stor hjälp om du vill ta dig tid att besvara de olika frågorna inom resp. område.

Ringa in det svarsalternativ som stämmer in bäst på dig.

Din ålder:

25-35

36-45

46-55

56-65

Jag är:

Man

Kvinna

Utbildning:

Sjuksköterska

Distriktssköterska

Barnsjuksköterska

Antal år inom

BVC:

0-5 år

6-10 år

11-15 år

16-20 år el. mer

Vilken typ av verksamhet jobbar du inom:

Integrerad BVC

Renodlad BVC

Arbetsätt & Kunskap

Ringa in det svarsalternativ som passar bäst.

1. Det finns riktlinjer i din verksamhet angående barns risk för övervikt.			
Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt

2. Du arbetar systematiskt med frågor om barns risk för övervikt.			
Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt

3. Ni har ett enhetligt arbetsätt på er verksamhet gällande barns risk för övervikt.			
Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt

4. Det förekommer något/några enhetliga arbetsätt i Hallands län gällande barns risk för övervikt.			
Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt

5. Du får stöd i din verksamhet att inhämta ny kunskap för hälsofrämjande arbete om barns risk för övervikt?			
Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt

Anpassat frågeformulär till föräldrarna

Ringa in det svarsalternativ som passar bäst.

6. Ett arbetsredskap i form av ett strukturerat frågeformulär som ställs till föräldrar kan vara till hjälp för dig i ditt hälsofrämjande arbete med att identifiera barns risk för övervikt.			
Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt

7. Om det fanns ett frågeformulär, hur ofta bör det då besvaras?			
När barnet är 1 år	När barnet är 1 respektive 2 år	Vid varje besök efter 1- års ålder	

8. Ett frågeformulär bör skickas till föräldrarna i samband med kallelsen till hälsokontrollen och fyllas i hemma.			
Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt

9. Ett frågeformulär bör besvaras gemensamt med distriktssköterskan i samband med hälsokontrollen.			
Instämmer	Instämmer	Instämmer ganska	Instämmer

inte	delvis	mycket	helt
------	--------	--------	------

10. Ett frågeformulär ställt till föräldrar skulle kunna ge dig stöd för ett strukturerat samtal om kost och kostvanor.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

11. Ett frågeformulär om kost och kostvanor, riktat till alla föräldrar, skulle minska ämnets känslighet.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

12. Riskfaktorer för barns risk för övervikt kan identifieras enbart med hjälp av ett frågeformulär.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

13. Riskfaktorer för barns risk för övervikt, kan identifieras med hjälp av ett frågeformulär tillsammans med andra vedertagna mätinstrument, exempelvis BMI.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

14. Ett frågeformulär kan vara ett komplement till tillväxtkurvan.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

Kostvanor och risk för övervikt kan vara ett känsligt och svårt ämne

Ringa in det svarsalternativ som passar bäst.

15. Det kan vara svårt att prata med föräldrar om kost och kostvanor.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

16. Jag upplever ämnet om barns risk för övervikt som känsligt vid samtal med föräldrar.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

17. Jag har upplevt negativa reaktioner av föräldrar vid information om risk för barns övervikt.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

18. Jag har vid något tillfälle valt att undvika att ta upp ämnet om barns risk för övervikt.

Instämmer inte	Instämmer delvis	Instämmer ganska mycket	Instämmer helt
-------------------	---------------------	----------------------------	-------------------

19. Hur får du till dig ny kunskap och senaste forskning om barns risk för övervikt?

20. Ser du några fördelar respektive nackdelar med ett frågeformulär om kost och kostvanor?

21. Vilken/vilka frågor kan vara av vikt att finnas med i ett frågeformulär om kost och kostvanor?



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Bil.3

Inbjudan till deltagande i studie om distriktssköterskan hälsofrämjande arbete mot barns risk för övervikt.

Vi är två sjuksköterskor, Marie Dannberg och Therese Benson, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Det finns flera studier som beskriver att hälsofrämjande åtgärder för barns risk för övervikt har bästa chans att lyckas om det sätts in tidigt i barns liv.

Syftet med studien är att undersöka om distriktssköterskan hälsofrämjande arbete mot barns risk för övervikt kan förbättras med hjälp av ett arbetsredskap och därmed tidigt identifiera riskfaktorer för övervikt.

Vi avser att undersöka vilka erfarenheter distriktssköterskor inom BVC har av att arbeta mot barns risk för övervikt. Undersökningen syftar även till att undersöka om ett frågeformulär om kost och kostvanor ställt till föräldrar inför besök på BVC kan förbättra det hälsofrämjande arbetet mot barns risk för övervikt.

Datainsamling kommer att ske med hjälp av enkätfrågor och några få semistrukturerade intervjufrågor som kommer att spelas in. Svaren kommer att skrivas ut ordagrant och texten kommer att tillsammans med enkätresultaten att analyseras vetenskapligt.

Undersökningen kommer att ske hösten 2014, under v. 40-42 och kan gärna ske på arbetsplatsen eller enligt överenskommelse. Tidsåtgången beräknar vi till cirka 15 till 20 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 vecka 40.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss.

Hälsningar

Marie Dannberg
Mail; xxx
Tel; xxx

Therese Benson
Mail; xxx
Tel; xxx

Bil.4

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att Marie Dannberg och Therese Benson genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Varberg 2014

Namn

Titel/Verksamhet/Ort