

# **BVC-sjuksköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot övervikt hos barn, 0-6 år**

<b>FÖRFATTARE</b>	Ida Långmo Jonna Öhwall
<b>PROGRAM/KURS</b>	Specialistsjuksköterske- programmet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar OM5300 VT 2013
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HUVUDHANDLEDARE</b>	Madeleine Nilsson
<b>BIHANDLEDARE</b>	Barbro Lundblad
<b>EXAMINATOR</b>	Eva Lidén

**Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa**

# Sahlgrenska akademien



## *FÖRORD*

*Vi vill tillägna Madeleine Nilsson och Barbro Lundblad ett stort tack för visat engagemang under uppsatsens gång. Ert stöd och er kunskap har varit till stor hjälp.*

Titel (svensk):	BVC-sjuksköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot övervikt hos barn, 0-6 år.
Titel (engelsk):	Child health care nurse's experience in the preventive work against obesity in children, 0-6 years.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. OM5300 VT 2013
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	38 sidor
Författare:	Ida Långmo Jonna Öhwall
Huvudhandledare:	Madeleine Nilsson
Bihandledare:	Barbro Lundblad
Examinator:	Eva Lidén

---

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Det är allmänt känt att övervikt och fetma är ett stort samhällsproblem. Högt blodtryck, diabetes och hjärt- och kärlsjukdom samt en försämrad livskvalitet är följder som övervikt och fetma kan leda till. Övervikt och fetma hos barn och ungdomar gör att risken för diskriminering eller mobbing ökar. Fetma i barndomen är svårbehandlad och ökar risken för att utveckla bestående fetma. För att förhindra utvecklingen av övervikt och fetma är det av stor vikt att insatserna startar tidigt. I barnhälsovårdens uppdrag ingår det att arbeta hälsofrämjande. Genom att föra en dialog med föräldrarna kring kost och motion samt dess inverkan på hälsan kan övervikt och fetma förebyggas. BVC-sjuksköterskornas erfarenheter av det preventiva arbetet mot övervikt är inte så väl studerat, därför är vi intresserade av att studera detta område.

**Syfte:** Syftet var att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot övervikt hos barn, 0-6 år.

**Metod:** En forskningsplan gjordes och testades i en pilotstudie där fyra BVC-sjuksköterskor, som arbetade inom barnhälsovården Västra Götalandsregionen, intervjuades. Texterna bearbetades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Vid analysen framkom tre kategorier; *"Omständigheter som påverkar BVC-sjuksköterskans arbete"*, *"Familjernas olika förutsättningar"* och *"BVC-sjuksköterskans sätt att arbeta"*. BVC-sjuksköterskornas erfarenheter av det preventiva arbetet mot övervikt skiljde sig och arbetet påverkades av resurser, tid samt familjernas olika förutsättningar.

**Diskussion:** Kost- och aktivitetsvanor i samhället samt normen av vad som är ett normalviktigt barn har förändrats. Det skiljer sig i familjers kultur, förkunskaper och socioekonomi. För att specialistsjuksköterskan ska kunna förebygga övervikt behöver hon se till individen och anpassa insatserna därefter.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is widely known that overweight and obesity is a major social problem. Hypertension, diabetes and cardiovascular disease as well as a reduced quality of life are consequences that overweight and obesity can lead to. Overweight and obesity in children and adolescents increases the risk of discrimination or bullying. Obesity in childhood is difficult to treat and increases the risk of developing consisting obesity. To prevent the development of overweight and obesity it's of great importance that prevention starts early. Child health care includes working with health promotion. Prevention of overweight and obesity can be done by conducting a dialogue with parents about nutrition and exercise and its impact on health. Child health care nurses' experiences of the preventive work against obesity are poorly studied, so we are interested in studying this field.

**Aim:** The aim was to describe the child health care nurses experience in the preventive work against obesity in children, 0-6 years.

**Method:** A research plan was made and tested in a pilot study in which four nurses, who worked in child health care in Västra Götaland, were interviewed. The results were analysed using Qualitative content analysis.

**Findings:** The analysis revealed three categories: "*Factors that influence the work of child health care nurses*", "*Families' different given circumstances*" and "*Child health care nurse's way of work*". Child health care nurses' experiences of the preventive work against obesity differed; resources, time and families' different given circumstances influenced the work.

**Discussion:** Diet and activity habits in society and the norm of what is a normal body size of a child have changed. It differs in families' culture, knowledge and socio-economics. For be able to prevent overweight the specialist nurse needs to personalise the prevention.

**Keywords:** nurse, child health care, experience, prevention, obesity, preschool children

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Definition av övervikt och fetma</b>	<b>1</b>
<b>Prevalens av övervikt och fetma</b>	<b>2</b>
Vuxna	2
Barn	2
<b>Faktorer som påverkar övervikt och fetma</b>	<b>3</b>
<b>Följder av övervikt och fetma</b>	<b>5</b>
<b>Barnhälsovårdens uppdrag</b>	<b>5</b>
<b>Hälsa</b>	<b>7</b>
<b>Orems omvårdnadsteori</b>	<b>8</b>
<b>Prevention av övervikt och ohälsa</b>	<b>9</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>12</b>
<b>SYFTE</b>	<b>13</b>
<b>METOD</b>	<b>13</b>
Ansats	13
Urval	13
Datainsamling	14
Dataanalys	15
Pilotstudien	15
Forskningsetiska överväganden	17
Risk/nytta analys	18
Förförståelse	19
<b>RESULTAT</b>	<b>19</b>
<b>Omständigheter som påverkar BVC-sjuksköterskans arbete</b>	<b>20</b>
Resurser – en grund att stå på	20
Tiden – arbete mot klockan	21
Samarbete – en kugge i hjulet	22
Hur ser ett hälsosamt barn ut?	23
<b>Familjens olika förutsättningar</b>	<b>23</b>
Förkunskaper	23

Samhällets inverkan	24
Samspel och relation	25
<b>BVC-sjuksköterskans sätt att arbeta</b>	<b>26</b>
Basprogrammets möjligheter	26
Individuella åtgärder	26
<b><i>DISKUSSION</i></b>	<b>28</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>28</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>30</b>
<b>Fördelning av arbetet</b>	<b>33</b>
<b><i>REFERENSER</i></b>	<b>34</b>

## ***BILAGOR***

- 1. Forskningspersonsinformation**
- 2. Intervjuguide**

## INLEDNING

Genom författarnas egna erfarenheter från yrkeslivet som sjuksköterskor, samt under specialistutbildningens verksamhetsförlagda studier, har det skapats ett intresse av vikten av det preventiva arbetet mot övervikt. Författarnas bild av att övervikt är ett stort samhällsproblem har vid litteraturstudier visat sig stämma. Barnhälsovårdens syfte är att bedriva ett hälsofrämjande arbete som innefattar att ge föräldrar ökad kunskap och därmed kontroll över de faktorer som inverkar positivt och negativt på hälsan. Övervikten har under de senaste decennierna ökat och ligger nu på en mycket hög nivå, både bland barn och vuxna. Studier har visat att övervikt i barndomen är mycket svårbehandlad och kan leda till flertalet sjukdomar samt en kvarstående övervikt i vuxen ålder. I princip alla Sveriges barn går på BVC och därmed har BVC-sjuksköterskan en viktig roll i det preventiva arbetet mot övervikt.

Vid genomgång av tidigare forskning finns det ett begränsat antal studier om BVC-sjuksköterskans erfarenheter av detta arbete, speciellt i Sverige. Det vore därmed av vikt att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenheter av det preventiva arbetet mot övervikt, detta för att synliggöra möjligheter och begränsningar i deras arbete för att främja hälsa.

## BAKGRUND

### Definition av övervikt och fetma

Övervikt och fetma beror till grund och botten på en obalans mellan energiintag och energiförbränning; människan äter mer än vad kroppen hinner göra av med. Överskottet lagras och bildar fettvävnad (Rindforth Gillgren, 2012). Fetma är en sjukdom enligt den internationella sjukdomsklassificeringen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision (ICD10) (WHO, 2013). Övervikt finns dock inte beskrivet i ICD10 och betraktas därmed inte som en sjukdom utan som en riskfaktor för att utveckla fetma. Definitionen av övervikt för personer över 18 år är body mass index (BMI) över 25, för fetma BMI över 30. För vuxna beräknas BMI enligt följande:  $BMI = vikt (kg) / längd (m)^2$ . BMI-



värdet för barn räknas ut på samma sätt som hos vuxna, däremot påverkar ålder, längd och pubertetstatus BMI och därför används andra gränser hos barn som tar hänsyn till detta. För att möjliggöra internationell jämförelse mellan barn har internationella gränsvärden fastställts vilket har resulterat i iso-BMI 25 för övervikt samt iso-BMI 30 för fetma (se tabell 1) (Janson & Nergårdh, 2012).

**Tabell 1.** Iso-BMI för övervikt och fetma hos barn (del av originaltabell).

Ålder	Iso-BMI 25		Iso-BMI 30	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,3	19,17
5,5	17,45	17,2	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65

(Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

## **Prevalens av övervikt och fetma**

### **Vuxna**

Sedan år 1980 har prevalensen av övervikt och fetma bland vuxna stadigt ökat. Den snabbaste ökningen skedde i början av 1990-talet och därefter har stegringen minskat något (Socialstyrelsen, 2009). En rapport från Statens folkhälsoinstitut (2011) gällande folkhälsan i Västra Götalandsregionen visar att övervikt är vanligare bland män, men vad gäller fetma är det lika förekommande hos båda könen. Andelen personer med fetma har ökat med två procentenheter mellan 2007 och 2011 och därmed har 13 % av befolkningen i Västra Götalandsregionen fetma. Nationellt sett är 49 % av Sveriges befolkning överviktiga och feta, jämfört med 48 % i Västra Götalandsregionen. Dessa siffror är de högsta någonsin i Sverige (Socialstyrelsen, 2009).

### **Barn**

En studie gjord i Umeå visade att andelen överviktiga barn under två decennier fördubblades samt andelen feta barn fyr- till femdubblades (Petersen, Brulin &

Bergström, 2003). Janson och Nergårdh (2012) finner att 15-20% av Sveriges tioåringar är överviktiga eller feta.

Det finns god evidens för att säga att fetma i barndomen ökar risken att utveckla en bestående fetma i vuxen ålder. En studie av svenska barn har visat att cirka hälften av de barn som var överviktiga vid två och ett halvt års ålder fortfarande var det vid tio års ålder (Angbratt, Eriksson, Funcke, Nilsson, Säterskog & Söderlind, 2003). Dietz (1983) visar att 80 % av de barn som var överviktiga i åldrarna sex till sju år var överviktiga även i sena tonåren. Att fetma i barndomen ökar risken för bestående fetma stöds även i en artikelgranskning gjord av Stocks, Renders, Bulk-Bunchoten, Hirasing, Buuren och Seidell (2011).

### **Faktorer som påverkar övervikt och fetma**

Det finns flera faktorer som påverkar uppkomsten av fetma. Livsstil som innefattar kost och motion spelar en stor roll och det genetiska arvet har efter tvillingstudier identifierats som betydelsefullt (Janson & Nergårdh, 2012).

I Folkhälsorapporten 2009 (Socialstyrelsen, 2009) framkommer det att barn idag äter och dricker onyttigt i mindre grad än i början av 2000-talet. Janson och Nergårdh (2012) skriver att intaget av frukt och grönsaker har ökat och det har publicerats rapporter de senaste åren som tyder på att ökningen av övervikt och fetma har avstannat och planat ut. Dock har ökningen varit väldigt stor under flera år innan dess och utvecklingen har stannat på en hög nivå. Till exempel så tredubblades läskkonsumtionen i Sverige från år 1980 till 2000, det vill säga från 30 liter till 90 liter per person och år (Janson & Nergårdh, 2012).

Samhället har i stort förändrats och vi lever i en så kallad obesogen omgivning – det vill säga en omgivning som gynnar övervikt. Fysisk inaktivitet har ökat på grund av energisparande uppfinningar; såsom bilar, rulltrappor och hissar. Samtidigt har andelen fysisk ansträngning minskat även under fritiden då mer tid spenderas framför TV, datorer och surfplattor istället för att ägnas åt fysiska aktiviteter. Ett obesogent beteende innebär förtäring av energirik mat, ofta innehållande mycket socker och fett men med ett lågt näringsinnehåll, kombinerat med en passiv och stillasittande livsstil

(Corsica & Hood, 2011). Strasburger, Jordan och Donnerstein (2010) redogör för att amerikanska barn i snitt har sju timmar skärmtid, det vill säga tid som spenderas framför TV, dator och surfplattor. Ingen annan aktivitet förutom sömn tar upp så mycket av barnens tid. Fetma där det saknas medicinska orsaker, där arv och miljö har samverkat kallas primär fetma och motsvarar så hög andel som 98 % av barnfetman. De återstående 2 % är en så kallad sekundär fetma som har orsakats av bland annat läkemedel, hjärntumör, kromosomavvikelse och endokrina sjukdomar till exempel hypotyreos och Cushings syndrom (Flodmark, Lissau, Moreno, Pietrobelli & Widhalm, 2004).

Sannolikheten för att ett barn ska bli överviktigt är tre gånger så stor om en förälder är överviktig och om båda föräldrarna är överviktiga ökar risken tio gånger (Svensson, Jacobsson, Fredriksson, Danielsson, Sobko, Schioth & Marcus, 2011). För att undvika viktuppgång är det viktigare för en person med genetisk disposition för övervikt att leva hälsosamt än för en normalviktig (Nowicka & Flodmark, 2006). Det innebär att en person som har anlag för övervikt och fetma har en högre risk att gå upp i vikt vid en livsstil som innebär stillasittande aktiviteter samt intag av energirik kost än om en person utan dessa anlag skulle leva samma liv. En studie av Semmler, Ashcroft, van Jaarsveld, Carnell och Wardle (2009) visar att normalviktiga föräldrar verkar ge ett visst skydd mot att barn ska utveckla övervikt. Detta kan troligast förklaras med att föräldrarnas attityder och beteende beträffande kost och motion påverkar barnens syn på kost och motion (Robinson, Yardy & Carter, 2012).

Barn som kommer från familjer med låg socioekonomisk status, vilket innefattar låg utbildningsnivå samt inkomst, har en högre risk att utveckla övervikt eller fetma (Semmler et al., 2009). Detta förklaras bland annat av att dessa familjer har en begränsad tillgång till nyttiga livsmedel och därmed har de ett högre intag av mättat fett (American Academy of Pediatrics, 2003) samt äter färre portioner av frukt och grönsaker per dag (Robinson et al., 2012).

Minskad nattsömn är också en riskfaktor för att utveckla övervikt och fetma. Studier har visat att barn som sover mindre antal timmar har en högre prevalens av fetma. Det

finns olika hypoteser om hur minskat antal timmars sömn påverkar risken att utveckla övervikt och fetma men dessa är inte helt säkerställda (Agras, Hammer, McNicholas & Kraemer, 2004; Taveras, Rifas-Shiman, Oken, Gunderson & Gillman, 2008).

### **Följder av övervikt och fetma**

Övervikt är en riskfaktor för utveckling av fetma, som har säkerställda kopplingar till flertalet sjukdomar och tillstånd. Hos barn och ungdomar har det visat sig att fetma bidrar till insulinresistens och höga insulinnivåer. En ökad förekomst av diabetes finns även dokumenterad bland dessa barn. Övervikt och fetma bidrar till att utveckling av ateroskleros och hjärtkärlsjukdom startar redan i tidiga tonår men konsekvenser och symtom syns först i vuxen ålder (Janson & Nergårdh, 2012).

På grund av att överviktiga barn får svårare att hävda sig vid fysiska aktiviteter kan övervikt leda till utanförskap och därmed finns det risk att mer tid ägnas åt dataspel och TV. Barnet riskerar att hamna i en ond cirkel där social isolering förvärrar situationen (Janson & Nergårdh, 2012). Detta bekräftas även i en studie av Janssen, Craig, Boyce och Pickett (2004) som beskriver att barn med fetma har en större risk att bli utsatta för mobbning under skolåren än ett normalviktigt barn och på lång sikt kan detta exempelvis leda till dålig självkänsla, depression och social isolering.

### **Barnhälsovårdens uppdrag**

Barnhälsovården i Sverige är frivillig och kostnadsfri, den riktar sig till barn från den dagen de kommer hem från BB till dess barnet börjar skolan och skolhälsovården tar vid, alltså 0-6 år. Barnhälsovården når ut till så gott som alla Sveriges barn och föräldrar. Då information och kunskap kan förmedlas till nästan alla barn har barnhälsovården kommit att spela en stor roll för folkhälsan i Sverige under åren. Verksamheten sker på barnvårdscentraler (BVC) där sjuksköterskan står för den största delen av barnhälsovårdens arbete. Barnhälsovårdens hälsofrämjande arbete innefattar att ge föräldrar ökad kunskap och därmed kontroll över de faktorer som inverkar positivt och negativt på hälsan. Att förebygga ohälsa hos barn innebär bland annat att identifiera riskfaktorer och avvikelser vad gäller barns tillväxt och utveckling (Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2009).

Sjuksköterskor som arbetar på BVC ska vara specialistutbildade till antingen distriktssköterska eller barnsjuksköterska. BVC-sjuksköterskans arbete omfattar att planera och organisera så att de barn som ingår i upptagningsområdet erbjuds hälsoundersökningar, screeningar och vaccinationer enligt det allmänna programmet. En central uppgift för BVC-sjuksköterskan är att ge råd och stöd om barnets hälsa och utveckling, både fysisk, psykisk och social. BVC-sjuksköterskans uppdrag är även att stärka föräldrarnas tilltro till sin egen kompetens och stödja förskolepersonal (Magnusson et al., 2009).

Huvudmålen för barnhälsovården är att minska dödlighet, sjuklighet och handikapp bland barn. Barnhälsovården ska också jobba för att minska skadliga påfrestningar för föräldrar och barn. Föräldrarna ska stödjas och aktiveras i sitt föräldraskap och därigenom bidra till gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling av barnen (Socialstyrelsen, 1991).

Hälsoundersökningar på BVC sker enligt ett basprogram där barnet kontinuerligt kallas till hälso- och utvecklingsundersökningar. I BVC:s arbete ingår även föräldrastöd i grupp dit alla nyblivna föräldrar inbjuds att delta. Träffarna med föräldrastödsgruppen syftar till att öka föräldrarnas kunskap, främja kontakt med andra föräldrar samt att öka föräldrarnas medvetenhet om samhällseliga förhållanden och dess påverkan. Om föräldrar avböjer att medverka i föräldrastödsgruppen ska de erbjudas samma kunskap och stöd individuellt. Träffen som sker då barnet är fyra till fem månader kallas av Rikshandboken Barnhälsovård *Äta, växa och må bra*. Då behandlas ämnen som rör barnets matvanor, amning samt annan mat diskuteras.

- Vad är en lagom portion till ett barn?
- När är barnet mätt?
- Hur påverkas barnet av föräldrarnas matvanor?
- Äter barnet fortfarande på natten? (Inera, 2010).

Vid det individuella besöket som ingår i basprogrammet vid sju till nio månaders ålder finns beskrivet att vid detta och alla efterföljande besök ska familjens rutiner gällande mat diskuteras samt hur, när och vad barnet äter. Godis, kex, läsk, juice eller saft ska

inte användas som tröst och frågan bör ställas huruvida barnet äter eller dricker sött på natten (Inera, 2010). I en interventionsstudie (Epstein, Gordy, Raynor, Beddome, Kilanowski & Paulch, 2001) gjord med föräldrar och barn framkom det att uppmuntran att öka familjens intag av frukt och grönsaker hade bättre effekt i form av minskad procentuell övervikt hos föräldrarna, än att ge förmaningar om att minska intaget av fett och socker. Denna trend kunde även ses hos barnen, men var inte signifikant säkerställd.

Rikshandboken Barnhälsovård beskriver interventionsåtgärder vid en konstaterad övervikt. Där tas det bland annat upp vikten av regelbundna måltider utan småätande och drickande mellan målen samt att inte använda mat som straff eller belöning. För att främja fysisk aktivitet uppmuntras föräldrarna att göra hela familjen delaktig, inte bara den överviktiga, i roliga fysiska aktiviteter utomhus till exempel: klättra i träd, hoppa rep och bollekar. Barnen bör gå istället för att bäras eller skjutas (Inera, 2010).

Västra Götalandsregionen har gjort ett handlingsprogram mot övervikt och fetma för BVC, där promotion och prevention är ledorden. När övervikt fortskrider och övergår till fetma ska det hanteras på barnmedicinska mottagningar. Sedan år 2011 rapporterar Göteborgs BVC data om barns BMI vid fyraårsbesöket för sammanställning av statistik och för att följa utvecklingen av övervikt och fetma (Centrala Barnhälsovården Göteborg, 2011).

## **Hälsa**

Barnhälsovården är en hälsofrämjande instans som syftar till att ge föräldrar och deras barn de bästa förutsättningarna för hälsa (Magnusson et al., 2009) och i FN:s barnkonvention står det beskrivet att alla barn har rätt till bästa uppnåeliga hälsa (UNICEF Sverige, 2009). Det är därmed av vikt att beskriva begreppet hälsa.

Det finns flera definitioner av hälsa. WHO (1948) definierar hälsa på följande sätt: *”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*. (Fritt översatt av författarna – hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart

frånvaro av sjukdom eller svaghet). Omvårdnadsteoretiker Dorothea Orem förklarar begreppet på följande sätt:

*”Begreppet hälsa betecknar ett personligt tillstånd kännetecknat av friskhet och helhet i utvecklade mänskliga strukturer och av fysisk och psykisk funktionsförmåga. Begreppet välbefinnande används i betydelsen individens upplevelse av sina existensvillkor.”* (Orem, 1995, s 101).

Vårdandets högsta uppgift är att hjälpa patienter till så god hälsa som möjligt. Därmed är hälsa vårdvetenskapens centrala begrepp (Dahlberg & Segesten, 2010). Wiklund Gustin (2003) menar att forskare är eniga om att hälsa är ett komplext fenomen med många dimensioner och att hälsan är relativ. Hälsan beskrivs också som subjektiv då uppfattningen av hälsa varierar mellan olika personer, men också för samma person vid olika tillfällen (Wiklund Gustin, 2003). Dahlberg och Segesten (2010) talar om att hälsa inte är konstant. Den är föränderlig och står i relation till människans totala och aktuella livssituation.

Orem (1995) menar att hälsan står i relation till hur människan upplever sin livsvärld, alltså är inte frånvaro av sjukdom och lidande alltid detsamma som hälsa. Hälsa inkluderar hela existensen - kropp, själ och ande. För att uppleva hälsa behöver människan ha känslan av att livet har en mening och känslan av att ”vara i stånd till”. Hälsa är framförallt en personlig upplevelse av den enskilda människan i det sammanhang hon befinner sig. Detta innebär att en människa kan känna hälsa även i närvaro av lidande (Dahlberg & Segesten, 2010). Hälsa och lidande är inte varandras motsatser men de har en aktiv förbindelse till varandra (Wiklund Gustin, 2003).

## **Orems omvårdnadsteori**

Omvårdnadsteorin utarbetad av Dorothea Orem kallas egenvårdsteorin och är indelad i tre delteorier:

- Teorin om egenvård
- Teorin om egenvårdsbrist
- Teorin om omvårdnadssystem

I den första teorin *egenvård* beskrivs hur människan på eget initiativ utför handlingar för sig själv eller för beroende närstående. Att vårda sig själv och sina närstående finns naturligt i oss människor och präglas av den kultur eller sociala miljö som individen härrör från. Handlingar som individen utför grundas i beteendemönster och rutiner och syftar till att främja normal funktion, hälsa och välbefinnande hos individen själv eller dennes anhöriga. I den andra teorin gällande *egenvårdsbrist* beskriver Orem förhållandet mellan individens kapacitet för egenvård och individens krav på egenvård. Om kapaciteten inte uppfyller egenvårdskraven uppstår en obalans och det skapas ett behov av omvårdnad. Vid en sådan obalans beskriver den tredje teorin om *omvårdnadssystem* hur sjuksköterskan planerar vården utifrån individens bristande egenvårdskapacitet. Orem's beskrivning av omvårdnad innebär att kompensera brist på eller bristfällig egenvårdskapacitet med förhoppningen om att utveckla patientens kapacitet till egenvård (Orem, 1995).

Författarna anser att Orem's egenvårdsteori är av betydelse i ämnet prevention mot övervikt. BVC-sjuksköterskans roll är att vid tecken på bristande kunskap hos föräldrarna uppmärksamma detta och informera samt stödja dem till ökad kunskap så att de utökar sin kapacitet till egenvård. I Rikshandboken Barnhälsovård (Inera, 2010) beskrivs att BVC-sjuksköterskans ska ge anpassad hälsoinformation för enskilda familjer samt råd och information om egenvård.

## **Prevention av övervikt och ohälsa**

Vid allt vårdande är det betydelsefullt att sätta sig in och förstå patientens situation och lyssna till dennes behov. För att patienten ska kunna göra så hälsofrämjande val som möjligt behöver de bli delaktiga i de hälso- och vårdprocesser som berör dem själva. Det gäller att skapa ett möte mellan vetenskapens värld och patientens värld. Det är av stor vikt att som vårdare vara öppen och lyssna, att inte ta med för mycket från sin egen förförståelse utan hitta olika kunskapsvägar och tillvägagångssätt för att finna den enskilda patientens livsvärld och perspektiv (Dahlberg & Segesten, 2010).

Att arbeta preventivt mot övervikt innebär först och främst att ge allmänna hälsoråd som är bra för alla. Barnhälsovården arbetar hälsofrämjande och förebyggande med de



små barnen. Det finns svårigheter i att behandla övervikt och fetma hos barn då det ställs mycket krav på hela familjen. Därmed är det av betydelse att övervikt förebyggs. Att förändra sin livsstil är inte lätt, speciellt inte i det obesogena samhälle vi lever i idag. Barn kanske inte har insikten i vad övervikten kan ge för följsjukdomar, därför är det viktigt att hjälpa det specifika barnet att hitta motivationen för att lyckas med behandlingen. Utifrån vårdarens perspektiv är det betydelsefullt att skapa en bra relation med barnet och dess familj då stora krav behöver ställas och de inte alltid är lätta att uppfylla (Danielsson, 2009).

I en studie gjord i USA redogjordes för vilka svårigheter och vilka resurser som sjuksköterskor på BVC upplevde i det preventiva arbetet mot övervikt. Sjuksköterskorna uppgav att föräldrarnas livsstil var ett av de största hindren. Föräldrarna beskrevs som dåliga förebilder för sina barn på grund av sina vanor gällande fysisk aktivitet och mat samt avsaknad av kunskap om nutrition. Det framkom att föräldrarna inte upplevdes motiverade till att genomgå livsstilsförändringar. Sjuksköterskorna beskrev även den amerikanska livsstilen som ett hinder. Detta förklarade de med att många föräldrar tror att ett knubbigt barn är ett friskt barn och att ett smalt barn är ett sjukt barn (Larsen, Mandleco, Williams & Tideman, 2006). Liknande framkom även i en annan studie där informanter beskriver att normen har ändrats angående barns kroppsstorlek och att överviktiga barn därmed uppfattas som normalviktiga (Gerards, Dagnelie, Jansen, De Vries & Kremers, 2012). Vidare förklarar Larsen et al. (2006) att de sociala normerna i samhället bidrar till ökad konsumtion av TV, dataspel, läsk och snabbmat.

Ytterligare ett vanligt hinder för sjuksköterskorna var upplevelsen av att de på grund av hög arbetsbelastning inte hade tillräckligt med tid för att utbilda och informera föräldrarna angående överviktsprevention. Jämfört med mängden hinder och svårigheter var resurserna som sjuksköterskorna använde sig av otillräckliga. Att använda sig av en dietist var den vanligaste resursen. Informationsblad och broschyrer var också ett sätt att öka patientens kunskap. Sjuksköterskorna själva använde sig av tidningsartiklar och internet för att komplettera sin egen kunskap (Larsen et al., 2006).

I en studie gjord i Holland undersöktes vilka svårigheter sjuksköterskor och läkare på BVC upplevde vid samtal med föräldrar till överviktiga barn angående remittering till ett interventionsprogram mot övervikt. Det visade sig att flera sjuksköterskor upplevt motstånd hos föräldrarna då de tog upp och pratade om barnens övervikt, några föräldrar var inte medvetna om deras barns övervikt och dess hälsokonsekvenser. Många föräldrar upplevdes ha en låg motivation till beteendeförändringar och ibland förstod de inte alls nyttan med det (Gerards et al., 2012). Liknande resultat visades i en studie från USA där hälso- och sjukvårdspersonal uppgav svårigheter i att föräldrarna visade bristande engagemang och motivation samt att personalen upplevde sig ha brister i utbildning för stöd och vägledning. Personalen önskade sig mer utbildning om beteendemässiga strategier och föräldraskap (Story, Neumark-Stzainer, Sherwood, Holt, Sofka, Trowbridge & Barlow, 2002). I studien gjord av Gerards et al. (2012) upplevde vissa av sjuksköterskorna sig ha bristfällig kunskap i motivationssamtal.

Vid en studie (Li Ming, Baur, Simpson, Rissel, Wardle & Flood, 2012) gjord med australiensiska förstföderskor fann man i resultatet att barns BMI kunde påverkas med hjälp av prevention i form av hembesök. Studien utgjordes av en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. I interventionsgruppen gjorde en sjuksköterska individuella besök hos mammorna åtta gånger under barnets två första år med start i graviditetsvecka 30-36. Vid dessa träffar förespråkades och diskuterades fördelarna med helamning i sex månader och att inte introducera fast föda innan dess, äta frukt och grönt, bara vatten som dryck samt vikten av att hela familjen är fysiskt aktiv. Då barnet var två år mättes deras BMI och jämfördes med barnen från kontrollgruppen som enbart fått information vid ordinarie hälsobesök enligt basprogram. Barnen i interventionsgruppen hade signifikant lägre BMI än de barn som ingick i kontrollgruppen. Det visade sig även att barnen i interventionsgruppen åt mer grönsaker per dag samt att de spenderade mindre tid framför TV:n och i mindre utsträckning åt framför den. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna vad gällde konsumtion av frukt, skräpmat samt tid som spenderas till lek utomhus (Li Ming et al., 2012).

I en studie som gjordes i svenska skolor gällande fetmaprevention uteslöts sötsaker i alla former. Där framkom att uteslutandet av sötsaker hade avgörande betydelse för minskning av överviktsprevalens (Marcus, Nyberg, Nordenfelt, Karpmyr, Kowalski & Ekelund, 2009).

För att få fram relevant information till studiens bakgrund har sökningar gjorts i CINAHL och PubMed. Sökorden som användes var *nurse, experience, prevention, overweight, obesity, preschool children, child health care, preventive health care* och *health prevention* i olika konstellationer. Även manuella sökningar gjordes för att optimera innehållet till bakgrunden.

## **PROBLEMFORMULERING**

Det är vida känt att övervikt och fetma är ett stort samhällsproblem. Kartläggningar har visat att andelen överviktiga barn har ökat stort. Utvecklingen av fetma hos barn påverkas av både arv och miljö. Fetma i barndom ökar risken för att fetman kvarstår i tonår och vuxen ålder. En befäst fetma är svårbehandlad och därför krävs det att insatser görs i ett tidigt skede. Övervikt och fetma hos barn kan leda till fysisk och psykisk ohälsa som även kvarstår i vuxen ålder. Med detta som bakgrund skapas en förståelse för att det är viktigt att starta prevention mot övervikt tidigt. Barnhälsovården som når ut till så gott som alla barn och småbarnsföräldrar har en viktig del i det hälsofrämjande arbetet genom att föra en dialog med föräldrarna kring kost och motion samt dess inverkan på hälsan.

I de databaser där författarna har gjort artikelsökningar fanns det begränsad forskning, speciellt i Sverige, gällande BVC-sjuksköterskans erfarenheter av det preventiva arbetet mot övervikt. Det finns därmed ett behov av ytterligare forskning inom ämnet för att ta del av BVC-sjuksköterskans erfarenheter av det preventiva arbetet och vid behov kunna utveckla detta. För att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa bör BVC-sjuksköterskan ha resurser och möjlighet till att starta prevention i åldern 0-6 år för att förebygga övervikt och fetma.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot övervikt hos barn 0-6 år.

## **METOD**

### **Ansats**

Då vår studie syftar till att beskriva sjuksköterskans erfarenheter valdes en kvalitativ ansats, detta då mångsidiga beskrivningar eftersträvas för att tillgodose studiens syfte. Som beskrivs i Trost (2010) ger en kvalitativ studiemetod möjlighet att få en större förståelse för informanternas erfarenheter och även upptäcka eventuella mönster bland upplevelserna. Intervjuer och frågor beskrivs av Polit och Beck (2010) som en viktig del i omvårdnadsforskning tack vare människans unika förmåga att verbalt kommunicera. Genom att utgå från problemet i denna studie kan informanten berätta med egna ord om erfarenheter och meningsfulla sammanhang. För att täcka in området används halvstrukturerade frågor med följdfrågor. Genom att ställa öppna frågor och vara följsam i intervjun kan fler nyanser tillföras och en tydligare beskrivning av problemet skapas (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **Urval**

Studien kommer att genomföras med ett urval som benämns ändamålsenligt. Det innebär att valda BVC-sjuksköterskor besitter sådan kunskap att de bedöms kunna bidra med information som svarar till syftet. En variation i urvalsgruppen i detta fall gällande kön, etnicitet, ålder, erfarenhet samt arbetsplats anses bidra till en ökad kunskap om det som studien syftar till att undersöka (Polit & Beck, 2010). Inklusionskriterierna i urvalet är att informanterna ska arbeta på en BVC, vara specialistutbildad till barnsjuksköterska eller distriktsjuksköterska och ha minst två års yrkeserfarenhet. Författarna anser att efter två års erfarenhet inom yrket har specialistsjuksköterskan hittat sin roll och utarbetat egna arbetsrutiner.

I studien planeras det att genomföra 15 till 20 intervjuer med BVC-sjuksköterskor från Västra Götalandsregionen. Antalet är valt utefter Kvale och Brinkmann (2009) som uppger att antalet intervjuer brukar vara 15 +/-10 i intervjustudier, men styrs även av om materialet blir mättat. Vidare reflekterar de över att många studier skulle tjäna på att minska antalet intervjuer och använda den tiden till förberedelser av intervjuer och sedan analysera dem.

Rekrytering av informanter sker genom att kontakt tas med ett tiotal verksamhetschefer på BVC runt om i Västra Götalandsregionen, detta sker genom ett ändamålsenligt urval. Efter att ha inhämtat godkännande av verksamhetschefer på berörda enheter kontaktas BVC-sjuksköterskorna per mail där forskningspersonsinformation (bilaga 1) och samtyckesformulär bifogas. Vid visat intresse att medverka i studien tas en telefonkontakt med informanterna för överenskommelse av tid och plats för intervjun.

## **Datainsamling**

Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att en halvstrukturerad intervju har syftet att tolka intervjupersonens beskrivning av problemet (Kvale & Brinkmann, 2009). Halvstrukturerade intervjuer kännetecknas ofta av att forskarna har sammanställt en intervjuguide med teman och frågor som ska belysas och behandlas under intervjun. Intervjuarens funktion är att stötta informanten till att tala fritt om alla ämnen som tas upp i intervjuguiden (bilaga 2) (Polit & Beck, 2010). För att inte försvåra att få fram informantens upplevelser och tankar ska intervjuaren lyssna aktivt och utan att ställa ledande frågor. Svårigheter för den oerfarne intervjuaren kan vara att våga vänta ut informanten istället för att fylla en tystnad med en ny fråga (Trost, 2010).

Författarna anser att en halvstrukturerad intervjuform är mest lämpad för att uppfylla studiens syfte. För att optimera kvaliteten under intervjun och informantens trygghet erbjuds informanterna att själva bestämma tid och plats för intervjun. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter och spelas in elektroniskt.

## **Dataanalys**

I denna studie används en kvalitativ innehållsanalys. Fokus ligger då på att identifiera likheter och skillnader i textinnehållet och därigenom beskriva variationer.

Kontexten har betydelse vid analys av en text. Det innebär att sammanhanget i vilket intervjun är genomförd ska medvetandegöras och faktorer så som deltagarnas ålder, utbildning och yrkeserfarenhet tas hänsyn till vid tolkning av texter. Ett induktivt tillvägagångssätt är styrt från det insamlade datamaterialet. Det innebär att författarna förutsättningslöst analyserar intervjumaterialet som innehåller informanternas upplevelser. Målet är att hitta begrepp och kategorier som ger författarna svar på syftet (Hällgren Graneheim & Lundman, 2008).

Efter intervjuernas genomförande transkriberas de och informanterna oidentifieras. För att skapa ett helhetsintryck och ge utrymme för reflektioner genomläses texten flertalet gånger. Därefter påbörjas analysen genom att plocka ut meningsbärande enheter i texten som svarar till studiens syfte. För att göra materialet mer lättarbetat kondenseras enheterna, utan att innebörden förändras. Sedan skapas koder som kortfattat beskriver varje enhet. Koder som har liknande innehåll skapar subkategorier som tillslut skapar kategorier. Dessa kategorier ska tydligt skilja sig från varandra och svara på studiens syfte (Hällgren Graneheim & Lundman, 2008). Efter avslutad studie kasseras allt insamlat material.

## **Pilotstudien**

För att pröva metod och öka kvaliteten inför den fullskaliga studien gjordes en pilotstudie under våren 2013 vilket rekommenderas enligt Polit och Beck (2010).

På grund av tidsbrist valde vi att i pilotstudien göra ett bekvämlighetsurval av informanter, vilket innebar att BVC-sjuksköterskor ur vårt kontaktnät kontaktades. Inklusionskriterierna i urvalet var att informanterna skulle arbeta på en BVC, vara specialistutbildad till barnsjuksköterska eller distriktssköterska och ha minst två års yrkeserfarenhet. Författarna anser att efter två års erfarenhet inom yrket har

specialistsjuksköterskan hittat sin roll och utarbetat egna arbetsrutiner. Antalet begränsades till fyra stycken BVC-sjuksköterkor i Göteborg och dess närhet.

Urvalet fick en demografisk spridning och en av informanterna jobbade på en privatägd BVC och resterande tre på offentliga BVC: er. Första kontakten togs med BVC-sjuksköterskorna via ett telefonsamtal där information om studiens syfte lämnades samt beräknad tidsåtgång och information om att de när som helst under studien hade rätt av avsluta sin medverkan utan att motivera varför. När de hade gett sitt medgivande skickades även skriftlig information samt forskningspersonsinformation (bilaga 1) och de vidarebefordrade detta till berörda enhetschefer.

Vid intervjuerna användes en intervjuguide med frågor som hade arbetats fram utifrån studiens syfte och därtill användes följdfrågor (bilaga 2). Vi genomförde två intervjuer var. Informanterna fick själva bestämma tid och plats för intervjun. Tre stycken genomfördes på respektive informants arbetsplats och den fjärde intervjun gjordes i informantens hem. Intervjuerna varade mellan 17 och 44 minuter och spelades in elektroniskt. Efter intervjun fick informanterna möjlighet berätta om de hade något ytterligare eller några frågor.

Transkribering och avidentifiering skedde omgående efter intervjuerna och vi läste igenom dem ett flertal gånger var för sig för att skapa ett helhetsintryck. Intervjuerna kodades med siffrorna 1, 2, 3 och 4. Därefter påbörjades analysen gemensamt genom att vi plockade ut meningsbärande enheter i texten som svarade till studiens syfte. För att göra materialet mer lättarbetat kondenserades enheterna, utan att innebörden förändrades. Sedan skapades koder som kortfattat beskrev varje enhet. Koder som hade liknande innehåll skapade subkategorier som tillslut skapade kategorier (se tabell 2). Dessa kategorier skulle tydligt skilja sig från varandra och svara på studiens syfte (Hällgren Graneheim & Lundman, 2008). Det framkom tre kategorier med olika antal subkategorier som svarade på studiens syfte. Efter studien kasserades allt insamlat material.

**Tabell 2.** Exempel på analysprocessen.

MENINGS- BÄRANDE ENHETER	KONDENSERADE ENHETER	KOD	SUB- KATEGORI	KATEGORI
<i>”Man känner familjen, när man jobbar på BVC så träffar man ju familjen när de är riktigt små bebisarna och sen följer man ju dem, man ser hur det fungerar.”</i>	Man känner familjen, träffar familjen när bebisarna är små sen följer man dem.	Relation	Bas-programmets möjligheter	BVC-sjuksköterskans sätt att arbeta
<i>”Man måste ju lyssna in föräldrarna vad det är för förkunskaper de har. Så det är ju det som gör att jag ger olika råd, sen så kan jag ju se saker som jag tänker att det här måste familjen arbeta med eller få redskap så att de kan arbeta med det.</i>	Lyssna in föräldrarna vad för förkunskaper de har. Ger olika råd.	Individ-anpassad rådgivning	Individuella åtgärder	

### **Forskningsetiska överväganden**

Det finns forskningsetiska krav som ska uppfyllas vid forskning på människor, dessa finns beskrivna i Helsingforsdeklarationen (2008). Forskning står i samhällets intresse, både för individens och för samhällets utveckling. *Forskningskravet* innebär att forskning ska bedrivas, vara av hög kvalitet samt inriktas på betydelsefulla områden och syftar till att kunskaper och metoder utvecklas. *Individskyddskravet*



innebär att skydda individen mot kränkning samt psykisk eller fysisk skada vid denna forskning. Forskaren ska väga forskningskravet mot individskyddskravet och uppskatta värdet av studiens förväntade resultat gentemot risken av negativa konsekvenser för de inblandade informanterna (Vetenskapsrådet, 2002).

Individskyddskravet är uppbyggt av ytterligare fyra krav; *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet*. *Informationskravet* innebär att deltagarna informeras om studiens syfte och uppbyggnad, att medverkan är frivillig och att de har rätt att avbryta deltagandet utan att ifrågasättas. *Samtyckeskravet* innebär att informanterna måste godkänna sin medverkan i studien och samtycke inhämtades muntligt från informanterna i samband med intervjuerna. Då de första kraven är uppfyllda kallas det att informanterna har gett informerat samtycke. *Konfidentialitetskravet* medför att informanterna ska kunna garanteras att innehållet är avidentifierat i den mån det är möjligt och att informationen förvaras oåtkomligt från obehöriga. Vid publikation av information där det är presumtivt att andra känner igen den bör informanterna godkänna att denna information används. Det sista kravet benämns som *nyttjandekravet* och innebär att informationen som framkommer under intervjuerna endast kommer att användas för avsett forskningsändamål (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2010).

Pilotstudien utfördes utifrån följande etiska aspekter. Forskningspersonerna informerades skriftligt och muntligt gällande studiens syfte och metod, därefter inhämtades ett muntligt samtycke. Studien behövde inte genomgå etisk prövning i en etisk kommitté då forskning som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå är undantagen från Lagen om etikprövning (SFS, 2003:460).

### **Risk/nytta analys**

Inför studien hade en risk/nytta analys utförts för att medvetandegöra för- och nackdelar informanterna kunde uppleva. Målet var att de inte skulle uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk skulle kunna vara om intervjun kom in på områden när det gällde informantens yrkesutövning som upplevdes känsliga.

Informanterna hade rätt att själva välja vad de vill ta upp under intervjuerna och de hade rätt att avbryta sin medverkan i studien när de ville utan att motivera varför. Om informanterna hade ytterligare frågor eller funderingar efter intervjuerna fanns möjlighet till uppföljande samtal, mail eller telefonkontakt.

För de BVC-sjuksköterskor som väljer att delta i studien finns ingen praktisk nytta men i ett vidare perspektiv kan studien bidra till att uppmärksamma BVC-sjuksköterskans preventiva insatser mot övervikt hos barn.

## **Förförståelse**

Genom tidigare erfarenheter och upplevelser har författarna en förförståelse som bärs med under hela forskningsprocessen. Det är viktigt att medvetandegöra sin förförståelse och under processen reflektera och diskutera för att uppmärksamma förståelsen. Att reflektera över detta är viktigt för att få ett vetenskapligt förhållningssätt och frånga det naturliga förhållningssättet (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Författarnas förförståelse var att det finns svårigheter att arbeta preventivt mot övervikt inom BVC. I BVC:s uppdrag ingår det att främja hälsa och förebygga sjukdom. Då övervikt och fetma har ökat de senaste decennierna på grund av förändringar i samhället och av människors livsstil tror författarna att kunskapen om det preventiva arbetet inte följt med i denna utveckling. Författarna har diskuterat och reflekterat kring sin egen förförståelse under hela studien för att behålla forskande hållning och öka medvetenheten kring sin förförståelse.

## **RESULTAT**

Genom analysen av meningsbärande enheter framkom tre kategorier och nio subkategorier (se tabell 3). Kategorierna och subkategorierna presenteras i form av citat från informanterna. Citaten kodades för att belysa variationen i citaten.

**Tabell 3.** Resultatet redovisat i kategorier och subkategorier.

Kategori	Subkategori
Omständigheter som påverkar BVC-sjuksköterskans arbete	Resurser - en grund att stå på Tiden - arbete mot klockan Samarbete - en kugge i hjulet Hur ser ett hälsosamt barn ut?
Familjernas olika förutsättningar	Förkunskaper Samhällets inverkan Samspel och relation
BVC-sjuksköterskans sätt att arbeta	Basprogrammets möjligheter Individuella åtgärder

## **Omständigheter som påverkar BVC-sjuksköterskans arbete**

### **Resurser – en grund att stå på**

Vid flera av intervjuerna framkom det tack vare att det hade tillkommit riktlinjer för hur BVC ska arbeta preventivt mot övervikt hade medvetenheten ökat och frågan lyfts centralt i barnhälsovården. En informant beskrev att det var positivt med riktlinjer då det blev arbetsgivarens skyldighet att det skulle finnas ett preventivt arbete mot övervikt och resurser för detta arbete.

*”Och jag tror att där, att jag gillar den förändringen är för att på det sättet kan jag... inte hota... men visa för min arbetsgivare. 'Hallå där, det här måste du göra, det här måste vi göra. Men det ligger inte på mig, det ligger på dig. Du måste ge mig resurser för att jag ska kunna jobba så'... ” (nr 2).*

En informant uttryckte att med de resurser som fanns i nuläget fanns det ingen möjlighet att utveckla det preventiva arbetet. För att kunna utveckla arbetet ansåg hon att det behövdes resurser till ett tätare samarbete med andra yrkeskategorier samt kontinuerlig utbildning. Förutsättningarna för utbildning på arbetstid skiljde sig mellan informanterna. Tre informanter beskrev att de fick viss internutbildning och två av dem uttryckte en önskan om ytterligare och tätare utbildning. Den fjärde

informanten beskrev att de fick gå på internutbildningar under ordinarie arbetstid men de fick inte resurser för att lösa de ombokade patientbesöken. En av informanterna som arbetade på en privatägd BVC upplevde att det fanns nackdelar med privatisering då det var stort fokus på resultat, prestation och kostnader.

*”De blir jättegglada när vi jobbar och visar resultat. Men de ser inte ditt slit och de ser inte hur mycket jobb du lägger bakom det. De vill bara ha resultat.”*  
(nr 2).

Samma informant hade även erfarenhet från ett privatägt BVC i en annan stadsdel. Där beskrev hon föräldrarna som högutbildade och hon upplevde stora skillnader i vilka resurser som stadsdelarna fick. Det var även skillnad i attityden och det fanns många dolda regler. Vid ett eventuellt överviktigt barn fick informanten förhållningsregler från de anställda BVC-sjuksköterskorna att inte ta upp detta till diskussion med föräldrarna om de själva inte var oroliga kring sitt barns viktutveckling.

*”Där måste jag stå standby för föräldrarna för att jag ska uppfylla deras tankar och oro på ett annat sätt. Där får jag inte lov – jag får alltså, hör och häpna, inte lov att prata om att barnen är feta.”* (nr 2).

### **Tiden – arbete mot klockan**

Informanterna uttryckte starkt att de kände behov av mer tid. Det framkom att det var mycket tidskrävande med rådgivning till föräldrar som behövde mycket råd och stöd. En informant beskrev att om hon såg ett barn som hade en oroväckande viktutveckling så hade hon svårt att kalla tillbaka barnet för uppföljning som ligger utöver basprogrammet. Tidsbrist gjorde att hennes tidböcker var fulla och att det fanns liten tid för barn som behövde kontakt utöver basprogrammet. På frågan om hon hade möjlighet att ta tillbaka de här barnen svarade hon:

*”... alltså egentligen, i praktiken så ska vi ju det men det ser ju lite... Det är ju lite trångt i våra tidböcker.”* (nr 3).

En annan informant säger att det kunde vara svårt att hinna med information och samtal kring vikt och mat med föräldrarna under ett besök men att hon då tog tillbaka familjen några månader senare för en ny kontroll och mer samtal.

### **Samarbete – en kugge i hjulet**

På varierat vis beskrevs betydelsen av samarbete och det fanns en önskan om ytterligare samarbete vilket skulle underlätta deras preventiva arbete. En informant uppgav att om det var svårt att nå fram till en familj tog hon hjälp av en annan yrkeskategori, exempelvis dietist eller psykolog, beroende på vad problemet var. Detta framkom i ytterligare en intervju, där det beskrevs att dietisten kunde vara till god hjälp om föräldrarna hade svårt att hitta mönster i matvanorna och det räckte med en önskan från föräldrarna för att familjen skulle få träffa en dietist. Vid tillfällena då olika yrkeskategorier samarbetade var det viktigt att de jobbade enhetligt genom att ge samma råd för att underlätta för familjen. En informant uttryckte svårigheter i detta genom att hon erfarit att barnmorskor hade gett råd angående amning som gick emot BVC:s riktlinjer gällande matrutiner och preventiva insatser.

Informanten som jobbade på den privata BVC hade ingen egen dietist knuten till sig utan fick hänvisa till en annan instans. Hon upplevde detta som en nackdel då hon inte fick insyn i hur det fungerade för familjen och heller ingen uppföljning. Hon trodde att skapandet av familjecentraler skulle vara positivt med samlad kunskap på ett ställe.

*”... och då är det ju flera yrkeskategorier som ser barnen utifrån olika ögon.”*  
(nr 2).

Vidare menade hon att socialtjänsten borde arbeta mer preventivt och hon upplevde att hon utsattes för en stor press då hon behövde göra en anmälan och det fanns en risk att föräldrarna missförstod och blev arga. Hon såg en risk att föräldrarna då skulle byta till en annan BVC då det är fritt vårdval. En stor svårighet i det preventiva arbetet var att många familjer flyttade runt mellan olika BVC. Om föräldrarna bytte BVC hade informanten inte rätt att prata med ny berörd personal utan att ha föräldrarnas tillstånd. Viktig information och upplysning kunde gå förlorad och hon reflekterade över att det

ofta var dessa barn som för mest illa. I resultatet framkom även att socialtjänsten var en tillgång som kunde kontaktas när de upplevde oro över ett barn.

En informant påtalade att förskolan hade en viktig roll angående kost i preventionen mot övervikt. Nyligen utvecklades ett samarbete som de kallade barnhälsoteam där informanten träffade förskolechefer och genom detta forum kunde information och kunskap utbytas.

### **Hur ser ett hälsosamt barn ut?**

En informant reflekterade kring att synen på hur ett hälsosamt barn borde se ut hade ändrats över åren. Hon beskrev att ett barn som hon inte hade en tanke på att det skulle varit överviktig ändå visade tecken på övervikt då hon räknade ut BMI.

*”För 20-30 år sedan såg man revbenen på alla förskolebarn. Man har blivit omprogrammerad (...) Det som ses som normalt är egentligen tecken och början till övervikt. Effekten av detta har vi nog inte sett ännu.” (nr 3).*

Det fanns svårigheter att i vissa kulturer var det sunt att ha tjocka bebisar. Att hjälpa dessa familjer att förstå att så är inte fallet och sedan erbjuda dem ny kunskap krävde mycket energi av BVC-sjuksköterskan. Hon uppgav att det var lättare att jobba med de kulturer som var mer lika ens egen, alltså de som hon hade kunskap om.

## **Familjens olika förutsättningar**

### **Förkunskaper**

Informanterna beskrev att familjerna hade olika förkunskaper och att de flesta ville sina barn väl, resultatet var beroende på vilka förkunskaper föräldrarna hade. Vid två intervjuer beskrevs att de flesta föräldrarna var belästa och mycket kostmedvetna, de andra två informanterna hade blandade erfarenheter där en del föräldrar hade mycket låg nivå på förkunskaperna.

*”För här är man väldigt fokuserad på att man ska få sig varenda vitamin och varenda... och att det ska vara rätt sammansatt och så, så man är väldigt väldigt kostmedveten. Så mitt arbete ligger mycket på att avdramatisera och inte göra dem så oroliga för att barnen inte äter tillräckligt mycket mat...”*

(nr 1).

*”... man har inga förkunskaper många gånger om vad som är, vad som innehåller socker och ee... varför det inte är bra med snabbmat (...) Det blir väldigt basic information alltså.”* (nr 3).

En av informanterna beskrev sig själv som en utbildare. Föräldrarna behövde henne och hennes råd på grund av bristande förkunskaper om kost. Som tidigare nämnt uppgav en annan informant att föräldrarna var belästa och väldigt kostmedvetna. Denna situation ställde andra sorts krav på BVC-sjuksköterskan.

### **Samhällets inverkan**

Tre informanter uppgav att de inte såg övervikt som ett stort problem i deras område. En av dem hade inte haft ett överviktigt barn på över tio år och två av dem uppgav till och med att underviktiga barn var ett större problem. En informant fastställde att kopplingen mellan låg socioekonomisk status och snabbmat och läsk var tydlig.

*”Varför köper du inte äpplen istället för kakor? Ja, men de var på rea på XXX. (...) Så hela tiden handlar det om att nästan slåss mot de här extrapriserna på XXX.”* (butiksnamn ersatt med XXX) (nr 2).

*”... det hänger ju jättemycket ihop med socioekonomi. I vissa stadsdelar är det ju ett större problem (...) vi träffar inte de barnen som har störst problem i de avseendena här ändå i stan, det gör vi inte.”* (nr 3).

En informant upplevde att de som blev föräldrar idag hade ganska dåliga matvanor. Hon beskrev att det var mycket hämtmat och fika på stan med mera. Hon ansåg att

dessa vanor behövde brytas genom exempelvis information till studenter och hur vi uppfostrar våra tonåringar.

*”Det handlar ju om en hel matkultur i ett helt land.” (nr 1).*

Det reflekterades över att barn idag tidigt blir aktiva med datorer och liknande produkter och därmed har mindre tid som de är aktiva i lek och rörelse. En informant påpekade att det fanns fördelar med dessa produkter men att det måste föras en diskussion om hur mycket tid som spenderas framför bland annat dator och främja motion. Hon upplevde att dagens samhälle var ganska stressigt och att föräldrarna hade höga krav på sig själva. Ett tecken på detta som hon såg var att allt fler barn åkte vagn längre upp i åldrarna.

*”Man får anpassa sitt liv utefter vad barnet klarar istället för att rusa iväg och alltid få åka för att det är lättast så för mamma och pappa.” (nr 1).*

### **Samspel och relation**

En av informanterna beskrev sin oro över föräldrars och barns samspel då hon i väntrummet kunde se mammor som satt och ammade samtidigt som de tittade i mobilen. Angående samspel vid matsituationer reflekterade hon vidare över att många föräldrar valde att mata sitt barn innan de själva åt och återigen tog hon upp det faktum att föräldrar ofta hade mobilen framme som de grejade med och hur närvarande föräldrarna då var med sitt barn. Hon påtalade vikten av att skapa en samvaro kring måltider. En annan informant uttryckte vikten av anknytning då hon upplevde att föräldrar ibland missbedömde barnets skrik, att de gav mat i stället för närhet och då kanske på grund av en bristande anknytning. Stress och krav kunde göra att föräldrarna glömde känna efter hur deras kontakt med barnet var. Hon upplevde att barnets behov inte fick ta den plats den måste få ta och såg det som en utmaning i att bekräfta föräldrarna samtidigt som hon försökte hjälpa dem att förstå sitt barns behov utan att hon verkade mästrande.



Det framkom att många familjer levde långt från sina ursprungsfamiljer och även om de hade haft sina ursprungsfamiljer nära så hade de fullt upp med sitt. Samtidigt beskrevs en annan sida av myntet där far- och morföräldrar var väldigt delaktiga och styrande i familjen. En informant betonade vikten av att delge information till hela familjen/slakten och därmed bjöd hon även in far- och morföräldrar till samtal då det behövdes.

## **BVC-sjuksköterskans sätt att arbeta**

### **Basprogrammets möjligheter**

Samtliga BVC-sjuksköterskor uppgav att de arbetade hälsofrämjande enligt basprogrammet vilket innebar att de tidigt pratade om kost, de vägde och mätte barnen samt tittade på tillväxtkurvor och iso-BMI. Tillväxtkurvorna användes som ett pedagogiskt verktyg även till föräldrarna för att tydliggöra situationen.

Informanterna upplevde att de hade en god möjlighet att påverka barnets hälsa tack vare den täta kontakten under barnets första år. Att prata mat under besöken på BVC började informanterna med redan under barnens första månader. Alla informanter uppgav att det var av vikt med tidig prevention i form av att grundlägga goda vanor exempelvis redan vid amning. De upplevde att nyblivna föräldrar var mottagliga för att påverkas till att ändra även sina egna vanor för att skapa så goda förutsättningar för sitt barn som möjligt.

### **Individuella åtgärder**

Det gällde att se till individen och ge information, råd och stöd som var anpassat till individens förutsättningar, förkunskaper och situation uttryckte en informant. Vidare sa hon att hon ibland upplevde svårigheter vid prat om övervikt och att det gällde att hitta en balansgång. Inte skuldbelägga eller vara för ”pekpinneaktig” för då lyssnade de inte överhuvudtaget.

*”Det händer ju att föräldrarna ser det som en kränkning och försöker prata bort och det är då det är riktigt svårt, då de inte ser problemet utan de ser det som ett påhitt från oss liksom” (nr 3).*

Det bekräftades även av en annan informant att föräldrarna ibland kunde tycka att det var jobbigt att prata om övervikt. Hon upplevde att hon genom erfarenhet hade fått en känsla av hur hon kunde ta upp det och mötte därmed sällan motstånd från föräldrarna.

*”Nu var det faktiskt ett bra tag sedan jag upplevde motstånd men jag upplevde det väl mer när jag började för då... man får ju lite känsla för det också hur man ska fråga och så där.” (nr 4).*

Det framkom att eftersom informanterna följde familjen under en lång tid hade de möjlighet att komma nära familjen och såg hur det fungerade för dem och hur kostsituationen såg ut. De lyssnade in och såg vad familjerna hade för förkunskap och gav råd utefter deras individuella behov. Det beskrevs en svårighet när det gällde att samarbeta med en familj som inte mår bra och inte kunde kommunicera kring vad som var bäst för barnet.

En av informanterna jobbade återkommande genom att involvera hela familjen, inklusive mor- och farföräldrar. Detta för att medvetandegöra och prata om varför de skulle vara konsekventa kring vad och hur barnet åt oavsett vem barnet var hos. Detta trodde hon gav ett bättre resultat än att enbart prata med barnets föräldrar.

En informant uttryckte en önskan om att kunna starta prevention redan innan barnet var fött. Hennes tanke var att komma in i grupper som ofta använde sig av doulor. Hon trodde att hennes chanser då ökade att väcka tankar hos de blivande mödrarna för att möjliggöra etableringen av goda vanor redan från barnets födsel.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

För att uppnå studiens syfte som innebär att undersöka BVC-sjuksköterskors erfarenheter av problemet använde vi oss av en kvalitativ ansats. Vi ansåg att metoden skulle hjälpa oss att belysa likheter och skillnader i informanternas erfarenheter. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att det kan uppstå ett maktförhållande mellan intervjuare och informant under en intervju. För att försöka minska detta maktförhållande valde vi att göra intervjuerna var för sig för att inte ha ett numerärt övertag. Ett annat sätt att jämna ut maktförhållanden var att informanterna själva fick bestämma tid och plats för intervjun. Intervjuerna spelades in elektroniskt och vi upplevde att ett par informanter upplevde detta obekvämt. Detta kan ha påverkat öppenheten under intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009). För att göra dem mer bekväma i situationen började vi samtalet med lite småprat innan intervjun och därmed inspelningen började.

Vi är båda oerfarna intervjuare och kan i efterhand känna att det hade kunnat ge ytterligare ett djup i intervjuerna om vi båda hade varit närvarande. Då hade en av oss kunnat vara styrande under intervjun och den andra vid behov kunnat komma med frågor och funderingar för att få ut mer information om deras erfarenheter. Som Kvale och Brinkmann (2009) beskriver är det en fördel att använda öppna frågor i en halvstrukturerad intervjuform för att låta informanten tala så fritt som möjligt om sina erfarenheter. Dock kan det vara svårt som oerfaren intervjuare att ställa rätt följdfrågor om intervjuaren inte är pratsam. I en halvstrukturerad intervjuform kan det vara en nackdel som begränsar informanternas öppenhet om vi inte är följsamma utan styr tillbaka samtalet till redan formulerade frågor (Kvale & Brinkmann, 2009).

Vi har reflekterat kring att vår förförståelse kan ha påverkat våra följdfrågor och därmed påverkas också textens innehåll. Detta kallas av Hällgren Graneheim & Lundman (2008) att författaren är en medskapare av texten. Dahlberg et al. (2008) beskriver också att texten kanske hade blivit mer beskrivande om intervjun hade genomförts av någon som hade mer erfarenhet av att intervjua och därmed större

följsamhet i att ställa följdfrågor. Dessa olika faktorer gjorde att våra intervjuer varierade i längd och kvalitativt innehåll.

Vid denna pilotstudie gjorde vi ett bekvämlighetsurval och det visade sig att de BVC som informanterna jobbade på hade en demografisk spridning och en variation gällande socioekonomi. Vi tror att det kan vara av intresse att ha detta förhållande även i den storskaliga studien då vi tycker oss se vissa skillnader mellan olika områden. Samtliga som tillfrågades valde att delta och det var därmed inte svårt att få tag på informanter. Däremot tror vi att det kan vara lite svårare till den fullskaliga studien då vårt bekvämlighetsurval innebär att vi hade en koppling till de informanter som tillfrågades och de hade kanske då en större benägenhet att tacka ja.

Till den fullskaliga studien anser vi att vi bör se över de intervjufrågor vi använt samt förbättra vår intervjuteknik för att få en mer innehållsrik text. Bedömningen är ändå att den text vi fått är tillräckligt för att ligga till grund för vår analys. Det finns behov av att tydliggöra ett par frågor då en informant uttryckte viss osäkerhet om vad vi frågade efter då de ställdes under intervjun.

Intervjuerna transkriberades kort tid efter att de genomförts och vi läste sedan igenom samtliga intervjuer flera gånger var för sig. Analysen av alla intervjuer gjordes gemensamt och under hela analysprocessen har vi reflekterat och diskuterat vilket enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2008) ökar tillförlitligheten. Vi har analyserat texten så "textnära" som möjligt, det vill säga att vi har endast tolkat det manifesta innehållet – det uppenbara som står i texten och inte de underliggande budskapen. För att ge läsaren möjlighet att bedöma giltigheten ges en detaljerad redogörelse för analysprocessen. Kategorier och subkategorier stärks genom citat från informanterna (Hällgren Graneheim och Lundman, 2008). Vid analysen upplevde vi vissa svårigheter att särskilja en del koder samt att namnge vissa subkategorier.

Denna pilotstudie innehöll endast fyra informanter och enligt Kvale och Brinkmann (2009) gör det att vi inte kan generalisera resultatet. Till den fullskaliga studien hoppas vi ha större erfarenhet och ett utökad datamaterial vilket enligt Hällgren

Graneheim och Lundman (2008) troligtvis ger ett mer sammanhängande och signifikant resultat.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet i vår pilotstudie visade att BVC-sjuksköterskorna hade blandande erfarenheter om att arbeta preventivt mot övervikt.

Som en av informanterna nämnde så hade synen på vad som var ett normalviktigt barn ändrats. Ett barn som såg ut att vara normalviktigt visade sig vara överviktigt när det räknades om till iso-BMI. Denna syn bekräftades av den studie som vi tog upp i bakgrunden som visade att normen har ändrats angående barns kroppsstorlek (Gerards et al., 2012). Tre av informanterna uttryckte att de inte ansåg att övervikt var ett stort problem på deras BVC. I Barnhälsovårdsrapporten för Göteborg 2011 (Centrala Barnhälsovården Göteborg, 2011) presenterades att av barn födda 2007 var 15 % av flickorna samt 13 % av pojkarna överviktiga. Vi finner det därmed osannolikt att informanterna inte träffat några överviktiga/feta barn över huvud taget.

Som barnhälsovårdsrapporten (Centrala Barnhälsovården Göteborg, 2011) visar skiljer sig andelen feta/överviktiga barn mellan stadsdelar och en informant uttryckte andelen övervikt och fetma är beroende av vilket område som informanten jobbade i och hur de socioekonomiska förutsättningarna såg ut. Att övervikt och fetma är kopplat till socioekonomisk status har framkommit i studien gjord av Semmler et al. (2009). Detta kanske kan förklara att informanterna inte upplevde övervikt/fetma som ett stort problem. Den fullskaliga studien med ett större antal informanter skulle kanske förtydliga skillnader mellan områden.

Vi reflekterade kring att informanterna ibland hade upplevt svårigheter att prata om ett barns övervikt då föräldrarna själva inte upplevde problemet. Om detta hade att göra med samhällets utveckling och förändring av normer eller förnekelse hos föräldrarna var svårt att urskilja. Svårigheten förstärktes genom att hälsa är en subjektiv upplevelse (Wiklund Gustin, 2003) och föräldrarna och barnet kanske inte upplevde situationen likadant som informanten gjorde med den kunskap som hon besatt. Orem

(1995) menade att frånvaro av sjukdom inte var samma sak som hälsa. Tolkningen blir därmed att ett barn kan känna hälsa även i närvaro av övervikt och det kan innebära en svårighet att motivera det enskilda barnet och dess familj. Vi tror att BVC-sjuksköterskans kunskap gör att hon tydligare uppfattar risken i att utveckla övervikt samt dess konsekvenser som kan komma att visa sig först i framtiden. Som Janson och Nergårdh (2012) nämnde så börjar till exempel utvecklingen av hjärt- och kärlsjukdom redan i tonåren men symtomen och konsekvenserna läggs märke till först i vuxen ålder.

Vi ser samhällets teknikutveckling på gott och ont. Små barn behärskar numera teknik i form av surfplattor, datorer, mobiltelefoner och liknande. Det är sannolikt ett måste i dagens samhälle för att följa med i utvecklingen men detta bidrar till att den fysiska aktiviteten minskar. Vi har inte hittat någon svensk studie som styrker förhållandet vad gäller skärmtid vs. fysisk aktivitet men en amerikansk studie visade att barn i snitt har sju timmars skärmtid (Strasburger et al. 2010) vilket innebär att den tid barnen är fysiskt aktiva minskar. En av informanterna uttryckte att hon ofta såg mammor som samtidigt som de ammade sina barn satt och tittade i sin mobiltelefon. Vi likväl som informanten ser detta som en risk för utvecklingen av det sociala samspelet mellan föräldrar och barn. Vi ser också en risk i att barn tar efter föräldrarnas beteende och vi tycker att det är en vanlig syn med små barn som leker med mobiltelefoner och surfplattor. Tillsammans med informanternas erfarenheter av att barn åker vagn allt längre upp i åldrarna ger det oss summan att barn spenderar mer tid stillasittande lekandes med tekniska saker samtidigt som deras fysiska aktivitet minskar då de inte förflyttar sig för egen maskin i samma utsträckning.

I basprogrammet ingår det att från sju månaders ålder diskutera familjens rutiner gällande mat. Vi har efter intervjuerna reflekterat över ordet familj och att vad som läggs in begreppet kan skilja sig mellan personer och mellan kulturer. En BVC-sjuksköterska som endast ser barnet och föräldrarna som familjen och ställer frågor därom kanske missar att exempelvis mor- och farföräldrarna har en betydande roll i familjen. I resultatet framkom att en informant arbetade genom att kalla in även mor- och farföräldrar till samtal när hon såg att det var nödvändigt. Detta ser vi som ett

mycket bra initiativ då flera informanter upplevde att mor- och farföräldrarna hade inverkan på barnens kost.

I resultatet framkom att det var av vikt med tidig prevention vilket innebar att förmedla kunskap för att familjerna skulle kunna utföra egenvård som syftar till att främja hälsa och välbefinnande hos barnet. Som framkommit i resultatet kan skillnaden i familjens förutsättningar och förkunskaper innebära en brist. För att använda Orems (1995) ord beskrivs att det är en obalans mellan familjens och barnets kapacitet till egenvård gentemot deras behov av egenvård. Det som Orem benämner som omvårdnadssystem förklaras i resultatet att se till individen och ge anpassad information och råd för att kompensera familjens bristande kapacitet till egenvård.

Vår egen reflektion är att det i resultatet inte har framkommit att informanterna fann svårigheter i att göra individuella bedömningar. De uttryckte däremot att det underlättar att göra individuella bedömningar tack vare kontinuitet och täta besök samt den relation som kan skapas i detta.

Folkhälsorapporten (Socialstyrelsen, 2009) visade att totalt sett så äter och dricker barn mindre onyttigt. Detta ser vi som en positiv utveckling men det visade sig i resultatet att det var stora skillnader i detta mellan socioekonomiska grupper. I resultatet samt i litteratur som bakgrunden bygger på framkommer det ett samband att människor med sämre ekonomi väljer att köpa mat som har ett högt energiinnehåll men ett lågt näringsinnehåll på grund av prissättning och tillgång i butiker (American Academy of Pediatrics, 2003; Semmler et al. 2009).

En informant beskrev att föräldrar med dålig ekonomi valde att köpa bullar istället för äpplen då bullarna var billigare, parallellt kan dras till studien gjord av Robinson et al. (2012) där det framkom att familjer med dålig ekonomi äter mindre frukt och grönt. Vi tror att det viktigaste är att öka samhällets kunskaper så att individen kan ta genomtänkta och kunskapsbaserade beslut gällande sin egen kost. Som exempelvis på andra åtgärder så har Danmark och Finland infört en ökad skatt på sötade livsmedel som ett led för att minska konsumtionen. Det pågår en diskussion om att införa detta

även i Sverige, då i form av minskad skatt på kost med goda hälsoeffekter som finansieras av ökad skatt på sötade livsmedel (Marcus & Rössner, 2011).

Samtliga informanter uttryckte vikten av att starta prevention mot övervikt tidigt, detta finner vi stöd i studien gjord av Stocks et al. (2011) där det visade sig att barnets kroppsstorlek vid fem till sex månaders ålder samt viktuppgång under noll till två år är sammankopplat med barnets framtida kroppsstorlek. I resultatet framkom att överviktsproblemet uppmärksammas i barnhälsovården och att det därmed har tillkommit riktlinjer att arbeta efter. Detta upplevdes positivt men det som informanterna saknade mest var tid samt utbildning för att kunna optimera det preventiva arbetet. Dessa brister har även BVC-sjuksköterskor i tidigare studier upplevt (Larsen et al., 2006; Story et al., 2002; Gerards et al., 2012). Vi tolkar att detta kan innebära en risk genom att BVC-sjuksköterskorna på grund av tidsbrist, samt kunskap, prioriterar bort att ge preventiv information och utbildning till föräldrarna.

Författarna finner att det skulle vara av intresse med vidare forskning inom ämnet. Hur påverkas folkhälsan av samhällets obesogena utveckling samt förändrade syn på hur ett hälsosamt barn ser ut? Hur påverkas de preventiva insatserna, som inte ger omedelbar ekonomisk avkastning, av hälso- och sjukvårdens privatisering?

### **Fördelning av arbetet**

Vi har fördelat arbetet lika och förutom själva intervjuerna och transkriberingen av dessa har vi jobbat tillsammans.



## REFERENSER

Agras, W.S., Hammer, L.D., McNicholas, F. & Kraemer, H.C. (2004). Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr*, 145(1), 20-25.

American Academy of Pediatrics. (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, 112(2), 424-430.

Angbratt, M., Eriksson, E., Funcke, S., Nilsson, U., Säterskog, C., & Söderlind, M. (2003). *Kartläggning av barns vikt och viktutveckling i Östergötland*. Rapport 2003:2. Lindköping: Folkhälsovetenskapligt centrum.

Centrala Barnhälsovården Göteborg. (2011). *Barnhälsovården Göteborg 2011*.

Hämtad den 12 mars, 2013, från:

<http://www.vgregion.se/upload/Primärvården%20Göteborg/BVC/Toppmeny/Verksamhetsuppföljning/BHV-rapport/BHV-Rapport%202011.pdf>

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320.

Corsica, J.A., & Hood, M.M. (2011). Eating Disorders in an Obesogenic Environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 996-1000.

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielsson, P. (2009). Barn med övervikt. I I. Hallström, & T. Lindberg. *Pediatrisk omvårdnad* (sid 316-320). (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Dietz, W. (1983). Childhood obesity: Susceptibility, cause and management. *The journal of pediatrics*, 103, 676-686.

Epstein, L.H., Gordy, C.C., Raynor, H.A., Beddome, M., Kilanowski, C.K., & Paulch, R. (2001). Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obesity research*, 9, 171-178.

Flodmark, C.E., Lissau, I., Moreno, L.A., Pietrobelli, A. & Widhalm, K. (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(10), 1189-1196.

Gerards, S.M., Dagnelie, P.C., Jansen, M.W., De Vries, N.K. & Kremers, S.P. (2012). Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Family Practice*, 13(37).

Helsingforsdeklarationen. (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad en 12 maj, 2013 från:  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Hällgren Graneheim, U., & Lundman, B. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Inera. (2010). *Rikshandboken barnhälsovård [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Inera. Hämtad den 13 mars, 2013, från:  
[http://www.rikshandboken-bhv.se/Kategori/Metoder\\_på\\_BVC](http://www.rikshandboken-bhv.se/Kategori/Metoder_på_BVC)

Janssen, I., Craig, W., Boyce, W., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113, 1187-1194.

Janson, A., & Nergårdh, R. (2012). Övervikt och fetma. I K. Hanséus, H. Lagercrantz, T. Lindberg. *Barnmedicin* (sid. 557-566). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsen, L., Mandleco, B., Williams, M., & Tideman, M. (2006). Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 70-79.

Li Ming, W., Baur, L. A., Simpson, J. M., Rissel, C., Wardle, K., & Flood, V. M. (2012). Effectiveness of home based early intervention on children's BMI at age 2: randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*, 345(7865), 17.

Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E. & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård – att främja barns hälsa*. (5. uppl) Stockholm: Liber.

Marcus, C., Nyberg, G., Nordenfelt, A., Karpmyr, M., Kowalski, J., & Ekelund, U. (2009). A 4-year, cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOPP. *Int J Obes*, 33, 408-417.

Marcus, C., & Rössner, S. (2011). Punktskatt på sötade drycker – är vi där snart? *Läkartidningen*, 108(5), 188-189.

Nowicka, P. & Flodmark, C. (2006). *Barnövervikt i praktiken: evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur.

Orem, D.E. (1995). *Nursing: concepts of practice*. (5. uppl) St. Louis: Mosby.

Petersen, S., Brulin, C., & Bergtröm, E. (2003). Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umeå, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatrica*, 92(7), 848-853.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rindforth Gillgren, M. (2012). *Övervikt*. Hämtad 25 februari, 2013, från: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Overvikt/>

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

Semmler, C., Ashcroft, J., van Jaarsveld, C. H.M., Carnell, S. and Wardle, J. (2009). Development of overweight in children in relation to parental weight and socioeconomic status. *Obesity*, 17(4), 814–820.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprovning*. (Ändrad: t.o.m. SFS 2008:192). Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad den 11 mars, 2013 från: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/)

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (1991). *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Övervikt och fetma*. Hämtad 1 mars, 2013, från: <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Overvikt-och-fetma/>

Stocks, T., Renders, C.M., Bulk-Bunchoten, A.M.W., Hirasing, R.A., Buuren, S., & Seidell, J.C. (2011). Body size and growth in 0- to -4-year-old children and the relation to body size in primary school age. *Obes Rev*, 12, 637-652.

Story, M., Neumark-Stzainer, D., Sherwood, N., Holt, K., Sofka, D., Trowbridge, F., & Barlow, S. (2002). Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics*, 110(1 part 2), 210-214.

Strasburger, V., Jordan, A., & Donnerstein, E. (2010). Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics*, 125(4), 756-767.

Svensson, V., Jacobsson, J.A., Fredriksson, R., Danielsson, P., Sobko, T., Schioth, H.B. & Marcus, C. (2011). Associations between severity of obesity in childhood and adolescence, obesity onset and parental BMI: a longitudinal cohort study. *International journal of obesity*, 35, 46-52.

Taveras, E.M., Rifas-Shiman, S.L., Oken, E., Gunderson, E.P. & Gillman, M.W. (2008). Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(4), 305-311.

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

UNICEF Sverige. (2009). *Barnkonventionen [Elektronisk resurs] : FN:s konvention om barns rättigheter*. Stockholm: UNICEF Sverige.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 16 maj, 2013, från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

WHO. (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad 4 mars, 2013, från: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. (2013). *Classifications - International classifications of diseases (ICD)*. Hämtad 19 mars, 2013, från: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

## FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

### **Bakgrund**

Det är allmänt känt att övervikt och fetma är ett stort samhällsproblem. Högt blodtryck, diabetes och hjärt- och kärlsjukdom samt en försämrad livskvalitet är följder som övervikt och fetma kan leda till. Övervikt och fetma hos barn och ungdomar gör att risken för diskriminering eller mobbing ökar.

Fetma i barndomen är svårbehandlad och ökar risken för att utveckla bestående fetma. För att förhindra utvecklingen av övervikt och fetma är det av stor vikt att insatserna startar tidigt.

I barnhälsovårdens uppdrag ingår det att arbeta hälsofrämjande. Genom att föra en dialog med föräldrarna kring kost och motion samt dess inverkan på hälsan kan övervikt och fetma förebyggas. BVC-sjuksköterskornas erfarenheter av det preventiva arbetet mot övervikt är inte så väl studerat, därför är vi intresserade av att studera detta område.

### **Syfte**

Vårt syfte är att beskriva BVC-sjuksköterskans erfarenheter av det preventiva arbetet mot övervikt hos barn 0-6 år.

### **Förfrågan om deltagande**

Studien kommer att genomföras inom barnhälsovården i Västra Götalandsregionen. Kontakt har tagits med din verksamhetschef. Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du är specialistutbildad sjuksköterska och arbetar på BVC.

### **Hur går studien till?**

Om du väljer att delta i studien kommer författarna att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta mellan 30-60 min. Intervjun kan göras under arbetstid och plats för intervjun väljer du själv. Intervjun kommer att spelas in elektroniskt och därefter skrivas ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

### **Finns det några risker med att delta?**

Vår ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk med att delta är att vi kommer in på områden när det gäller din yrkesutövning som du upplever känsliga. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun när resultatet presenteras.

### **Finns det några fördelar med att delta?**

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta. I ett vidare perspektiv kan studien bidra till att uppmärksamma BVC-sjuksköterskans preventiva insatser mot övervikt hos barn.

### **Hantering av data och sekretess**

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig får tillgång till materialet. När studien är avslutad förstörs insamlat material.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

### **Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför.

### **Ansvariga för studien**

Ida Långmo

Jonna Öhwall

Madeleine Nilsson

Legitimerad sjuksköterska  
Specialistsjuksköterske-  
programmet

Barnsjuksköterska

Tel. XXX-XXX XX XX

[ida.langmo@gmail.com](mailto:ida.langmo@gmail.com)

Legitimerad sjuksköterska  
Specialistsjuksköterske-  
programmet

Barnsjuksköterska

Tel. XXX-XXX XX XX

[jonna@ohwall.se](mailto:jonna@ohwall.se)

Fil Dr, barnsjuksköterska

Tel. XXX-XXX XX XX

[madeleine.nilsson@vgregion.se](mailto:madeleine.nilsson@vgregion.se)

## Bilaga 2

### **Intervjuguide**

#### **Inledande frågor:**

Hur många år har du jobbat som BVC-sjuksköterska?

Har du läst någon kurs inom ämnet?

#### **Huvudfrågor**

Beskriv hur du arbetar preventivt mot övervikt.

Vad upplever du påverkar ditt preventiva arbete?

Vilka möjligheter upplever du att du har?

Upplever du några svårigheter och/eller begränsningar?

Hur har det preventiva arbetet förändrats under åren?

Skiljer sig ditt preventiva arbete åt mellan olika barn?

Har du tankar om hur arbetet kan utvecklas?

Upplever du några riskfaktorer för övervikt som är tydligare än andra?

#### **Exempel på följdfrågor:**

Vill du berätta mer om...?

Vad gjorde du då...?

Vad kände du då...?

Vad tänkte du då...?

#### **Avslutande frågor:**

Är det något du vill tillägga i studien?

Är det okej om jag återkommer med kompletterande frågor?