



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT TALA OM DET EGNA BARNETS ÖVERVIKT MED BARNHÄLSOVÅRDEN

En enkätstudie om föräldrars upplevelser av samtal
med BHV-sjuksköterskan

Therese Hammarberg Almén

Beatrice Lofstrand

Examensarbete:	OM5300, 15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.
Program:	
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht-Vt 2017–2018
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Eva Lidén

Titel (svensk):	Att samtala om det egna barnets övervikt med barnhälsovården - en enkätstudie om föräldrars upplevelser av samtal med BHV-sjuksköterskan.
Titel (engelsk):	Talking about children's overweight with the health care system. A survey study describing how parents experience conversation with the child health nurse.
Examensarbete:	OM5300, 15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht-Vt 2017–2018
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Eva Lidén
Nyckelord:	Barnövervikt, BHV-sjuksköterska, enkätstudie, föräldrar, samtal, upplevelser.

Sammanfattning:

Bakgrund: Övervikt bland barn är ett stort problem i världen, vilket medför ökade risker för att utveckla ohälsa och sjukdomar. I Sverige finns en lång tradition av att barn följs inom barnhälsovården (BHV). BHV-sjuksköterskan har i uppdrag att följa barns tillväxt för att identifiera och förebygga ohälsa. Vid övervikt ska sjuksköterskan informera barnets föräldrar, uppmuntra till delaktighet och stödja föräldrarna i arbetet med barnets övervikt. Det framkommer i studier att BHV-sjuksköterskan upplever samtal om övervikt som svårt, samt att de upplever att de har bristande kunskap inom ämnet övervikt.

Syfte: Att beskriva föräldrars upplevelser av samtal om det egna barnets övervikt med BHV-sjuksköterskan.

Metod: För att få kunskap om hur föräldrar upplever samtal om barnets övervikt med BHV-sjuksköterskan valdes en kvalitativ ansats. En webbaserad enkät med öppna frågor genomfördes. Studien baserades på 60 enkätsvar som analyserades med hjälp av tematisk analys.

Resultat: Av analysen framkom fyra teman: *En önskan om att bli sedd och respekterad som familj och förälder*, *Att bli ifrågasatt som förälder*, *Att inte känna stöd och tillförsikt* samt *Ifrågasättande av BHV*. Ur dessa framträdde fem tillhörande subteman. Det framkom att starka känslor och reaktioner väcktes hos föräldrarna i samband med samtalet om det egna barnets övervikt. Det rådde även delade meningar mellan föräldrarna om hur samtalet bör utformas, vad övervikt hos barn är, samt hur övervikt ska bedömas.

Slutsats: Samtal om barns övervikt är svårt och komplext för både sjuksköterskor och föräldrar, då det väcker starka känslor. Det är därför av största vikt att sjuksköterskan har ett lyhört förhållningssätt, bemöter familjen respektfullt samt vågar möta föräldrarnas reaktioner. Det är även viktigt att sjuksköterskan har tillräckligt med kompetens inom området.

Nyckelord: Barnövervikt, BHV-sjuksköterska, enkätstudie, föräldrar, samtal, upplevelser.

Abstract

Background: Overweight among children is a large problem in the world, and it increases the risk of developing health issues and disease. In Sweden, it is tradition to let children be monitored by the public health care system. The child health nurse has the responsibility to monitor children's growth in order to identify and prevent illness. When a child is overweight, the nurse should inform the parents, let them participate in the treatment and give them the support they need. Studies show that child health nurses find it difficult to talk to parents about their child's overweight, and experience that they have a lack of knowledge when it comes to overweight.

Aim: The aim of the study was to describe how parents experience conversations about their child's overweight with the child health nurse.

Method: A qualitative method, using an internet-based survey, was used to acquire data regarding how parents experience the conversation about their child's overweight with the child health nurse. The study was based on 60 surveys and thematic analysis was applied to the data.

Result: The analysis revealed four themes: *A wish to be seen and respected as a family and a parent*, *To be questioned as a parent*, *To not feel support and confidence* and finally *To question the child health system*. These themes have in turn, been divided into five subthemes. Strong feelings and reactions among the parents were consequences of the conversation about their child's overweight. Parents had mixed opinions about pediatric overweight and how it should be assessed.

Conclusion: Conversation about children's overweight is difficult and complex for both nurses and the parents. It is important that the nurse has a responsive attitude, treat the family with respect and is able to face the family's reactions. The nurse should have enough knowledge and competence within the field.

Keywords: Child health nurse, conversation, experience, parents, pediatric overweight, survey study.

Förord

Vi vill tacka vår handledare Ulrika Bengtsson för stöd och goda råd. Vi vill även tacka alla respondenter för att de har delat med sig av sina upplevelser.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Övervikt hos barn	1
Barnhälsovårdens uppdrag	2
Svårt att samtala om barns övervikt	3
Att bli ifrågasatt som förälder.....	4
Teoretisk referensram	5
Familjecentrerad omvårdnad	5
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Design.....	7
Urval	7
Datainsamling och framtagande av enkät.....	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
En önskan om att bli sedd och respekterad som familj och förälder	11
Att känna sig ifrågasatt som förälder.....	12
En känslostorm: samtalet väckte känslor av skuld, skam, sorg och ilska.....	12
Samtalet väckte en känsla av att vara misstrodd.....	13
Samtalet skapade en oro för barnets självbild.....	14
Att bli lämnad ensam med ansvaret.....	14
Ifrågasättande av BHV	15
Delade meningar om hur övervikt ska bedömas.....	15
Skilda uppfattningar om övervikt hos barn; ett hinder i samtalet.....	16
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	18
Delaktighet i samtalet	18
Att känna sig ifrågasatt som förälder	19
Vad föräldrar anser om att barnet är närvarande vid samtalet	20
Ifrågasättande av övervikt och BMI	20

Bristande kunskap	21
Slutsatser	21
Implikationer för praktik och vidare forskning	22
Referenslista	23
Bilagor	26
Bilaga 1.....	26
Frågor till enkäten	26
Bilaga 2.....	27
Forskningspersonsinformation	27

Inledning

Bland Sveriges invånare finns det en lång tradition att låta barnen följas av landets väl utvecklade barnhälsovård (BHV). År 2013 följde BHV nära 100 procent av barnen i Sverige, i åldrarna ett till fem år (1). BHV har i sitt åtagande att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barnet, samt att uppmärksamma redan förekommande ohälsa. Övervikt hos barn är ett stort problem i världen idag, barn blir allt fetare och övervikt kan leda till en rad olika följsjukdomar, som i det yttersta kan bidra till en för tidig död (2). Barn är historiskt sett mer överviktiga idag än tidigare. En trend har etablerats i Sverige och i andra medel- och höginkomstländer där det tidigare stigande BMI (Body Mass Index) nu stagnerat. Detta beror troligtvis på att vi idag är mer medvetna om övervikt som ett problem och därmed arbetar mer aktivt med förebyggande metoder. I detta arbete har BHV en viktig roll (3).

Sjuksköterskan inom barnhälsovården (BHV-sjuksköterskan) har ansvar för att följa barnets viktutveckling och uppmärksamma om barnet avviker från sin viktkurva. BHV-sjuksköterskan ska arbeta förebyggande mot övervikt men också vidta åtgärder då det uppmärksammas att ett barn redan är överviktigt. Vid konstaterad övervikt hos ett barn ska BHV-sjuksköterskan informera barnets föräldrar, erbjuda stöd samt uppmuntra familjen till delaktighet i arbetet med barnets övervikt. Dock upplever många BHV-sjuksköterskor att det är svårt att samtala med föräldrar om barns övervikt, bland annat på grund av en oro inför föräldrarnas reaktioner. Det i sin tur kan leda till att BHV-sjuksköterskan drar sig för att ta upp problemet med föräldrarna, vilket kan innebära en risk för försämrad kvalitet i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet (1).

Bakgrund

Övervikt hos barn

Övervikt bland världens unga befolkning har blivit allt mer förekommande. Detta framkommer i en studie från 2017 där utvecklingen av barn och ungdomars BMI från 200 olika länder under åren 1975–2016 undersöktes. Globalt var andelen kraftigt överviktiga barn och ungdomar i åldrarna 5–17 år tio gånger högre år 2016 än år 1975. Den kraftiga ökningen av andelen överviktiga barn och ungdomar förekom främst i medel- och låginkomstländer. Dock har den tidigare stigande siffran på antal överviktiga barn i höginkomstländer planats ut under de senare åren (3). I Sverige har förekomsten av övervikt ökat kraftigt de senaste decennierna, men precis som i andra höginkomst länder har denna tidigare ökning nu stagnerat (4). Trots den positiva utvecklingen de senaste åren är övervikt hos barn och ungdomar fortfarande ett problem i Sverige. En rikstäckande studie som gjordes 2008 påvisade att 17 procent av alla barn i åldern sju till nio år är överviktiga, tre procent av dessa hade utvecklat fetma. Ingen sammanställning har gjorts kring dessa siffror hos barn i förskoleåldern (1).

Många barn som är överviktiga fortsätter att vara detta även i vuxen ålder. Forskning visar att ett barn som är överviktigt i åldrarna två till fem år löper fem gånger högre risk att fortsätta vara överviktig även vid 12 års ålder (5). Det finns flera riskfaktorer för att barn ska utveckla övervikt under de fem första levnadsåren, exempel på detta är att föräldrarna matar barnen efter ett schema och inte efter tecken på hunger, inkorrekt blandning av modersmjölksersättning, samt introduktion av fast föda innan barnet uppnått fyra månaders

ålder. Även låg kvalitet på den kost som serveras till barnet, låg fysisk aktivitet och frekvent användning av elektronisk utrustning, som läsplattor och tv, kan leda till övervikt hos barnet. Andra riskfaktorer som kan leda till övervikt är om modern eller båda föräldrarna själva har ett högt BMI, samt om familjen har en låg socioekonomisk status (6). En amerikansk studie understryker vikten av bra miljöer för barnen att vara fysiskt aktiva i. I utsatta socioekonomiska miljöer kan det vara svårt för barn att vara fysiskt aktiva då det kan förekomma brist på lekplatser och rädsla för att barnen ska vara ute själv och leka (7). En annan studie påvisar att vid låg socioekonomisk status kan det förekomma begränsad tillgång till hälsosam mat, då näringsrik mat kan vara dyrare eller svårare att tillaga (6).

Övervikt och fetma hos barn medför ökad risk att utveckla ohälsa. Detta kan innebära att barnet drabbas av höga blodfetter, högt blodtryck, ortopediska problem, hudsjukdomar, oregelbunden menstruation, gallsten, astma, sömnapnéer och psykisk ohälsa (2). Fetma kan också bidra till utveckling av vissa cancerformer. Vid fetma i vuxen ålder med ett BMI över 40 är risken tiofaldigad att dö i förtid jämfört med en normalviktig person (8).

Barnhälsovårdens uppdrag

År 1937 fattades ett riksdagsbeslut om frivillig, kostnadsfri och generell mödra- och barnhälsovård i Sverige. Efter detta beslut öppnades barnavårdscentraler runt om i hela landet, BHV har sedan dess vuxit fram och utvecklats. BHV:s syfte är att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa samt att tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem rörande hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. BHV-sjuksköterskan arbetar förebyggande genom att minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer hos barnet och familjen för att minska risken för ohälsa. Vid konstaterad ohälsa hos barnet ska BHV i ett tidigt skede uppmärksamma och förhindra en negativ utveckling av fysiska, psykiska eller sociala problem. Idag arbetar legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen som distriktssjuksköterska, alternativt med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdom, inom BHV. Vid varje barnavårdscentral ska det finnas en legitimerad läkare med specialistkompetens inom allmänmedicin, pediatrik eller barnpsykiatri, samt en barnhälsovårdpsykolog. BHV-sjuksköterskan har i sitt uppdrag flera åtaganden och arbetsuppgifter för att uppnå BHV:s mål. Utöver att erbjuda hälsoövervakning av alla barn ska BHV-sjuksköterskans stödja och aktivera föräldrar i föräldraskapet, för att på så sätt skapa goda förutsättningar för en gynnsam utveckling hos barnet. BHV-sjuksköterskan ska erbjuda barn och föräldrar som löper högre risk för ohälsa, eller som redan har ohälsa, individuellt utformad hjälp. Att uppmärksamma barnets uppväxtmiljö, samt vilka förhållanden som råder i närmiljön, ingår också i uppdraget för BHV (9).

Då ett barns tillväxt är ett mått på den fysiska och psykiska hälsan, har BHV i uppdrag att regelbundet utföra mätningar av barnets tillväxt. Med hjälp av tillväxtkurvan kan BHV-sjuksköterskan överskådligt observera barnets utveckling, samt hålla samtal med utgångspunkt i barnets tillväxt. Utöver tillväxtkurvan är det viktigt att BHV tar en utförlig anamnes samt undersöker barnet för att kunna göra en korrekt bedömning av hälsotillståndet. Det finns ett standardiserat program för rutinmässiga tidpunkter i barnets ålder då mätningar av tillväxten ska utföras. Det är betydelsefullt att mätningarna utförs regelbundet och med noggrannhet för att få ett tillfredsställande underlag för att göra en bedömning av tillväxten. I kombination med viktcurvan används också BMI för att mäta förhållandet mellan vikt och längd hos barnet. Referensvärden är inte de samma för barn som för vuxna, utan är istället

anpassade till barnets ålder och kön. Upp till två års ålder kan BMI variera mycket och det är därför inte säkert att använda BMI för att fastställa övervikt hos barn (10).

Om det inom BHV konstaterats att ett barn är överviktigt till följd av osunda matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet, ska familjen erbjudas hjälp utöver de rutinmässiga hälsobesöken. Familjen ska erbjudas rådgivande samtal om kost och fysisk aktivitet, gärna med stöd från andra professioner så som dietist och fysioterapeut. Enligt Socialstyrelsen ska samtal med familjer om barns övervikt föras på ett ödmjukt och respektfullt sätt. BHV-sjuksköterskan ska vara medveten om sin egen syn och attityd till övervikt, för att kunna möta familjen på ett icke-dömande sätt. För att kunna samtala med familjen om övervikt på ett neutralt och respektfullt sätt ska sjuksköterskan tillsammans med familjen komma överens om vilka ord som ska användas då de talar om barnets övervikt (9).

Ett barn med övervikt ska aldrig banta utan barnet ska istället växa in i sin vikt. Tanken är att barnet ska stagnera i vikt och följa sin normala längdtillväxt, med denna åtgärd kommer BMI att plana ut på sikt. I ett fåtal fall är övervikt ett symptom på en endokrin störning. Om BHV uppmärksammar övervikt i kombination med en avplanad längdtillväxt eller annan avvikande utveckling ska barnets alltid remitteras till en barnläkare för vidare utredning (11).

Svårt att samtala om barns övervikt

Det finns gott stöd från tidigare forskning att BHV-sjuksköterskan finner det svårt att samtala med föräldrar om det egna barnets övervikt. Flertalet studier påvisar att BHV-sjuksköterskor upplever att de saknar tillräckligt med kunskap om övervikt, de risker övervikt medför samt hur detta ska framföras till föräldrarna (12, 13).

En australiensisk studie från 2015 undersökte hur BHV-sjuksköterskor samtalade med föräldrar om introduktion av hälsosamma matvanor samt hur aktiv lek uppmuntrades hos barn i åldrarna noll till fem år. En fjärdedel av BHV-sjuksköterskorna uppgav att de aldrig använde sig av längd- och viktcurvor på överviktiga barn, detta för att undvika att behöva ta upp ämnet kring barnets övervikt med föräldrarna. BHV-sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med kunskap kring övervikt, samt att de upplevde en osäkerhet kring hur de ska samtala med föräldrarna. De BHV-sjuksköterskor som samtalade med föräldrar om barnets övervikt möttes av oförståelse och att föräldrarna ansåg att små barn ska vara knubbiga. Bara hälften av sjuksköterskorna samtalade med föräldrarna om vikten av aktiv lek och att barnen rör på sig. Sjuksköterskorna ansåg att det var av större betydelse att samtala kring matvanor. Enbart en tredjedel av sjuksköterskorna diskuterade med föräldrarna angående begränsningar av exempelvis skärmtid för att minska stillasittande aktiviteter (12).

En svensk studie undersökte BHV-sjuksköterskors upplevelse av sjuksköterske-föräldrarelationen, samt vilka faktorer som påverkade en hälsosam viktutveckling hos överviktiga barn. Studien undersökte hur sjuksköterskor bedömde barns övervikt, vem som initierade samtal om övervikt, om barns övervikt var ett känsligt ämne att diskutera med föräldrar samt sjuksköterskor syn på föräldrars ansvar. Majoriteten av BHV-sjuksköterskorna fann att BMI-kurvan för barn var ett värdefullt verktyg för att bedöma barns övervikt, samt att enbart ögonmått inte var ett fullgott stöd. Sjuksköterskorna ansåg att BMI-kurvan var ett användbart visuellt stöd vid samtal kring övervikt med föräldrar som inte kunde läsa eller inte hade svenska som modersmål (1).

Vid samtal med föräldrar om deras barns övervikt var det vanligt att BHV-sjuksköterskan initierade samtalet, enbart ett fåtal av föräldrarna initierade samtalet. En del föräldrar uttryckte lättnad över att diskutera sitt barns övervikt med sjuksköterskan. Sjuksköterskorna upplevde dock att majoriteten av föräldrarna inte ville kännas vid barnets viktstatus och tog illa vid sig när samtalet initierades. Föräldrarna kunde inta en försvarsposition och använda sig av ursäkter. BHV-sjuksköterskan möttes även av oförståelse då föräldrar ansåg att små barn ska vara knubbiga, vilket beskrevs som svårt att bemöta (1, 12, 13).

Ytterligare en svår faktor vid samtal med föräldrar om barnets övervikt var om föräldrarna själva var överviktiga. BHV-sjuksköterskan upplevde att hon indirekt kritiserade föräldrarna för att vara överviktiga samt för deras livsstil. BHV-sjuksköterskan uttryckte en rädsla att föräldrarna skulle sluta gå till BHV om de kände sig kritiserade (1).

BHV-sjuksköterskorna beskrev att de i samtal med föräldrar om barns övervikt valde att prata indirekt kring övervikt, att undvika nedsättande terminologi för att beskriva barnets övervikt, samt att använda sig av BMI-kurvor och tillväxtkurvor som ett objektivt stöd (13).

Att bli ifrågasatt som förälder

Forskning har visat att föräldrar många gånger underskattar sitt barns vikt och anser deras överviktiga barn vara normalviktiga. Garrett-Wright undersökte korrelationen mellan barns vikt och föräldrarnas uppfattning av barnens vikt, och fann att där nära en femtedel av barnen i studien var överviktiga så höll mindre än sex procent av föräldrarna med om det (14). En studie undersökte sambandet mellan kunskap om hälsa och läsförståelse med uppskattningen av barnets vikt. En god kunskap om hälsa och en god läsförståelse hade ett samband med en mer korrekt uppfattning om barnets vikt (15).

Endast ett fåtal studier beskriver hur föräldrar upplever samtal med BHV-sjuksköterskan om det egna barnets övervikt. En norsk intervjustudie undersökte upplevelser hos föräldrar till barn i åldrarna fyra, åtta och nio år, när de genom telefonsamtal från en sjuksköterska fick besked om att deras barn var överviktigt. Då föräldrarna blev informerade upplevde de både ilska men också tacksamhet över att någon brydde sig. Flera av föräldrarna beskrev att de var oförberedda på att sjuksköterskan skulle ringa och berätta att deras barn var överviktigt. De upplevde att de skämdes och hade ett behov av att försvara sig. Flera ansåg att barnets viktökning inte bara var kritik riktat mot barnet utan också en indikation på att de hade misslyckats i sitt föräldraskap. Det framkom i studien att flera av föräldrarna själva kämpade med övervikt och att det då var svårt att hjälpa barnet med något de inte kunde hantera själva. Ett annat område som belystes i studien var föräldrarnas oro för barnets självkänsla. Alla föräldrar ansåg att det var negativt att rikta för mycket uppmärksamhet på barnets vikt. De var oroliga för att barnet skulle utveckla negativa känslor kring sin kropp och i värsta fall utveckla en ätstörning. Föräldrarna önskade därför att barnet inte skulle vara närvarande vid samtalet med sjuksköterskan. Föräldrarna upplevde också en rädsla för att införa förändringar i barnets vardag. De var rädda för att barnet skulle ta det som kritik om de begränsade matintaget, detta var särskilt utmanande om barnet var den enda i familjen som behövde begränsningar. Föräldrarna uttryckte att det känts bättre om det istället riktades uppmärksamhet mot att äta hälsosamt i skolan (16).

Samtal inom BHV har studerats och det framkom att sjuksköterskan var den som dominerade i samtalen. BHV-sjuksköterskan introducerade nya samtalsämnen samt avgjorde när dessa var färdigdiskuterade. Det var vanligt förekommande att sjuksköterskan gav råd utan att fråga

föräldrarna om deras egen åsikt och syn på problemet. Detta skapar ett avstånd mellan sjuksköterskan och föräldrarna och förstärkte sjuksköterskans expertroll (17).

Teoretisk referensram

Familjecentrerad omvårdnad

Oavsett om sjuksköterskan arbetar med ett barns övervikt inom BHV eller vårdar ett sjukt barn på sjukhus behöver hela familjen involveras i vården för barnets bästa. Ett barn som behöver genomgå livsstilsförändringar för att motverka övervikt har inte förmågan att göra dessa förändringar själv. Det krävs därför att BHV-sjuksköterskan involverar och ser hela familjen som en del i arbetet för att åstadkomma förändringar. Familjefokuserad omvårdnad är en strategi för forskning, utbildning och klinisk verksamhet inom vårdvetenskap som beskriver familjens påverkan på individen samt betydelsen av dennes upplevelse av sin situation och sjukdom. Därför är detta högst aktuellt i arbetet med barn. Familjefokuserad omvårdnad kan delas in i två inriktningar, familjecentrerad och familjerelaterad omvårdnad. Inom familjecentrerad omvårdnad ses familjen som ett system där alla delar i systemet påverkar varandra och inom familjerelaterad omvårdnad är individen i fokus, men hänsyn tas till dennes familj (18).

Inom familjecentrerad omvårdnad är det individen som själv avgör vilka som ingår i dennes familj, baserat på vilka känslomässiga band som personen har till sina närstående. Detta innebär att familjen kan bestå av personer som inte har några biologiska kopplingar till varandra, det väsentliga är att de upplever sig vara en familj (19). BHV-sjuksköterskan möter flera olika familjekonstellationer som kan förändras under åren som barnet följs av BHV. Familjen är ett föränderligt begrepp som hela tiden utvecklas beroende på familjens livssituation (20). Barnet ingår i en familj som kan ses som ett system, där om en del erfar förändringar så påverkas alla andra delar av systemet. Familjecentrerad omvårdnad beskriver att alla individer existerar i ett sammanhang med andra människor, familjen kan därför påverka barnet positivt och därigenom minska lidandet och förbättra hälsa hos denna. Familjen kan även ha en negativ påverkan på barnet (18). Familjen är den bestående tryggheten i barns liv, den är konstant och en fast punkt och har därför en stor påverkan på barnets välmående. BHV-sjuksköterskan möter familjer som ställs inför olika utmaningar kring barnets utveckling och hälsa. Familjerna har olika sätt att hantera och reagera på de utmaningar som de ställs inför och sjuksköterskan ska respektera detta och stödja familjen utifrån familjemedlemmarnas resurser och behov. Då föräldrar får stöd från BHV-sjuksköterskan och familjen ses som en helhet, så påverkas barnets och hela familjens hälsa och välmående positivt (21).

En utmaning med att arbeta familjecentrerat inom BHV är att klargöra familjemedlemmarnas och barnets skilda rättigheter och behov. BHV-sjuksköterskan uppdrag är att identifiera vad som är det bästa för barnet och samtidigt lyssna till familjens, inklusive barnets, uppfattning om de egna behoven. Sjuksköterskan står inför en utmaning om hens syn på barnets bästa skiljer sig från föräldrarnas. Föräldrar har en laglig rättighet och skyldighet att fatta beslut rörande sitt barn, så länge barnet inte far illa. Därför är det en utmaning för BHV-sjuksköterskan då hon inte kan tvinga familjen att arbeta med barnets övervikt, utan ska istället arbeta med kunskapsförmedling och vägledning för att familjen själva ska vilja och kunna genomföra förändringar (22).

Ett grundläggande begrepp inom familjecentrerad omvårdnad är delaktighet, vilket innebär att familjen ska involveras i barnets vård, behandling och de beslut som tas (21). Då BHV-sjuksköterskan möter familjer där det konstaterats att ett barn är överviktigt ska familjen göras delaktig, genom att få verktyg och kunskap för att själva kunna genomföra förändringar (23). Barn som är överviktiga och har föräldrar som är delaktiga i arbetet med barnets övervikt, är mer fysiskt aktiva och har en bättre kosthållning än barn som inte har delaktiga föräldrar. Därför är involvering av familjen viktig för varaktiga förändringar gällande barns övervikt (24).

Begreppet delaktighet betyder aktiv medverkan, dock betyder även begreppet medverkan att vara deltagande. En individ kan vara deltagande i ett möte utan att uppleva sig vara delaktig. Även om familjen deltar i ett möte om barnets övervikt inom BHV är det inte säkert att familjen upplever att de är delaktiga i arbetet kring barnets övervikt (25). BHV-sjuksköterskan behöver därför bjuda in familjen till ett aktivt medverkande och försäkra sig om att familjen upplever sig delaktiga.

Ett gott bemötande i samtalet bidrar till att föräldrarna upplever sig vara delaktiga, samt visar familjen att vårdpersonalen ser familjens behov och vill deras bästa (26). Föräldrarna kan vara känsliga för både hur de själva blir bemötta, men även hur barnets blir bemött och vad som sägs i samtalet. Ett dåligt bemötande kan prägla både barnets och föräldrarnas relation till vården under flera år, samt i vilken utsträckning de upplever sig delaktiga (27). I samtal med familjer angående övervikt bör inte BHV-sjuksköterskan anta rollen som förändringsagent. Enligt familjecentrerad omvårdnad innebär att vara förändringsagent, att se sig själv ha makten att förändra andra. Sjuksköterskan kan då ta på sig familjens problem och försöka lösa dessa, istället för att hjälpa familjen att själva finna lösningar till problemen. Om sjuksköterskan har antaganden om hur familjen bör vara och försöker att implementera detta i familjen kan det skapas distans i samtalet. För att undvika en hierarkisk relation mellan familjen och sjuksköterskan bör sjuksköterskan motstå att försöka förändra familjen samt sträva efter att finna förståelse ur flera olika perspektiv. Detta kan bidra till att sjuksköterskan får större respekt för familjens egna förmågor och en mer ödmjuk syn på sina egna uppfattningar. Detta skapar goda förutsättningar för samarbete mellan sjuksköterskan och familjen. I samtalet beaktas familjens egen syn på vad hjälp är för just dem och familjen får framföra önskemål om vilket fokus samtalet ska ha (22).

Problemformulering

Flera studier beskriver de risker och problem som övervikt hos barn medför, samt betydelsen av att arbeta förebyggande och aktivt med de barn som redan är överviktiga. BHV har en viktig roll i arbetet kring barns övervikt då de följer majoriteten av svenska barn. Forskning har visat att när föräldrar är delaktiga i arbetet kring det egna barnets övervikt, så bidrar det till goda resultat. Flera studier beskriver att BHV-sjuksköterskan upplever att det är svårt att samtala med föräldrar kring barns övervikt, samt att det är svårt att få föräldrarna engagerade. Studier har påvisat att detta leder till att BHV-sjuksköterskan undviker att initiera samtal kring barns övervikt av rädsla för eventuella reaktioner från föräldrarna.

Det finns idag få studier som beskriver hur föräldrar upplever samtal med BHV-sjuksköterskan kring barns övervikt, samt hur de upplevde bemötandet, delaktigheten och

informationen vid det initiala samtalet. Om BHV-sjuksköterskan kan få en ökad förståelse för hur föräldrarna upplever det initiala samtalet gällande deras barns övervikt, kan BHV-sjuksköterskan anpassa samtalet för att få föräldrarna delaktiga i arbetet med deras överviktiga barn.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva föräldrars upplevelser av samtal om det egna barnets övervikt med BHV-sjuksköterskan.

Metod

Design

Studien genomfördes som en enkätstudie med kvalitativ forskningsansats. Kvalitativ forskningsansats innebär en djupgående analys av respondenternas upplevda erfarenheter, genom att finna mönster och teman utifrån personliga berättelser (28). Ansatsen valdes utifrån studiens syfte, som var att undersöka föräldrars upplevelser av samtal om det egna barnets övervikt med BHV-sjuksköterskan. I studien användes webbaserade enkäter med öppna frågor och utrymme för fri text, för att inhämta ny kunskap inom området.

Urval

Då det rådde begränsad tid för datainsamling användes ett bekvämlighetsurval som grundar sig i ett frivilligt deltagande av de som besvarar enkäten. Bekvämlighetsurval är vanligt förekommande i kvalitativ forskning där det kan vara svårt att finna respondenter till studien, men en grundförutsättning för deltagande är att de som besvarar enkäten ska ha erfarenhet inom ämnet (28).

Urvalskriterier för respondenterna i studien var att de definierade sig som föräldrar och att de hade haft ett samtal med BHV-sjuksköterska gällande det egna barnets övervikt när barnet var mellan noll till fem år. En förälder har i studien definierats som en person som har ett föräldraansvar för ett barn, det behövde inte finnas något släktskap mellan barnet och den vuxna. Studien hade ett könsneutralt perspektiv varför inga frågor om könstillhörighet ställdes. För att minska risken för att inte få tillräckligt med respondenter så sattes inte heller någon tidsbegränsning gällande hur lång tid som gått sedan samtalet/samtalen med BHV-sjuksköterskan ägt rum.

Respondenter söktes via föräldragrupperna *Liten och stor*, *Mammor United* och *mammor och pappor* i den sociala nätverkstjänsten Facebook. Då studien var webbaserad så var upptagningsområdet hela Sverige. Dock framkommer det i enkäten att studien riktar sig till föräldrar vars barn följs via svenska barnhälsovårdsprogrammet.

Ett försök genomfördes även att nå respondenter till studien via barnavårdscentraler i Göteborgsregionen, där mail till fem verksamhetschefer för BHV, med en beskrivning av

studien skickades ut. Tre verksamhetschefer avböjde deltagande i studien, resterande besvarade inte mailet.

Datainsamling och framtagande av enkät

Vid framtagande av enkäten lades vikt på att utforma frågor som var lätta att förstå, var tillräckliga för att täcka in ämnet, samt var relevanta. Nämnade aspekter är grundläggande för att kunna uppnå innehållsvaliditet för frågor i enkäten och frågeinstrument i design av PRO (patient reported outcomes) (29), och utgångspunkten blev relevant även i föreliggande studie. Begreppet förståelse användes för att försäkra att inga respondenter exkluderades från enkäten till följd av att enkäten skulle vara svår att förstå eller kunna misstolkas. För att uppnå täckning ställdes öppna frågor, där respondenterna fritt kunde delge sina upplevelser. För att uppnå relevans var alla frågor i enkäten utformade för att svara an mot syftet. Ingen pilotstudie genomfördes.

Datainsamlingen utfördes genom att respondenterna i studien fick en länk till en hemsida där de erbjöds att anonymt besvara en kvalitativ webbaserad enkät. För att kunna samla in kvalitativ data utformades en enkät med öppna frågor, efterliknande en intervju (28), som tog ca 10 – 20 minuter att besvara (Bilaga 1).

Forskningspersonsinformation presenterades på hemsidan innan enkäten kunde besvaras (bilaga 2). Efter att respondenterna tagit del av den skriftliga informationen om studien och om vad det innebar att medverka, fick de genom en länk välja att gå vidare till enkäten och därigenom medverka i studien.

Datainsamlingen utfördes under december 2017. Enkäten var öppen under en dag och 61 svar genererades. Under pågående enkätinsamling granskades svaren för att kunna bedöma när datamättnad var uppnådd, enkäten stängdes ner när svaren inte gav ny data. Enligt Polit och Beck innebär begreppet kvalitativ datamättnad när svaren inte genererar ny kunskap, utan data upprepas och ingen ny kunskap kan tillföras till studien (28). En enkät exkluderades då den inte svarade mot studiens syfte.

Dataanalys

Tematisk analys (30) är en metod som används för att identifiera och analysera teman i materialet. Ett tema är ett mönster eller en underliggande betydelse som framkommer i materialet i relation till syftet. Analysen organiserar, såväl som tolkar, aspekter på data. Tematisk analys är inte bunden till någon särskild teori och blir därmed applicerbar på flera vetenskapliga teorier. Analysprocessen är inte linjär, utan material bearbetas flertalet gånger för att få fram all relevant data ur materialet. Data kan analyseras med både induktiv och deduktiv ansats. En induktiv analys genomfördes genom att data från enkäterna studerades noggrant upprepade gånger. Data studerades öppet och utan förutfattade meningar, eller med syftet i åtanke. En deduktiv analys genomfördes då data analyserades med syftet i åtanke.

Tematisk analys utförs i sex steg. I det första steget är det primära målet att bekanta sig med data som ska analyseras, detta för att finna mönster i materialet. I det andra steget identifieras mönster och underliggande betydelser, dessa sorteras sedan in i koder. I tredje och fjärde steget sorteras och analyseras de olika koderna för att finna samband mellan dessa i processen att dela in koderna i subtema och tema. I steg fem och sex sker den slutgiltiga tematiska kategoriseringen av tema och subtema och ett resultat framkommer (30).

- Initialt lästes alla enkäter av författarna flertalet gånger för att lära känna materialet. En enkät exkluderades från studien då den inte svarade an mot syftet.
- I det andra steget lästes återigen alla enkäter igenom, samtidigt som författarna markerade alla stycken som berörde syftet och skrev sammanfattningar till varje enskild enkät. De viktiga meningar och underliggande betydelser som kunde urskiljas i materialet kondenserades till en kod, totalt framkom 102 koder. Exempel på koder var “bekräftade oron”, “kontrollerande” och “skuldbelagd”.
- I nästa steg delades koderna upp i grupper beroende på de olika samband och mönster som framkommit i analysen. Detta genomfördes genom att alla koder noterades på lappar som sedan delades upp i olika grupper som fick övergripande teman. Totalt framkom 8 teman initialt, exempelvis “sjuksköterskans bemötande”, “åtgärder” och “känslor efter samtalet”.
- I nästa steg analyserades och bearbetades den data som var knuten till de framtagna teman och i processen bildades slutgiltiga teman och subteman (Se Tabell 2). Resultatet presenterades utifrån de teman som framkommit. För att fördjupa innebörden av varje tema valdes specifika citat ut som var beskrivande för dess uppkomst.

Forskningsetiska överväganden

När människor deltar i forskningsprojekt ska särskild hänsyn tas för att försäkra sig att inga etiska övertramp begås. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor reglerar hur forskningen ska bedrivas samt vilka aspekter som ska tas hänsyn till. Lagen skyddar individen och ser till att forskningen respekterar människovärdet (31). Studenter vid högskolor behöver inte genomgå en etikprövning då universitet står som forskningshuvudman och är ansvariga för att studien är etiskt riktig. Dock har studien tagit hänsyn till de etiska krav som ställs på forskningen.

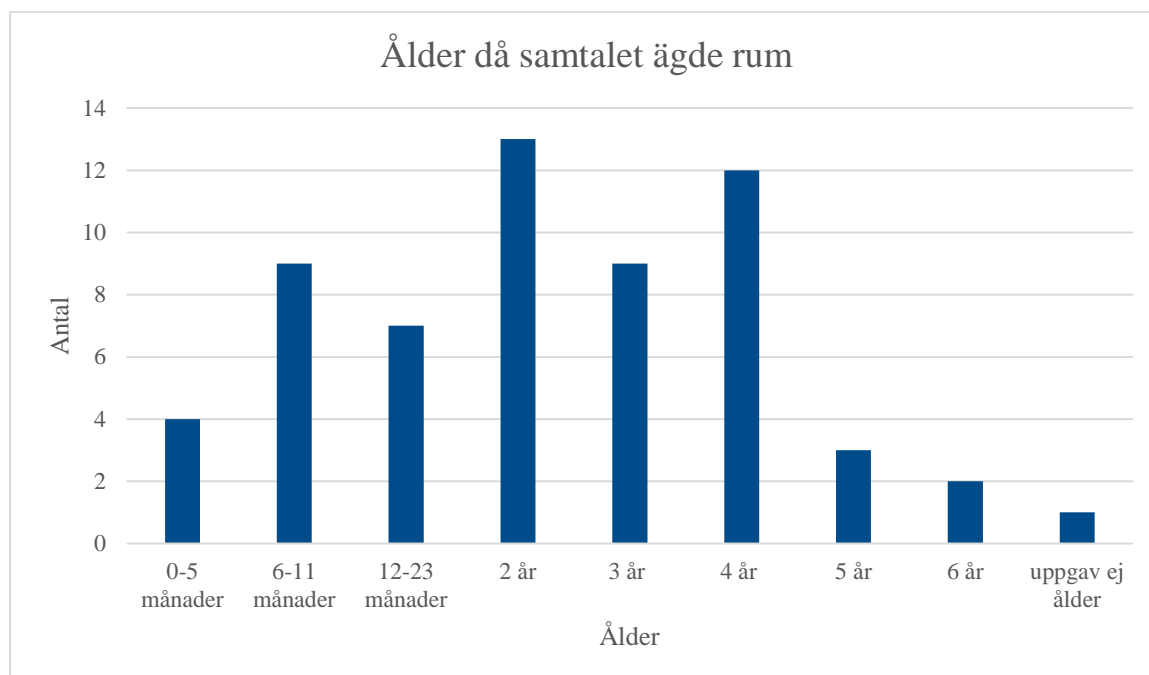
Vetenskapsrådet har sammanställt fyra principer för etisk forskning: informationskravet, som innebär att respondenterna ska få information om studiens syfte. Samtyckeskravet, att respondenterna själva ska få bestämma om de vill vara delaktiga i studien. Konfidentialitetskravet, att all information kring respondenternas identitet ska förbli anonym samt att data ska förvaras på ett korrekt sätt. Nyttjandekravet, att de uppgifter som framkommer enbart får användas till det som respondenterna givit sitt samtycke till (32). Alla respondenter fick tillgång till forskningspersoninformation, FPI (bilaga 2) genom hemsidan när de skulle besvara enkäten. FPI:n delgav studiens syfte, att enkäten besvarades anonymt och hur personuppgifter hanterades, samt vilka risker och fördelar som fanns gällande att vara delaktig i studien.

Nyttan av en studie ska vara större än de eventuella risker som studien kan medföra. Detta för att studien ska vara etiskt riktig att bedriva. Forskningen bör inte innebära mer än en minimal risk dvs. att risken är likställd med de risker som individen kan påträffa i det dagliga livet (28). Målsättningen med studien var att respondenterna inte skulle utsättas för obehag genom att fylla i en enkät som garanterade anonymitet. Förhoppningen var att de som deltog i studien skulle uppleva det positivt att kunna delge sina erfarenheter och att den upplevelsen skulle uppväga det eventuella obehag de kunde uppleva genom att besvara enkäten. Då enkäten

ställer frågor kring ett för många känsligt område kan det finnas en risk att respondenterna återupplever ett svårt samtal eller en situation som de upplevt som kränkande.

Resultat

61 respondenter besvarade enkäten, en exkluderades då respondenten enbart samtalat med en läkare. Av respondenterna valde 42 stycken att definiera sig som mamma och 16 stycken som föräldrar. Två respondenter valde att inte ange vilken relation de hade till barnet. Respondenterna fick uppge ålder på barnet då samtalet ägt rum, se Figur 1.



Figur 1.

Analys av data baserades på innehållet i 60 enkäter och resulterade i fyra teman; En önskan om att bli sedd och respekterad som familj och förälder, Att bli ifrågasatt som förälder, Att inte känna stöd och tillförsikt samt Ifrågasättande av BHV. Ur dessa framträdde fem subteman. För en översikt av teman och subteman, se Tabell 1. Resultatet presenteras i löpande text med illustrativa citat.

Tabell 1	
Tema	Subtema
En önskan om att bli sedd och respekterad som familj och förälder	
Att bli ifrågasatt som förälder	<ul style="list-style-type: none"> • En känslostorm: samtalet väckte känslor av skuld, skam, sorg och ilska • Samtalet väckte en känsla av att vara misstrodd • Samtalet skapade en oro för barnets självbild
Att bli lämnad ensam med ansvaret	
Ifrågasättande av BHV	<ul style="list-style-type: none"> • Delade meningar om hur övervikt ska bedömas • Skilda uppfattningar om övervikt hos barn; ett hinder i samtalet

En önskan om att bli sedd och respekterad som familj och förälder

Gemensamt för de respondenter som beskrev att sjuksköterskan var lyhörd och ställde öppna frågor var att de hade en positiv upplevelse av samtalet, även om de inte delade sjuksköterskans uppfattning om barnets övervikt. Föräldrarna berättade att de kände sig bekräftade och delaktiga i samtalet. Sjuksköterskan upplevdes även som lyhörd och intresserad, vilket fick föräldrarna att känna sig sedda och respekterade.

Vi hade en fantastisk BVC-sjuksköterska som lyssnade på oss och kom med förslag som passade vår familj. Vi hade en dialog och inte bara information. Respondent 40

Jag upplevde samtalet som positivt. Jag är glad att hon såg familjen som en helhet och såg vårt sätt att leva, att det var en mindre risk för att han skulle behålla övervikten till tonåren. Jag är glad att hon ändå tog upp det då det var en oro hos mig och min man att vår son åt helt otroliga mängder mat. Respondent 30

En positiv upplevelse av bemötandet tog flera respondenter upp som en viktig aspekt för att känna sig delaktig och respekterad i samtalet. Några föräldrar upplevde ett positivt bemötande när sjuksköterskan visat sig intresserad av familjens situation. En mamma till en fyraåring beskrev att sjuksköterskan upplevts empatisk och intresserad genom att ställa frågor och aktivt lyssna till hennes berättelse.

Några föräldrar upplevde att de inte blev respekterade då utrymmet att föra dialog och diskutera barnets övervikt var begränsat. Flera respondenter beskrev att de upplevde att sjuksköterskan redan bildat sig en uppfattning om familjens levnadsvanor och livssituation, samt vad som var orsaken till barnets övervikt. Föräldrarna hade önskat att sjuksköterskan lyssnat och ställt följdfrågor kring barnets livssituation, innan sjuksköterskan uppmanat föräldrarna till förändring.

Det var inte bra att sjuksköterskan drog förhastade slutsatser och sa att mitt barn var överviktigt och behöver träna mer innan hon frågat mig om min dotters vanor. Jag kunde säga att vi inte äter godis hemma hos oss och att vi leker aktivt varje dag samt tränar på Friskis och svettis en gång i veckan. Respondent 28

Några av respondenterna beskrev att de hade önskat att sjuksköterskan frågat om föräldrarna ansåg att barnets vikt var ett problem. Vid de tillfällen då föräldrarna blivit tillfrågade om de själva var oroliga för barnets vikt och om de önskade ytterligare stöd från BHV hade föräldrarna en positiv upplevelse av samtalet.

Några föräldrar beskrev hur de upplevde att sjuksköterskan följde en checklista på information som skulle tas upp i samtalet. Det fanns inget utrymme för dialog eller anpassad information efter familjens behov. Några av respondenterna som fick tips och råd från sjuksköterskan om hur de skulle arbeta med barnets övervikt upplevde att dessa var irrelevanta för den egna livssituationen. Majoriteten av respondenterna tog gärna emot tips och råd, samt önskade mer utförlig information. Åtgärderna önskades vara anpassade efter familjens förutsättningar och behov, samt att de skulle utformas tillsammans med föräldrarna i en dialog.

Sjuksköterskan gick igenom livsmedelsverkets kostråd. Jag vet vad som står i dom, de kunde utgått från vår situation istället. Respondent 49.

Att känna sig ifrågasatt som förälder

En känslostorm: samtalet väckte känslor av skuld, skam, sorg och ilska

I samtalet med sjuksköterskan upplevde majoriteten av respondenterna att de kände sig som en dålig förälder. En del av föräldrarna beskrev att de upplevde att sjuksköterskan skuldbelade dem för att barnet var överviktigt och att sjuksköterskan kritiserade föräldern för att ge barnet fel mat eller att de gav barnet mat för ofta.

Jag blev först chockad över att ordet överviktig dök upp sedan blev jag arg för att jag inte förstod hur jag kunde gjort henne överviktig, hon fick ju mat lika ofta som alla andra i hennes ålder. Känner mig som en dålig förälder. Respondent 35.

En mamma som själv uppgav sig vara överviktig, upplevde att sjuksköterskan drog slutsatsen att hon inte besatt kunskap kring hälsosamma kostvanor. Mamman upplevde att fokus i samtalet var att påpeka att hon själv var överviktig, vilket fick henne att känna sig nedvärderad och kränkt.

Några av föräldrarna beskrev att då de ifrågasatte eller frångick de rekommendationer som sjuksköterskan föreslog, så upplevde föräldrarna att de skuldbelades för barnets fortsatta övervikt, samt vad övervikten skulle innebära för barnets hälsa i framtiden.

Sjuksköterskan sa att om det fortsätter så här så skulle barnet riskera att bli överviktig resten av livet. Jag upplevde det som skuldbeläggande att hon uppmålade bilder av att våra barn skulle bli feta för livet. Respondent 53.

Jag blev ledsen och oroad när hon sa att jag skulle ge honom mindre mat. Kontrade med att jag INTE tänkte låta honom vara hungrig och ledsen. "Då får han vara tjock då" fick jag tillbaka. Respondent 14.

Flera föräldrar beskrev barnets övervikt som ett känsligt ämne att samtala om. Ett par respondenter upplevde att sjuksköterskan var obekvämt med att initiera samtalet om barnets övervikt. Flera av föräldrarna upplevde att samtalet väckte känslor av sorg, ilska och chock, samt att sjuksköterskan var obekvämt med att hantera dessa känslor och reaktioner. En mamma till en fyramånaders pojke beskrev hur hon gick gråtandes ifrån samtalet efter att sjuksköterskan tagit upp att hennes son var överviktig, då detta kom som en chock. Några föräldrar beskrev hur de gick i försvar när föräldern och sjuksköterskan inte hade en enad bild om barnets vikt.

Övervikt och frågor kring det är mycket känsligt för många och samtal kring detta måste föras på ett mycket ödmjukt och inkännande vis. Respondent 18

Jag gick dit och tänkte att jag hade den finaste fyraåringen i världen och gick därifrån med en känsla att vi hade stora problem med hennes vikt. Respondent 58

Majoriteten av respondenterna uppgav att de ord som sjuksköterskan använde för att beskriva barnets övervikt väckte starka känslor. Några ord som sjuksköterskan använde var "tjock" och "fet", samt "banta" och "diet". En mamma beskrev hur hon istället hade önskat att ord som "babyhull" eller "rund" hade använts för att beskriva barnets övervikt, då det känts mindre dömande. Det framkom även att sjuksköterskans tonfall påverkade föräldrarnas upplevelse av hur de blivit bemötta. Ett par föräldrar beskrev hur sjuksköterskan påtalat barnets övervikt genom att viska, detta förstärkte känslan av att ämnet var skamligt. Några föräldrar uppgav att sjuksköterskan hade en hård och kort ton, vilket upplevdes som olustigt.

Sjuksköterskan viskade att hon behövde banta ner sig och att jag borde tänka på hur jag lagar mat exempelvis hur mycket grädde osv. Respondent 5

Det fanns däremot en förälder som beskrev att även om samtalet väckte många negativa känslor var det positivt att sjuksköterskan vågade lyfta ämnet, då det ledde till att föräldern reflekterade över barnets kost- och levnadsvanor samt gjorde förändringar. Några föräldrar uppgav att när sjuksköterskan avdramatiserade problemet stillades föräldrarnas oro och det fick en mer positiv upplevelse av samtalet.

Samtalet väckte en känsla av att vara misstrodd

I samtal med sjuksköterskan om barnets kost- och levnadsvanor beskrev föräldrarna hur de levde, men upplevde då att sjuksköterskan inte trodde på dem. Ett par föräldrar beskrev att samtalet kändes dömande och att de blev misstrodda då de förklarade att barnet redan hade goda kostvanor.

Några respondenter uppgav att sjuksköterskan påstod att föräldrarna gav barnet för mycket socker, samt uppmanade föräldrarna att vara mer restriktiva gällande barnets sockerintag. Detta trots att föräldrarna i samtalet påtalat att de redan hade en låg sockerkonsumtion, vilket förstärkte känslan av att vara misstrodd.

Jag försökte förklara att min dotter inte äter socker alls, vare sig i mat eller godis. Vilket kändes som att hon inte trodde på. Min dotter får inget godis alls, har inte ens smakat på choklad. Jag är så noggrann med maten till min dotter pga. att jag och min man är lätt överviktiga. Respondent 19.

BVC-sjuksköterskan påstod att vi åt för mycket fet mat och på McDonalds för ofta, trots att jag lagar all mat hemma. Respondent 22

Samtalet skapade en oro för barnets självbild

Flera av respondenterna uttryckte en oro för att barnet var närvarande under samtalet om barnets övervikt. Föräldrarna ansåg att ett barn inte ska behöva höra att det är överviktigt eller behöva reflektera över sin egen kropp, då detta kan påverka barnets självbild. En förälder till en sexårig flicka beskriver att dottern redan innan samtalet hade en negativ självbild, hen blev orolig för att samtalet skulle försämra dotterns självbild ytterligare. Några föräldrar uttryckte en oro för att barnen skulle utveckla en ätstörning om de fick höra att de var överviktiga. Ett par av respondenterna ansåg däremot att barnet kunde vara närvarande, men att sjuksköterskan skulle anpassat samtalet och informationen till barnets nivå.

Jag tycker det var dumt att ta upp det framför barnet, en 3–5 åring bör inte höra att hen är tjock. Det kan tolkas som att barnet ska bantas. Respondent 42

En förälder uttryckte oro för att barnet skulle ta på sig ansvaret för övervikten om barnet var närvarande vid samtalet. Föräldern ansåg att samtalet bör hållas enbart med föräldern, då det är den vuxnas ansvar.

Framför min dotter sa sjuksköterskan att hon behövde byta från standardmjölk till mellanmjölk. Vilket gjorde min dotter hysterisk när jag köpte standardmjölk och sa att ”men mamma, doktorn sa att jag inte får dricka röd mjölk. Respondent 46

Att bli lämnad ensam med ansvaret

Några av respondenterna beskrev att sjuksköterskan inte gav tillräckligt med information och stöd, föräldrarna upplevde då att ansvaret för barnets övervikt enbart lades på dem. En mamma berättade att då hon efterfrågade hjälp för att hantera sin dotters övervikt fick hon endast en broschyr om kostråd. Hon hade önskat konkreta råd och mer information. Detta bidrog till att hon upplevde att hon inte fick stöd från BHV-sjuksköterskan. Ett par respondenter önskade mer avancerad hjälp från andra professioner, som dietist eller läkare då de upplevde att de inte fick tillräckligt med hjälp från sjuksköterskan.

Hon sa bara att som du ser på kurvan så är ditt barn överviktig och vad tänker du göra åt det? Respondent 38

Vi har fetma i släkten så min fråga var vilken hjälp vi kunde få för att hjälpa vår dotter med vikten. Fick svaret att man måste ligga tre kurvor över för att kunna få hjälp. Istället fick vi bara en broschyr med kostråd. Ansvaret att försöka förändra lades enbart på mig. Respondent 29

Vi fick ingen direkt information om minskning av mat eller dylikt. Hon bara sa så och sen var det inte mer med det, utan vidare med resten hon skulle kolla på dottern. Respondent 2

Flertalet av respondenterna upplevde att sjuksköterskan hade bristande kunskap om övervikt, vad det innebar, samt vilken hjälp som fanns att tillgå. Föräldrarna beskrev hur de ställde frågor om övervikt till sjuksköterskan men att de inte fick tillfredställande svar på sina funderingar, samt att sjuksköterskan upplevdes som osäker.

Det framkom även att flera av föräldrarna upplevde en osäkerhet och oro efter samtalet kring hur de skulle hantera barnets matvanor. En mamma till en 18 månaders pojke fick rådet att lägga om kosten och beskrev hur hon kände oro för att pojken därmed inte skulle få i sig

tillräckligt med vitaminer. En förälder till en tvåårig flicka beskrev oro för att behöva begränsa matintaget till ett växande barn, det upplevdes svårt att behöva neka ett hungrigt barn mat. En mamma till ett spädbarn berättade hur sjuksköterskan uppmanat henne att amma mer restriktivt och att inte använda amning som tröst. Mamman upplevde att hon tidigare haft ett lyhört förhållningssätt till sitt barn och läst av barnets signaler och visste efter samtalet inte hur hon skulle hantera barnets behov. Föräldrarna upplevde att de blev lämnade ensamma med ansvaret för hur de skulle hantera barnets matvanor, då de inte kände att de fick den hjälp de var i behov av.

Ett par av respondenterna uppgav att de hade en svår matsituation där barnet inte ville äta, men att sjuksköterskan ändå uppmanat föräldrarna att begränsa barnets matintag då barnet var överviktigt. Detta väckte förvirring och osäkerhet hos föräldrarna, då det upplevdes som motsägelsefullt.

Jag tog det väldigt hårt då jag kämpar dagligen med att få mitt barn att äta.
Respondent 11

Ifrågasättande av BHV

Delade meningar om hur övervikt ska bedömas

Majoriteten av respondenterna upplevde inte själva att deras barn var överviktigt och ställde sig därför frågande till sjuksköterskans bedömning av barnets vikt. Flertalet föräldrar ifrågasatte att deras barn kunde vara överviktigt, med anledning av barnets låga ålder. De föräldrar som inte ansåg att det var relevant att deras barn var överviktigt, hade barn som var två år eller yngre då samtalet ägde rum. Majoriteten av dessa barn var yngre än åtta månader. Flera av respondenterna ansåg att deras barn fortfarande hade "babyhull" och att små barn ska vara "runda" eller "mulliga". Några föräldrar beskrev att barnet ännu inte hade börjat krypa eller gå och ifrågasatte därför om barnet kunde bedömas som överviktigt. Ett par föräldrar vars barn endast var några veckor gamla ifrågasatte barnets övervikt, då barnet enbart ammade.

Jag tycker man kan vänta med den diskussionen tills barnet är runt 2 år. Många barn är rätt mulliga innan de rör på sig. Innan barn rör på sig är de stilla och även vi vuxna går upp i vikt om vi inte rör på oss. Respondent 12

Flertalet av respondenterna ifrågasatte relevansen av att BMI-kurvan användes som mätinstrument för att bedöma övervikt hos barn. Föräldrarna beskrev BMI-kurvan som omodern och ouppdaterad. Argumenten för att BMI-kurvan skulle vara bristande bestod av att en del barn har "babyhull", andra har "kraftig benstomme", samt att vissa barn är runda men smalnar av då de blir längre. Många föräldrar förkastade helt att sjuksköterskan använde BMI-kurva i bedömningen av barnets övervikt. De ansåg istället att sjuksköterskan visuellt skulle bedöma om barnet var överviktigt, genom att observera tecken på övervikt så som putmage eller svårigheter att röra sig. Några föräldrar beskrev det som positivt när de upplevde att sjuksköterskan såg helheten och inte bara förlitade sig på BMI-kurvan. En mamma till ett 18 månaders barn berättade hur sjuksköterskan såg familjen och deras levnadsvanor som en helhet. Trots att barnet låg över på BMI-kurvan förklarade sjuksköterskan att hon inte såg någon risk för att barnet skulle förbli överviktigt. Endast ett fåtal respondenter beskrev att de upplevde BMI-kurvan som ett bra verktyg för att bedöma barns övervikt.

Jag tycker det är skrattretande att de stirrar sig blinda på siffror och tabeller istället för att titta på hur barnet faktiskt ser ut. Respondent 42

Jag tycker BVC har en gammaldags och ouppdaterad syn på barn och vikt. Såg ingen helhet, dvs att barnet äter bra mat och är aktiv. Respondent 25

Skilda uppfattningar om övervikt hos barn; ett hinder i samtalet

Något som föräldrarna beskrev som ett hinder i samtalet om övervikt med sjuksköterskan, var att de inte delade uppfattningen om vad övervikt hos barn var. Många föräldrar ifrågasatte om övervikt kunde förekomma hos barn, samt om det var något som BHV borde uppmärksamma och arbeta med. Föräldrarna ifrågasatte befintliga kroppsideal och föreställningar kring hur ett barns kropp ska se ut vid vissa åldrar, då alla barn är olika. Andra föräldrar ansåg att övervikt kan förekomma hos barn, men det rådde en stor variation när de beskrev vad övervikt hos barn var. Övervikt beskrevs som att barnet var begränsad fysiskt, hade nedsatt hälsa, inte kunde ha kläder efter ålder, hade svårt att andas, led av sin övervikt samt hade synligt kropps fett eller valkar.

Flera föräldrar upplevde att det råder en generell fettfobi i samhället, samt att de anser att barn inte ska omfattas av denna. De ställde sig frågande till samhällets syn på norm och ideal gällande både vuxnas och barns kroppar, därför upplevdes det svårt att diskutera övervikt hos barn. Några föräldrar beskrev att samtalet om barns övervikt var överdrivet, då de ifrågasatte om övervikt hos barn var ohälsosamt och därför något som BHV ska arbeta med.

Barnsjuksköterskan på BVC sa att revbenen ska synas på en sexåring för de är som smalast då, känns väldigt svårt att ta in att idealet/det normala är så smala barn. Känns lite hetsigt att man ska prata övervikt på tre till fyraåringar som väger ett kilo för mycket. Respondent 49

Ett barn som väger ett till två kilo för mycket tycker jag att man ska låta vara. Hela samhället genomsyras av fettfobi. Man kan låta barn vara så länge som möjligt tycker jag. Respondent 10

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka föräldrars upplevelse av samtal med BHV-sjuksköterskan om det egna barnets övervikt. En kvalitativ ansats var att föredra då fokus var att undersöka en subjektiv upplevelse av en situation. Kvalitativ forskningsansats innebär en djupgående analys av respondenternas upplevda erfarenheter genom att finna mönster och teman utifrån personliga berättelser (28). För att förstå föräldrarnas upplevelse behöver föräldrarna själva få berätta hur de upplevt situationen. Initialt så syftade författarna på att genomföra en enkätstudie via barnavårdscentraler, då enkäten kunde finnas tillgänglig i väntrummet eller att BHV-sjuksköterskan informerade om studien. Det uppmärksammades tidigt i processen vid kontakt med verksamhetschefer att detta var svårt att genomföra, eftersom personal inom BHV var arbetsbelastade samt att de uttryckte att studien kändes utpekande mot föräldrar med överviktiga barn. För att nå föräldrar som haft ett samtal med

BHV-sjuksköterskan om övervikt så valde författarna att söka respondenter i föräldragrupper via den sociala nätverkstjänsten Facebook. Fördelarna med en internetbaserad enkät var att respondenter ifrån hela Sverige kunde besvara enkäten, att den besvarades anonymt samt att respondenterna kunde besvara enkäten vid ett tillfälle som passade dem, detta för att förhindra oönskade avbrott. I design av frågor för enkäter och frågeinstrument, som ställer frågor som ska utgå från respondenternas perspektiv, talas om innehållsvaliditet med utgångspunkt i begreppen förståelse, täckning och relevans (29). För att säkra innehållsvaliditeten i frågorna kan och bör denna testas, genom till exempel kognitiva intervjuer (33). Innehållsvaliditet i föreliggande studies frågor har inte blivit testade, men frågorna i enkäten utformades med en medvetenhet i vikten av att frågorna skulle vara lätta att förstå, vara tillräckliga och relevanta. Om studien skulle genomföras igen, med mer tid att tillgå, hade det varit av intresse att testa för innehållsvaliditet.

Då enkäten fanns tillgänglig via sociala medier och föräldrarna aktivt fick välja om de ville gå vidare och besvara den, var det möjligt att endast föräldrar som kände att de ville dela med sig av en negativ upplevelse valde att delta i undersökningen. Detta kan ha lett till att föräldrar med en neutral eller en positiv upplevelse av samtal valde att inte delta. Ytterligare en nackdel med enkät som form för datainsamling är att frågorna kan misstolkas samtidigt som möjligheten att ställa följdfrågor för att utveckla svaren saknas. Föräldrarna fick delge sina upplevelser genom att besvara öppna frågor i enkäten, och hade följaktligen möjlighet att utveckla sina svar, berätta fritt samt beskriva med egna ord. Intentionen med öppna frågor var att enkäten skulle efterlikna en berättande intervju i största möjliga utsträckning. För att inte begränsa studien så fanns det ingen tidsbegränsning gällande hur länge sedan samtalet/samtalen med BHV-sjuksköterskan ägt rum, detta kan ha medfört att vissa respondenter berättat om händelser som ägt rum för länge sedan och eventuellt kan vissa aspekter av upplevelsen glömts bort.

Vid kvalitativt forskningsurval så är det vanligt förekommande att eftersträva ett så varierat urval gällande kön, bakgrund och utbildningsnivå som möjligt för att säkerställa att upplevelserna som framkommit är representativa (28). Dock kan forskarna även välja att utföra ett homogent urval för att fokusera på hur en viss grupp upplever en situation. I denna studie gjordes ett aktivt val att inte fråga respondenterna om könstillhörighet, då ett könsneutralt perspektiv med fokus på individens upplevelse av ett samtal med BHV-sjuksköterskan eftersträvades. Det gjordes också ett aktivt val att inte efterfråga utbildningsnivå, ålder eller antal barn. Detta val gjordes efter ett övervägande om risken att inte få in tillräckligt antal besvarade enkäter. Vikt lades vid att utforma en enkät som inte skulle avskräcka från deltagande. Den ytterligare dimension och ökade trovärdighet (28) en mer utförlig beskrivning av respondenterna hade givit resultatet, vägdes mot värdet av mer omfattande data. Om studien skulle göras igen så hade det varit av intresse att få en mer detaljerad bakgrundsbild av vilka det var som har deltagit i studien med frågor kring ålder, utbildningsnivå samt hur många barn respondenterna hade.

Tematisk analys (30) är en metod som används för att identifiera och analysera teman/mönster i data och valdes i föreliggande studie, då det är en analysmetod som inte är bunden till någon särskild vetenskaplig teori, utan är applicerbar på de flesta teorier. Analysprocessen är inte en linjär process utan materialet bearbetas och analyseras med både en induktiv och deduktiv ansats för att få fram all relevant data ur materialet. Vanliga misstag vid tematisk analys är att data inte analyserats tillräckligt och att resultat enbart presenteras utifrån citat. Det finns då inte tillräckligt med data för att stödja de uppkomna teman samt att

presentera teman som är uppbyggda via metoden som samlade in materialet, exempelvis en intervjuguide eller frågorna i en enkät (30). Materialet har granskats både induktivt och deduktivt. När materialet analyserades med induktiv ansats så innebar det att data granskades förutsättningslöst. Dock finns det alltid risk att författarnas förutsättningar och tidigare erfarenheter har påverkat tolkningen av materialet. Genom den deduktiva analysen så analyserades materialet med syftet i åtanke, att växla mellan induktiv och deduktiv ansats kan anses vara fördelaktigt då det kan innebära att inga delar av analysen förbisetts. I granskningen av enkäterna framkom det att en enkät inte svarade mot syftet då respondenten beskriver att samtalet om barnets vikt fördes med läkare och inte med sjuksköterskan, därför exkluderades denna enkät från studien.

Kvalitativa studiers kvalitet bedöms genom begreppen tillförlitlighet, överförbarhet och giltighet (28). Giltighet av studien kan påvisas genom att materialet har analyserats på ett korrekt sätt och att teman och subteman är förankrade i materialet, därför har allt material analyserats och studerats flertalet gånger för att säkerställa att inget förbisetts. Resultatet har även återgetts med relevanta citat, detta för att stärka tillförlitligheten. För att en studie ska anses ha en hög tillförlitlighet så ska analysprocessen vara noggrant beskriven (28). Genom hela analysprocessen har arbetet kontinuerligt dokumenterats, beskrivits detaljerat i metoden samt kontrollerats av båda författarna för att säkerställa trovärdigheten.

Resultatets överförbarhet beror på om resultatet kan vara överförbart till andra grupper eller andra situationer, det är upp till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart eller inte (28). Författarna har försökt att återge urvalsprocessen i detalj samt delge den kunskapen som fanns kring vilka respondenterna var. Det är inte möjligt att dra några slutsatser kring vilka det var som besvarat enkäten eller om deras bakgrund har påverkat upplevelsen. Den goda svarsfrekvensen påvisar att detta är ett ämne som engagerat och motiverat flertalet individer att delge sina upplevelser och erfarenheter kring att samtala med BHV-sjuksköterskan om det egna barnets övervikt.

Resultatdiskussion

Delaktighet i samtalet

I tidigare forskning beskrivs att i samtal mellan BHV-sjuksköterskan och föräldrarna om det egna barnets övervikt, upplevde föräldrarna att sjuksköterskan var dominant och att detta resulterade i att distans skapades mellan sjuksköterskan och föräldrarna (17). Detta fenomen bekräftas även av fynden i denna studie. Flertalet respondenter beskrev att föräldrarna och sjuksköterskan inte kunde mötas i samtalet, då sjuksköterskan var dominant och bestämde vad som skulle diskuteras. Föräldrarna beskrev att det var viktigt att känna sig inbjudna i samtalet för att inte uppleva att sjuksköterskan var dominant. För att känna sig inbjudna önskade föräldrarna att få frågor och bli lyssnade på, detta gjorde det möjligt för dem att delge sin upplevelse av situationen. Om sjuksköterskan kan bidra till att föräldern känner sig inbjuden i samtalet genom att ställa frågor och lyssna, kan detta bidra till att de möts.

Inom familjecentrerad omvårdnad ska sjuksköterskan tillsammans med familjen arbeta utifrån familjens resurser och behov. Vården ska anpassas efter familjen och för att kunna genomföra detta måste sjuksköterskan ta del av familjemedlemmarnas berättelser (22). Några respondenter beskrev att de upplevde att sjuksköterskan följde en checklista i samtalet om barnets övervikt, denna var inte anpassad efter familjers olika och individuella behov. Föräldrarna upplevde att sjuksköterskan redan bildat sig en uppfattning om familjens

levnadsvanor, samt gav råd om åtgärder innan familjen fått delge sin egen upplevelse. I kontrast till detta framkom det att de föräldrar som haft en positiv upplevelse av samtalet, upplevde att sjuksköterskan ville ta del av familjens berättelse och anpassa vården utifrån familjens förutsättningar. Det senare exemplet är i linje med det familjecentrerad omvårdnad förespråkar, där familjens delaktighet är en viktig aspekt för att målet med vården ska uppnås (22). Att få föräldrarna delaktiga i arbetet med barns övervikt har även i tidigare forskning visat sig vara en viktig faktor för att få till varaktiga förändringar när det gäller barns övervikt (24). För att främja familjens delaktighet behöver BHV-sjuksköterskan beakta hela familjen och deras livssituation. Sjuksköterskan behöver ta del av familjens berättelse och betrakta den som viktig information. Sjuksköterskan kan med denna kunskap tillsammans med familjen utforma en realistisk och anpassad plan utifrån familjens förutsättningar. Detta kan bidra till att familjen upplever motivation att påbörja och genomföra förändringar.

Att känna sig ifrågasatt som förälder

Inom familjecentrerad omvårdnad beskrivs sjuksköterskans bemötande som en viktig del i hur familjen upplever sig vara delaktig (22). Enligt Socialstyrelsen ska BHV-sjuksköterskan bemöta familjer på ett ödmjukt och respektfullt sätt, för att uppnå detta behöver sjuksköterskan bland annat vara medveten om sin egen syn på, och attityd till, övervikt (9). Om sjuksköterskan har ett ödmjukt och respektfullt bemötande kan det bidra till att familjen upplever att sjuksköterskan ser familjens behov och värnar om deras bästa (22). I linje med detta beskrev respondenterna i studien att då de upplevde ett positivt bemötande från sjuksköterskan, bidrog detta till att föräldrarna kände sig delaktiga och respekterade i samtalet. Upplevelsen av ett positivt bemötande förstärktes då sjuksköterskan visade sig intresserad av familjens situation. I de fall där sjuksköterskan upplevdes dömande och hade en dömande attityd till övervikt, så hade föräldrarna en negativ upplevelse av bemötandet. Även de ord och tonfall som sjuksköterskan använde för att beskriva barnets övervikt kunde väcka starka känslor hos föräldrarna, då det kunde upplevas som dömande. I tidigare forskning beskrivs hur BHV-sjuksköterskor själva upplevde att en framgångsfaktor i samtal med föräldrar om barns övervikt, var att inte använda sig av nedvärderande terminologi (13). Detta poängterar även Socialstyrelsen, där de rekommenderar att sjuksköterskan tillsammans med föräldrarna kommer överens om vilken terminologi som ska användas i samtal om barnets vikt (9).

I studien beskrev respondenterna att samtal om barnets övervikt var ett känsligt ämne som kunde väcka starka känslor och reaktioner hos dem. De upplevde att samtalet fick dem att tvivla på sin föräldraroll, samt att de kände sig ifrågasatta som föräldrar. De upplevde även att sjuksköterskan antydde att de brast i sitt föräldraskap. Några föräldrarna beskrev att de gick i försvar då sjuksköterskan tog upp att barnets var överviktigt. Detta bekräftas även av tidigare forskning där föräldrarna beskrivit att de gick i försvar då sjuksköterskan påpekade att deras barn var överviktigt. Föräldrarna upplevde att barnets viktökning inte bara var kritik riktat mot barnet utan även mot dem själva, då det indikerade att de misslyckats i sitt föräldraskap (1, 12, 13). Övervikt hos barn är ofta orsakat av dåliga livsstils- och kostvanor (6). Under de första levnadsåren är det föräldrarna som ansvarar för den kost som barnet serveras och barnets fysiska aktivitet. Att föräldrarna då upplever sig anklagade och att de misslyckats i sitt föräldraskap när sjuksköterskan tar upp att barnet är överviktigt, kan vara en naturlig reaktion. De flesta föräldrar vill sitt barns bästa och vill ge sitt barn de bästa förutsättningarna i livet. Om föräldern upplever sig ha misslyckats med detta kan känslor av skuld och skam uppstå. Det är viktigt att sjuksköterskan för samtalet kring barnets övervikt på ett ödmjukt och inkännande sätt, för att minska föräldrarnas känslor av skuld och skam. Både föreliggande

studie och tidigare forskning visar att samtal om övervikt hos barn är ett känsligt ämne, som väcker starka känslor och reaktioner hos föräldrar. Sjuksköterskan behöver vara medveten om att föräldrar har olika sätt att reagera och hantera den situationen som uppstår, då sjuksköterskan initierar samtal om barnets vikt. Sjuksköterskan behöver i sin profession kunna möta föräldrarnas reaktioner för att möjliggöra ett fortsatt samtal.

Tidigare forskning påvisar att sjuksköterskor upplevde att det var svårare att samtala om barns övervikt med föräldrar i de fall där föräldern själv var överviktig. Sjuksköterskan upplevde då en oro för att indirekt kritisera föräldrarnas egna övervikt och att detta skulle leda till att familjen valde att sluta följas av BHV (1). Forskning beskriver även att föräldrarna själva upplevde att det var svårt att samtala om barnets övervikt om de själva var överviktiga. Det upplevdes svårt att hjälpa sitt barn med något som de själva hade misslyckats med (16). Även i föreliggande studie beskrev en förälder, som själv var överviktig, att hon kände sig kränkt när sjuksköterskan tog upp att hennes barn var överviktig. Föräldern upplevde att sjuksköterskan enbart ville poängtera att hon själv var överviktig. Tidigare forskning och föreliggande studie påvisar att när en förälder är överviktig, upplever både sjuksköterskan och föräldern att det är känsligt och svårt att diskutera barnets övervikt, utan att riskera att föräldern blir kränkt. Det kan därför bli svårt att genomföra ett lyckat samtal om både föräldern och sjuksköterskan anser att ämnet är för känsligt för att diskutera.

Vad föräldrar anser om att barnet är närvarande vid samtalet

Respondenternas åsikter om barnets eventuella närvaro vid samtalet om övervikt skilde sig åt. Några föräldrar uppgav att det hade varit positivt om barnet varit närvarande under samtalet men att de önskat att samtalet då anpassats efter barnets nivå. Flera föräldrar upplevde istället en oro för att barnets självbild skulle påverkas negativt, samt en oro för att barnet skulle utveckla en ätstörning, om barnet fick höra att det var överviktigt. De ansåg att ätstörningar är ett större, mer utbrett problem än den ohälsan som övervikt medför och att barnet därför ska skyddas från att behöva höra att det var överviktigt. Detta går i linje med tidigare forskning som beskriver föräldrars oro för att barnet skulle utveckla negativa känslor kring sin kropp om det närvarade vid samtalet om sin övervikt (16). I föreliggande studie och i tidigare forskning framkommer det således att respondenterna hade delade meningar om huruvida barnet skulle vara närvarande eller inte. Det finns inga tydliga direktiv inom BHV som beskriver hur sjuksköterskan ska förhålla sig till barnets närvaro under samtal med föräldrarna om barnets vikt. Sjuksköterskan kan därför inte generalisera om barnet ska vara närvarande, utan måste i varje enskild situation förhöra sig om föräldrarna önskar att barnet ska närvara. Detta är förenligt med familjecentrerad omvårdnad, som förespråkar att familjen ska göras delaktig genom att de får möjlighet att bestämma hur barnets vård ska utformas. Föräldrarna har även laglig rätt att fatta beslut rörande sitt barn, såvida inte barnet far illa (22).

Ifrågasättande av övervikt och BMI

I studien ifrågasatte flera av respondenterna om barn kan vara överviktiga. De ansåg att övervikt inte var relevant med hänsyn till barnets låga ålder. Flera föräldrar beskrev också att barn ska vara runda eller mulliga och var därför inte oroliga för att barnets vikt skulle innebära några hälsorisker. Tidigare forskning har påvisat att föräldrar många gånger underskattar sitt barns vikt och anser deras överviktiga barn vara normalviktigt (14). Det framkommer att föräldrar och BHV har skilda uppfattningar huruvida barn kan vara överviktiga eller inte och om detta är något som bör åtgärdas. Dessa skilda uppfattningar kan leda till att det blir svårt för BHV-sjuksköterskan att samtala kring övervikt hos barnet, då föräldern inte anser att barnets vikt är ett problem. För att sjuksköterskan tillsammans med

föräldrarna ska kunna arbeta med barnets övervikt, måste hen först förhöra sig om vilken föreställning föräldrarna har om övervikt hos barn. Utifrån detta kan sjuksköterskan anpassa informationen och motivera föräldrarna till förändring.

I föreliggande studie framkom det även att det rådde skilda meningar om hur ett barns övervikt ska bedömas. Flertalet föräldrar ansåg att BMI som verktyg för att bedöma barns övervikt, var omodern och inte applicerbar på barn. Dessa föräldrar ansåg istället att sjuksköterskan skulle göra en visuell bedömning av tecken på övervikt. Däremot fanns det föräldrar som förespråkade motsatsen, det vill säga att sjuksköterskan inte bör göra en visuell bedömning utan endast utgå från BMI. I tidigare studier beskriver BHV-sjuksköterskor att de ansåg att visuell bedömning av barns vikt inte var tillförlitligt, utan att BMI-kurvan var ett objektivi stöd i bedömningen (1).

Några respondenter beskrev att de var skeptiska till BMI då det som mätinstrument inte tar hänsyn till barnets längd. Dock beskriver BMI förhållandet mellan längd, vikt och barnets ålder (10). Detta kan tyda på att föräldrarna inte har fått tillräcklig och utförlig information om hur BMI beräknas, vilket kan bli ett hinder i samtalet kring barnets vikt. Detta förstärker vikten av individuellt anpassad information.

Bristande kunskap

I studien beskrev några respondenter att barnet varit under två år då sjuksköterskan tagit upp att barnet varit överviktigt. Föräldrarna ställde sig då frågande till om så små barn kan vara överviktiga, samt om BMI kan användas för att konstatera detta. Enligt WHO (World Health Organisation) ska inte BMI användas vid bedömning av övervikt hos barn under två år. BMI är inte tillförlitlig på dessa barn, då det är normalt att BMI-värdet varierar mycket under det första två levnadsåren (10). Om sjuksköterskor använt BMI för bedömning av övervikt hos barn under två års ålder, tyder det på att det kan föreligga kunskapsluckor avseende hur mätinstrumentet ska användas. Detta kan leda till att föräldrarna känner minskat förtroende för BHV-sjuksköterskans kompetens, vilket påtalades av flera respondenter.

De rekommendationer som sjuksköterskan förmedlade ansågs av flera respondenter vara ouppdaterade och missvisande. I tidigare forskning beskrev BHV-sjuksköterskor att de inte ansåg sig besitta tillräckligt med kunskap om övervikt, hur det ska bedömas samt hur detta ska framföras till föräldrarna. Sjuksköterskan beskrev att detta kunde leda till att de drog sig eller avstod helt från att ta upp ämnet (12, 34). Det blir därför svårt för sjuksköterskan att föra ett samtal om hen upplever att hen inte besitter tillräckligt med kunskap för att kunna besvara föräldrarnas frågor. Flertalet respondenter beskrev att när sjuksköterskan inte gav tillräckligt med information och stöd, upplevde de att allt ansvar för barnets övervikt enbart lades på dem. Föräldrarna önskade att BHV-sjuksköterskan hade gett mer information och konkreta råd. För att kunna ge föräldrarna ett fullgott stöd och den kunskap som de behöver i arbetet med sitt barns övervikt, är det viktigt att sjuksköterskans själv upplever att hen har tillräckligt med kunskap.

Slutsatser

Föreliggande studie har visat att samtal om barns övervikt var svårt och komplext för både sjuksköterskan och föräldrarna. När samtalet initierades var det vanligt förekommande att

föräldrarna upplevde sig ifrågasatta som föräldrar och att samtalet väckte starka känslor. BHV-sjuksköterskan har i sitt åtagande att utföra samtal om vikt med föräldrar till överviktiga barn, så även om samtalet upplevs svårt måste det genomföras. För att kunna arbeta med barnets övervikt behöver sjuksköterskan arbeta familjecentrerat, då familjens delaktighet är en förutsättning för att genomföra förändringar gällande barnets kost- och levnadsvanor. Det är därför av största vikt att sjuksköterskan har ett lyhört förhållningssätt, bemöter familjen respektfullt samt vågar möta deras reaktioner. Föräldrars och BHV-sjuksköterskors uppfattning om vad övervikt är och hur det ska bedömas kan skilja sig åt. Det är därför viktigt att sjuksköterskan utgår ifrån den kunskap och information som föräldern besitter. Sjuksköterskan bör även ha tillräckligt med kunskaper och vara trygg i sin profession för att föräldrarna ska känna förtroende för BHV.

Implikationer för praktik och vidare forskning

Studiens resultat kan användas för att skapa en djupare förståelse för hur föräldrar upplever samtal om sitt barns övervikt med BHV-sjuksköterskan. Då det framkommer att både föräldrar och BHV-sjuksköterskor själva upplever att sjuksköterskan inte har tillräckligt med kunskap om övervikt, kan det tolkas som att sjuksköterskor inom BHV behöver mer fortbildning om övervikt. Då det är ett svårt ämne hade det varit användbart om det fanns rekommendationer gällande hur ett samtal om barns övervikt bör utformas, detta med stöd från forskning om hur både föräldrar och sjuksköterskor ser på problemet.

Referenslista

1. Regber S, Mårild S, Johansson Hanse J. 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(1):27-49.
2. Chen CY, Kao CC, Hsu HY, Wang RH, Hsu SH. The Efficacy of a Family-Based Intervention Program on Childhood Obesity: A Quasi-Experimental Design. *Biological research for nursing*. 2015;17(5):510-20.
3. Abarca- Gómez L, Abdeen Z, Abdul- Hamid Z, M Abu-Rmeileh N, Acosta-Cazares B, Acuín C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;390(10113):2627-42.
4. Neovius M, Rasmussen, F. Alarmerande siffror för övervikt och fetma i Sverige. *Läkartidningen*. 2011;49(108):2566-8.
5. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport [Internet]. Edita Västra Aros; 2009. [Citerad 171115]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>:
6. Larsen L, Mandleco B, Williams M, Tiedeman M. Childhood obesity: prevention practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2006;18(2):70-9.
7. Innella N, Breitenstein S, Hamilton R, Reed M, McNaughton DB. Determinants of Obesity in the Hispanic Preschool Population: An Integrative Review. *Public Health Nursing*. 2016;33(3):189-99.
8. Livsmedelsverket. Övervikt och fetma [Internet] Livsmedelsverket; 2017. [Citerad 171115]. Hämtad från: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/sjukdomar-allergier-och-halsa/overvikt-och-fetma>
9. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården [Internet]. Edita Bobergs; 2014. [Citerad 171120]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-5>
10. Organization WHO. WHO Child Growth Standards: Methods and development [Internet]. WHO publications; 2009. [Citerad 171120]. Hämtad från: http://www.who.int/childgrowth/publications/technical_report_velocity/en/
11. Dahlgren J. Obesitas -fetma. Moëll C, Gustafsson J, Albinsson E, redaktör. *Pediatrik*. Stockholm: Liber; 2011. s. 318-31.

12. Laws R, Campbell KJ, van der Pligt P, Ball K, Lynch J, Russell G, et al. Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. *BMC Nurs.* 2015;14:(26):1-14.
13. Edvardsson K, Edvardsson D, Hornsten A. Raising issues about children's overweight-maternal and child health nurses' experiences. *Journal of advanced nursing.* 2009;65(12):2542-51.
14. Garrett-Wright D. Parental perception of preschool child body weight. *Journal of pediatric nursing.* 2011;26(5):435-45.
15. Regber S, Novak M, Eiben G, Bammann K, De Henauw S, Fernandez-Alvira JM, et al. Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries-the IDEFICS study. *Pediatric obesity.* 2013;8(2):118-29.
16. Hanssen-Bauer MW, Knutsen IR. How parents react when their child is overweight. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning.* 2017:1-10.
17. Baggens C. Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården. Linköping: Linköpings universitet; 2002.
18. Benzein E, Hagberg M, Saveman B-I. Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 33-49.
19. Whall AL. The family as the unit of care in nursing: a historical review. *Public health nursing.* 1986;3(4):240-9.
20. Hartrick GA, Lindsey AE. Part 2: The lived experience of family: A contextual approach to family nursing practice. *Journal of Family Nursing.* 1995;1(2):148-70.
21. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and child health journal.* 2012;16(2):297-305.
22. Wright LM, Watson WL, Bell JM, Larsson-Wentz K. Familjefokuserad omvårdnad: föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom. Lund: Studentlitteratur; 2002.
23. Ling J, Robbins LB, Wen F. Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. *International journal of nursing studies.* 2016;53:270-89.
24. Marzuki MA, Rahman S. Parental Involvement: A Strategy that Influences a Child's Health Related Behaviour. *Health Science Journal.* 2016;10: 1-7.
25. Bischofberger E. Barnet i vården. Stockholm: Liber; 2004.

26. Naden D, Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing science quarterly*. 2004;17(1):86-91.
27. Johansson A. Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. Fossum B, redaktör. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2013. s. 377-97.
28. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
29. Patrick D, Gwaltney C, Kline Leidy N, Martin M, Molsen E, Ring L. Content validity -Establishing and reporting the evidence in newly developed patient-reported outcomes (PRO) instruments for medical product evaluation: ISPOR PRO good research practices task force report: part 2 -assessing respondent understanding. *Value in health*. 2011;14:978-88.
30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.
31. Lagen om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet [Citerad 171201]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
32. Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2002.
33. Willis GB. *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.
34. Dera-de Bie EG, Brink-Melis W, Jansen M, Gerver WJ. Characteristics of child health care practitioners in overweight prevention of children. *Applied nursing research : ANR*. 2016;29:157-62.

Bilagor

Bilaga 1.

Frågor till enkäten

Denna enkät är riktad till dig som definierar dig som förälder och har haft eller har ett barn som följs via barnhälsovården (BVC). Frågorna i enkäten syftar på samtal som du som förälder har haft med BVC-sjuksköterskan angående ditt barns övervikt. Barnet ska vid tillfället var varit mellan 0–5 år gammalt.

- Relation till barnet
- Hur gammalt var ditt barn när BVC-sjuksköterskan för första gången tog upp att ditt barn skulle vara överviktigt?
- Ansåg du då att ditt barn var överviktigt?
- Vad är övervikt hos barn för dig?
- Hur tog BVC-sjuksköterskan upp att ditt barn skulle vara överviktigt?
- Beskriv hur du upplevde samtalet med BVC-sjuksköterskan?
- Beskriv hur du upplevde bemötandet i samtalet?
- Beskriv hur du upplevde informationen i samtalet?
- Upplevde du dig delaktig i samtalet? Utveckla gärna svaret?
- Beskriv vad du upplevde som bra i samtalet.
- Beskriv vad du upplevde som mindre bra eller dåligt i samtalet.
- Önskat du att samtalet hade varit annorlunda? Om ja, hur hade du önskat att samtal kring barns övervikt genomfördes?

Bilaga 2

Forskningspersonsinformation

Föräldrars upplevelse av samtal om det egna barnets övervikt, med sjuksköterskan på BVC

Vi är två sjuksköterskor under utbildning till specialistsjuksköterskor med inriktning hälso- och sjukvård för barn och ungdom, vid Göteborgs Universitet. Inom ramen för vår utbildning skriver vi nu ett examensarbete.

Har du ett barn i åldern 0–5 år och har haft ett samtal med sjuksköterskan på BVC om övervikt gällande ditt barn? Din erfarenhet är i så fall betydelsefull för vår studie och vi vill därför fråga dig om du vill delta. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Bakgrund och syfte

BVC-sjuksköterskan har ett ansvar att främja barns hälsa och utveckling och en del av detta är att upptäcka och förebygga övervikt hos barn. Forskning visar dock att BVC-sjuksköterskan tycker att det är svårt ämne att ta upp med föräldrarna, samt att det finns en osäkerhet relaterat till hur föräldrarna upplever samtalet kring barnets övervikt.

Vårt mål med studien är därför att öka kunskapen kring hur föräldrar upplever samtalet kring övervikt och vad som kan underlätta och förbättras i samtalet. Om sjuksköterskan förstår hur föräldrarna upplever situationen så är det lättare att få ett positivt samtal kring barnets övervikt.

Hur går studien till?

Ni kommer att besvara en anonym webbaserad enkät som beräknas ta ca 10–15 min. Enkäten innehåller frågor där ni med fria ord kan beskriva er upplevelse av samtalet med BVC-sjuksköterskan kring ert barns övervikt.

Eventuella risker med deltagandet

Ämnet övervikt hos barn upplevs känsligt av del personer och kan väcka känslomässiga reaktioner.

Eventuella fördelar med deltagandet

Risken av en känslomässig reaktion kan vägas upp av att få dela med sig av sina erfarenheter. Din erfarenhet är värdefull och kan leda till kunskap som i sin tur kan bidra till en bättre barnhälsovård.

Vad händer med mina uppgifter?

Enkäten är anonym, vilket innebär att det inte är möjligt att härleda information till dig. Dina svar på enkäten kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Efter avslutad studie kommer uppgifterna att raderas.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Studien kommer att läggas ut på GUPEA- studentuppsatser <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/41> sök under D-uppsats med rubrik ” Föräldrars upplevelse av samtal om det egna barnets övervikt, med sjuksköterskan på BVC.”

Försäkring och ersättning

Ingen ersättning utgår för deltagande i studien.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet.

Ansvariga för studien är:

Beatrice Löfstrand

E-post: beatrice.edlund@vgregion.se

Telefon: 0707-276059

Therese Hammarberg Almén

E-post: therese.aalmen@gmail.com

Telefon: 0701-413901

Handledare vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa:

Ulrika Bengtsson

E-post: ulrika.bengtsson@gu.se

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien Föräldrars upplevelse av samtal om det egna barnets övervikt, med sjuksköterskan på BVC.
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformationen.

Plats och datum	Underskrift