Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

Magisteruppsats

BHV-sjuksköterskans upplevelse av att möta vårdnadshavare till barn med övervikt

- En intervjustudie

Författare: Sara Johansson & Frida Salerud
Handledare: Janet Mattsson
Examinator: Ulrica Lovén Wickman
Lärosäte: Linnéuniversitetet
Termin: HT 2025
Ämne: Självständigt arbete (magister), med inriktning mot distriktssköterska
Nivå: Avancerad

Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

Abstrakt

Bakgrund: Övervikt bland barn är ett växande problem i vårt moderna samhälle och utgör ett stort hot mot folkhälsan. BHV-sjuksköterskan har en viktig roll i att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn från en redan mycket tidig ålder. Övervikt är ett stigmatiserat och känsligt ämne, vilket kan problematisera och försvåra BHV-sjuksköterskans hälsofrämjande arbete i sina möten med vårdnadshavare till överviktiga barn.
Syftet: Syftet med studien var att beskriva BHV-sjuksköterskans upplevelser av att möta vårdnadshavare till barn med övervikt.
Metod: Studien tillämpade en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Tio semistrukturerade intervjuer med BHV-sjuksköterskor från södra Sverige deltog i studien. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med stöd av en kvalitativ innehållsanalys.
Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier och åtta underkategorier. De tre kategorierna var: *Hindrande faktorer i mötet, förutsättningar för ett bra möte och organisatoriska och strukturella aspekter som påverkar mötet.* Under hindrande faktorer identifierades känslomässiga reaktioner och bristande kunskap hos vårdnadshavarna samt BHV-sjuksköterskans emotionella utmaningar. Förutsättningar för ett bra möte inkluderade relationens betydelse, vårdnadshavarens medvetenhet och mottaglighet samt användning av pedagogiska arbetsmetoder. Slutligen lyftes organisatoriska och strukturella aspekter fram i form av behovet av förbättrad samverkan och fortbildning för att stödja arbetet med överviktiga barn.
Slutsats: BHV-sjuksköterskans arbete med att förebygga och hantera övervikt hos barn försvåras av bristande kunskap och engagemang hos vårdnadshavare. För att lyckas krävs ett individanpassat, familjefokuserat förhållningssätt och en respektfull kommunikation. Samverkan med andra aktörer i barnets närmiljö, särskilt förskolan, framstår som avgörande för att möjliggöra långsiktiga och hållbara livsstilsförändringar.

Nyckelord

Barnhälsovårdsjuksköterska; familjefokuserad omvårdnad; hälsofrämjande arbete; upplevelser; övervikt

Abstract

Background: Childhood overweight is a growing problem in our modern society and poses a major threat to public health. Child health care nurses have an important role in promoting health and preventing illness from a very early age. Overweight is a stigmatized and sensitive topic, which can complicate the child health care nurses work in their meetings with caregivers of overweight children in child health care services.
Aim: The aim of the study was to describe child health care nurses' experiences of meeting caregivers of children with overweight.
Method: A qualitative method with an inductive approach was used. Ten semi-structured interviews were conducted with child health care nurses from southern Sweden. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using a qualitative content analysis.
Results: Three main categories emerged: Barriers, Conditions, and Organizational factors in encounters with caregivers. Barriers included caregivers' emotional reactions and knowledge gaps, while the importance of relationships, caregivers receptiveness, and teaching methods was highlighted as facilitating conditions in these encounters. Organizational factors focused on the need of improved integration and ongoing professional development to support work with children with overweight.
Conclusion: The child health care nurse's effort in preventing and managing childhood overweight is challenged by caregivers' limited knowledge and engagement, requiring a family-focused approach, respectful communication, and integration with the child's environment for sustainable lifestyle changes.

Keywords

Child health care nurse; experiences; family focused care; health promotion; overweight

Tack

Vi vill inleda med att rikta ett varmt och innerligt tack till alla BHV-sjuksköterskor som deltagit i vår studie. Genom era insiktsfulla och innehållsrika intervjuer har ni gjort detta magisterarbete möjligt.

Vi vill även tacka vår handledare Janet Mattsson och vår examinator Ulrica Lovén Wickman, för värdefulla råd och vägledning genom arbetets olika delar.

Avslutningsvis vill vi tacka varandra för ett gott samarbete präglat av ömsesidigt stöd, engagemang och kollegialt lärande genom hela arbetsprocessen.

Sara Johansson & Frida Salerud

Innehållsförteckning

1 Inledning ... 1

2 Bakgrund ... 1
2.1 Definition av övervikt och obesitas hos barn ... 1
2.1.1 Övervikt hos barn ... 2
2.1.2 Riskfaktorer för övervikt och dess konsekvenser ... 2
2.2 Barnhälsovården och BHV-sjuksköterskans roll ... 2
2.2.1 Grunda sunda vanor-modellen ... 4
2.2.2 Motiverande samtal ... 4
2.3 Familjens roll ... 5

3 Teoretisk referensram: Familjefokuserad omvårdnad ... 5

4 Problemformulering ... 6

5 Syfte ... 6

6 Metod ... 7
6.1 Design ... 7
6.2 Urval ... 7
6.3 Datainsamling ... 7
6.4 Dataanalys ... 8
Organisatoriska och strukturella aspekter som påverkar mötet ... 9
6.5 Forskningsetiska överväganden ... 9
6.5.1 Förförståelse ... 10

7 Resultat ... 10
7.1 Hindrande faktorer i mötet ... 12
7.1.1 Vårdnadshavarens känslomässiga reaktioner ... 12
7.1.2 Bristande kunskap hos vårdnadshavaren ... 13
7.1.3 BHV-sjuksköterskans emotionella utmaningar ... 15
7.2 Förutsättningar för ett bra möte ... 16
7.2.1 Relationens betydelse ... 16
7.2.2 Vårdnadshavarens medvetenhet och mottaglighet ... 16
7.2.3 Pedagogiska arbetsmetoder ... 17
7.3 Organisatoriska och strukturella aspekter som påverkar mötet ... 18
7.3.1 Förbättrad samverkan ... 18
7.3.2 Fortbildning ... 18

8 Metoddiskussion ... 19

9 Resultatdiskussion ... 22

10 Slutsats ... 26

11 Kliniska implikationer ... 27

12 Förslag till fortsatt forskning ... 27

13 Referenser ... 28

Bilagor

Bilaga 1 – Etisk egengranskning
Bilaga 2 – Godkännande av verksamhetschef
Bilaga 3 – Informationsbrev till BHV-sjuksköterskor
Bilaga 4 - Samtyckesformulär
Bilaga 5 – Intervjuguide

1 Inledning

Barn och ungdomar med övervikt är ett växande problem både nationellt och globalt och utgör ett stort hot mot folkhälsan (WHO, 2024). Övervikt i barndomen kvarstår ofta upp i vuxen ålder och ökar risken för långsiktiga hälsokonsekvenser (Frithioff-Bøjsøe et al., 2022). Enligt den senaste mätningen från 2020 beräknas över hundratusen 4-åringar i Sverige ha övervikt, vilket på populationsnivå utgör en betydande andel av befolkningen, omkring 13 procent (Folkhälsomyndigheten, 2025). Globalt beräknas över 35 miljoner barn i samma åldersgrupp ha övervikt under år 2024 (WHO, 2024). För omkring 50 år sedan var övervikt bland barn under fem år ett relativt sällsynt fenomen globalt, med en uppskattad prevalens på cirka 11 miljoner barn. Sedan dess har antalet barn med övervikt ökat markant, särskilt i regioner som Asien och Afrika, men även i höginkomstländer har andelen barn med övervikt i de yngre åldersgrupperna ökat (Ng et al., 2014). Övervikt är associerat med en förhöjd risk för en rad hälsoproblem senare i livet, såsom hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, hyperlipidemi, astma, muskel- och ledproblem, oro, depression och sömnbesvär (Drożdż et al., 2021, Kumar et al., 2020). Tidiga interventioner är betydande för att motverka den negativa utvecklingen.

Under den verksamhetsförlagda utbildningen upplevde författarna att arbetet med övervikt hos barn utgjorde både ett växande problem och en utmaning för barnhälsovården. Begreppet övervikt upplevdes som särskilt känsloladdat och förknippades ofta med negativa känslor som skuld och skam hos vårdnadshavarna under samtalen med barnhälsovårdsjuksköterskan (BHV-sjuksköterskan). Denna intervjustudie syftar därmed till att få en djupare förståelse för hur BHV-sjuksköterskor upplever mötet med vårdnadshavare till barn med övervikt. I studien används begreppet upplevelser i syfte att beskriva BHV-sjuksköterskans subjektiva erfarenheter i mötet med vårdnadshavare till överviktiga barn, där begreppet upplevelser inbegriper känslomässiga, kognitiva och kroppsliga dimensioner samt hur dessa erfars i ett specifikt kontextuellt tid och rum (Ajjawi et al., 2024).

2 Bakgrund

2.1 Definition av övervikt och obesitas hos barn

Barnhälsovårdens arbete utgår från nationella riktlinjer, där tillväxtkurvor används som ett centralt verktyg för att tidigt identifiera barn som riskerar att utveckla övervikt eller obesitas (Derwig & Bengtsson-Briggert, 2023; Socialstyrelsen, 2023). Taylor et al. (2019) betonar att regelbunden uppföljning av barns tillväxt med hjälp av dessa diagram är avgörande för att upptäcka avvikelser i tillväxtmönstret i ett tidigt skede, vilket möjliggör snabbare och mer effektiva förebyggande insatser.

Body mass index, BMI, är det mätinstrument som används för vuxna från 18 års ålder. BMI räknas ut genom att kroppsvikten (kg) divideras med kroppslängden i kvadrat (m^2), vilket ger en beskrivning av förhållandet mellan vikt och längd. För att definiera övervikt och obesitas hos barn över 2 år i Sverige används begreppet iso-BMI (Holmgren, 2022a). Vid beräkning av iso-BMI tas flera faktorer med i beräkningen, dels då barn fortfarande växer på längden men också på grund av att kroppssammansättningen förändras vid olika tillväxtfaser (Magnusson, 2013). Barn vars iso-BMI motsvarar ett BMI på 25 eller högre klassificeras som överviktiga, medan ett iso-BMI motsvarande ett BMI på 30 eller mer definieras som obesitas (Magnusson, 2013; WHO, 2024). I det fortsatta arbetet har författarna valt att hålla

sig till begreppet övervikt, med motivering att även barn med obesitas uppvisar övervikt i ett tidigt utvecklingsskede.

2.1.1 Övervikt hos barn

Övervikt bland barn utgör ett växande folkhälsoproblem både i Sverige och globalt (WHO, 2024). Flera studier (Nylander et al., 2024; Svensson et al., 2016) visar att prevalensen är hög både i storstäder och landsbygdskommuner. Den är särskilt uttalad bland barn i familjer med låg utbildningsnivå eller som lever i ensamföräldraskap. Den sociala och geografiska ojämlikheten innebär att vissa grupper av barn löper en avsevärt högre risk att utveckla övervikt redan i förskoleåldern, vilket kan få långtgående konsekvenser för deras framtida hälsa (Lundkvist et al., 2023). Övervikt under barndomen kan, om den inte uppmärksammas och hanteras, utvecklas till obesitas, vilket är en kronisk sjukdom (Doñate Carramiñana et al., 2024; Huizing et al., 2025; Sahoo et al., 2015). Enligt WHO (2024) är övervikt resultatet av ett komplext samspel mellan flera faktorer, såsom obalans mellan energiintag och energiförbrukning, ohälsosamma kostvanor, fysisk inaktivitet, psykologiska faktorer, genetiska förutsättningar, socioekonomiska villkor, den omgivande miljön samt marknadsföring av ohälsosam mat. Barn som utvecklar obesitas löper en ökad risk att drabbas av både fysiska och psykiska följdsjukdomar, vilket ur ett samhällsperspektiv medför långsiktiga kostnader för vårdsystemet och samhället i stort (Sultana et al., 2023).

2.1.2 Riskfaktorer för övervikt och dess konsekvenser

Övervikt under tidig barndom medför flera riskfaktorer för hälsan på både kort och lång sikt. Tidiga livsstilsfaktorer, såsom kvaliteten på kosten under graviditet och barnets första levnadsår, har kopplats till framtida hälsoproblem som obesitas, diabetes typ 2 och hjärtsjukdomar (Ghosh et al., 2024; Langley-Evans, 2022). Forskning har visat ett samband mellan övervikt redan i spädbarnsåldern och en ökad risk för övervikt även i senare barndom och vuxenliv (Drożdż et al, 2021). Hälsotillstånd kopplade till övervikt under de första två levnadsåren är hyperlipidemi, astma, muskel- och ledproblem, oro, depression och sömnbesvär i vuxen ålder men också redan under barndomsåren (WHO 2024). Riskfaktorer för att utveckla övervikt under tidig barndom är bland annat otillräcklig fysisk aktivitet, tidig introduktion av fast föda före fyra månaders ålder samt för mycket skärmtid (Derwig & Bengtsson-Briggert, 2023). Även övervikt och rökning hos modern under graviditeten har visat sig öka risken för övervikt hos barnet (Behl et al., 2015; Schnurr et al., 2022; Voerman et al., 2019).

Övervikt ökar inte enbart risken för fysiska sjukdomstillstånd utan det ökar även risken för psykologiska och sociala konsekvenser (Folkhälsomyndigheten & Livsmedelsverket, 2025; Thaker et al., 2020). För personer med övervikt är känslor av otillräcklighet, skuld, skam samt nedsatt självkänsla vanligt förekommande och påverkar personens livskvalitet (Al-Aboudi et al., 2023; Lakhote & Massar, 2024). En negativ inställning till sig själv och den egna kroppen kan leda till att personen drar sig ifrån att delta i sociala aktiviteter (Dilsiz & Arslan, 2023). Dessa negativa tankar och självuppfattningar ökar risken att utveckla både depression och ätstörningar (Ivarsson et al., 2013).

2.2 Barnhälsovården och BHV-sjuksköterskans roll

För att kunna arbeta som sjuksköterska inom barnhälsovården (BHV), krävs en särskild behörighet och kompetens. Detta innefattar en specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot antingen distriktssköterska eller hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Inom ramen för barnhälsovårdens verksamhet intar därmed distriktssköterskan en central funktion och betraktas som en viktig nyckelperson i det tvärprofessionella arbetet (Rikshandboken i barnhälsovård, 2023).

BHV-sjuksköterskans arbete riktar sig till barn i åldrarna noll till fem år med huvudmål att stödja och främja barnets hälsa och utveckling genom att tidigt erbjuda förebyggande insatser, upptäcka hälsoproblem och ta tillvara på familjens resurser (Reuter, 2018). Arbetet utgår ifrån Rikshandboken för barnhälsovård, som är ett webbaserat metod- och kunskapsstöd för vårdpersonal inom BHV (Rikshandboken i barnhälsovård, 2023). Denna handbok har ett hälsofrämjande perspektiv och följer en nationell målbeskrivning och ett nationellt barnhälsoprogram (Socialstyrelsen, 2014). Inom ramen för sin specialistkompetens har BHV-sjuksköterskan utbildning och kunskap för att främja hela familjens välmående – såväl fysiskt som psykiskt, socialt och emotionellt. Genom att ge information och vägledning kring barnets utveckling kan familjer stärka sin förmåga att hantera de utmaningar som uppstår under uppväxten (Wright et al., 2002). BHV-sjuksköterskan har ett övergripande ansvar att följa barnets tillväxt och utveckling, där bland annat en avvikande viktutveckling kan indikera på ohälsa, orsakad av både av fysiska och psykosociala faktorer (Holmgren, 2022b).

Vid konstaterad övervikt ska ett strukturerat och vägledande familjesamtal med vårdnadshavare erbjudas, med eller utan barnets närvaro. Enligt föräldrabalken (1949:381, 6 kap. 2§) definieras vårdnadshavare som den eller de personer som enligt lag har det juridiska ansvaret över barnets personliga förhållanden, såsom omsorg, boende och beslut som rör barnets hälsa. Syftet är att kartlägga barnets vardagsrutiner och identifiera faktorer som kan påverka viktutvecklingen, såsom fysisk aktivitetsnivå samt barnets sociala sammanhang (Reuter, 2018). Kartläggning av barnets levnadsvanor utgör en central del i det hälsofrämjande arbetet inom barnhälsovården, där särskilt fokus läggs på måltidsmönster, portionsstorlekar, ätbeteende och sömnvanor (Håkansson, 2022). Detta överensstämmer med Livsmedelsverkets rekommendationer, som betonar vikten av regelbundna måltider, näringsrika livsmedelsval och minskad konsumtion av socker och mättat fett för att förebygga övervikt och främja god hälsa hos barn (Livsmedelsverket, 2024; Folkhälsomyndigheten, 2025). I samverkan med vårdnadshavaren utarbetas konkreta och hanterbara förändringar med målet att främja hälsosamma rutiner i vardagen (Håkansson, 2022). Vid förekomst av obesitas hos barn över två års ålder bör barnet remitteras vidare till ett specialiserat obesitasteam i enlighet med gällande vårdprogram och lokala riktlinjer (Derwig & Bengtsson-Briggert, 2023).

BHV-sjuksköterskan har dessutom en viktig roll i samarbetet mellan barnhälsovården och förskolan (Jansson, 2022). Förskolan kan spela en betydande roll i utvecklingen av övervikt hos små barn. Forskning (Black et al., 2017) har visat att barn som börjar i förskola redan vid ett års ålder löper en ökad risk att utveckla övervikt. I studien framkom även att förskolebarn generellt har en högre förekomst av övervikt jämfört med barn som under samma period vårdas i hemmet av sina vårdnadshavare. För att säkerställa en effektiv och individanpassad insats vid övervikt hos barn, behöver BHV-sjuksköterskan tillämpa ett helhetsperspektiv och

samverka med flera nyckelpersoner i barnets närmiljö. Detta innefattar samarbete med vårdnadshavare, personal inom förskoleverksamheten samt vid behov även obestiasteam (Jansson, 2022; Derwig & Bengtsson-Briggert, 2023).

2.2.1 Grunda sunda vanor-modellen

Inom barnhälsovården använder BHV-sjuksköterskan barncentrerade hälsosamtal som metod i mötet med barn och vårdnadshavare. Att initiera samtal om barns övervikt kan upplevas som en stor utmaning för BHV-sjuksköterskan. Det ansvar de har för att lyfta ämnet kan medföra en känslomässig påfrestning, särskilt om familjen inte vill engagera sig i de rekommenderade livsstilsförändringarna (Mäenpää & Vuori, 2021). Samtalen utgår från pedagogiska bilder och syftar till att på ett åldersanpassat och inkluderande sätt främja hälsosamma levnadsvanor samt stärka barnets delaktighet i samtalet. Ett exempel på ett sådant hälsosamtal är modellen *Grunda sunda vanor*, som vilar på såväl nationella och internationella folkhälsostrategier som styrdokument för hälsofrämjande arbete, familjestödjande insatser och barnkonventionens principer.

I hälsosamtalet får hela familjen vägledning, stöd och råd gällande bland annat hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet (Derwig & Håkansson, 2025). Modellen syftar också till att stärka familjens empowerment, det vill säga att öka tilltron till den egna förmågan att påverka sin hälsa och sitt välbefinnande i enlighet med ett familjefokuserat omvårdnadsperspektiv (Wright et al., 2002). Det är av stor betydelse att hälsosamtal inom barnhälsovården utformas på ett sätt som inte upplevs som dömande eller skuldbeläggande (Hooeg et al., 2018). Istället bör samtalen präglas av aktiv dialog och reflektion, där BHV-sjuksköterskan använder sig av öppna frågor för att uppmuntra delaktighet och utforskande. Ett neutralt, nyfiket och icke-värderande förhållningssätt är centralt för att kunna skapa förtroende och trygghet hos både barn och vårdnadshavare under sina möten på barnhälsovården (Derwig & Håkansson, 2025). Ett möte kan definieras som en interaktion mellan två eller flera individer där kommunikation sker för att utbyta information och skapa förståelse. I BHV-sjuksköterskans arbete innebär mötet ett samspel, mellan vårdpersonal, vårdnadshavare och barn, där både praktisk information och emotionellt stöd utbyts i syfte att främja barnets hälsa (Goffman, 1959).

2.2.2 Motiverande samtal

För att en individ ska kunna ändra sina levnadsvanor behöver denne se starka skäl som motiverar till förändring. Individen behöver även ha en tilltro till sin egen förmåga att kunna genomföra en förändring. BHV-sjuksköterskan använder sig av motiverande samtal (MI), under sina hälsobesök, vilket är en samtalsmetod som eftersträvar att hjälpa människor att hitta sin inre motivation till att förändra ett beteende. Genom att ställa öppna frågor, aktivt lyssna och informera stärker BHV-sjuksköterskan vårdnadshavaren i att själv komma fram till lösningar för att hjälpa det överviktiga barnet (Miller & Rollnick, 2023).

De flesta vårdnadshavare anser att samtal med BHV-sjuksköterskor om sitt barns övervikt ofta är känslosamma men i slutändan ändå hjälpsamma så länge de bemöts med ett lyhört och icke-klandrande förhållningssätt. Vilket i sin tur medför att vårdnadshavarna upplever stöd att kunna reflektera över sin situation och hitta olika strategier för att förbättra sina hälsovanor (Eli et al., 2022). Forskning (Kavookjian et al., 2020; Miller & Rollnick, 2023) visar även att MI-samtal kring barn med

övervikt och deras familjer generellt sett har lika goda effekter som hos vuxna. Skillnaden för framgången hos barn är dock att det behöver finnas stöd och medverkan av vårdnadshavare eller en annan vuxen person. Det är heller inte ovanligt att vårdnadshavarnas egna beteenden eller levnadsvanor också behöver motiveras till förändring för att lyckas förändra barnets vanor. Mot bakgrund av detta är det av stor vikt att vuxna i barnets närhet – i synnerhet vårdnadshavare – erbjuds stöd, vägledning och strukturerade insatser för att etablera och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor (Hagenäs & Sävendahl, 2020).

2.3 Familjens roll

En god kommunikation mellan vårdnadshavare och barn kring kost och hälsosamma levnadsvanor är av stor betydelse, särskilt med tanke på att barns ätbeteenden i hög grad utvecklas i åldern 1–6 år (Ek et al., 2016). Barns matpreferenser, matintag och viktutveckling följer ofta med genom uppväxten och formas primärt av hur vårdnadshavarnas levnadsvanor och beteenden ser ut (Fontanezi et al., 2024; Laws et al., 2015; Mahmood et al., 2021). Beroende på vilka förutsättningar som finns i barnets hemmiljö, i form av exempelvis tillgång till mat ger det också olika förutsättningar för levnadsvanor och en hälsosam livsstil (Nogueira-de-Almeida et al., 2024).

Livsstilsförändringar hos en familjemedlem påverkar i regel hela familjen, vilket innebär att även övriga familjemedlemmar behöver förhålla sig till de insatser som vidtas och anpassa sina beteenden, snarare än att upprätthålla tidigare vanemönster (Sela et al.,2022). Samtal om övervikt är en känslig fråga då det speglar familjens levnadsvanor och är delvis en konsekvens av deras livsstil och medvetenhet om problemet (Sjunnestrand et al., 2019). Detta belyser familjens centrala roll i att främja barnets hälsa, då vårdnadshavares attityder, levnadsvanor och engagemang har ett betydande inflytande på barnets hälsorelaterade beteenden och långsiktiga utveckling.

3 Teoretisk referensram: Familjefokuserad omvårdnad

Familjefokuserad omvårdnad utgår från ett systemiskt förhållningssätt och betonar vikten av att se hela familjen som en enhet, snarare än att enbart fokusera på den enskilda individens upplevelse av ohälsa och sjukdom (Wright et al., 2002). Denna modell är relevant för studien eftersom barns hälsa och levnadsvanor i hög grad påverkas av familjens gemensamma vanor och interaktioner. Genom ett familjefokuserat perspektiv kan BHV-sjuksköterskan på ett delaktigt och stödjande sätt främja familjens förmåga att etablera och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor. Systemteorin belyser hur olika delar, såsom helhet, relationer, funktioner, sammanhang och mönster, hänger samman och påverkar varandra i ett kontinuerligt kretslopp (Wright et al., 2002). När en person exempelvis ändrar sina levnadsvanor, påverkas även individerna runt omkring, vilket visar på att hela familjen har en betydande roll då en familjemedlem bestämt sig för att göra en förändring (Henderson, 2021).

Inom familjefokuserad omvårdnad definieras familjen som en grupp personer som inte nödvändigtvis är bundna till varandra biologiskt eller juridiskt. Familjer kan se

olika ut beroende på kulturella och sociala sammanhang och familjen bestämmer själva vilka som ska ingå, alla typer av familjekonstellationer är tillåtna. Wright et al. (2002) betonar att fokus istället ligger på familjerelationerna och hur de påverkar varandra och den enskilde individens välbefinnande och hälsa. Genom att tillvarata familjemedlemmarnas kompetenser och resurser kan BHV-sjuksköterskan, i samarbete med familjen, bidra till att främja barnets hälsa och stödja utvecklingen av hälsosamma levnadsvanor (Henderson, 2021).

En öppen och respektfull kommunikation från BHV-sjuksköterskan bidrar till att skapa förtroende i mötet med familjen, vilket gör det lättare att identifiera och möta de behov som finns (Wright et al., 2002). Vidare betonar Wright et al. (2002) att när samarbetet mellan BHV-sjuksköterska och familj bygger på ömsesidig respekt för varandra och bedrivs helt utan hierarki skapas en delaktighet. Vilket leder till att det blir lättare för familjen att själva komma till insikt i vilka resurser och behov av vård som finns samt fatta beslut om förändring, medan BHV-sjuksköterskan kan ge stöd och skapa förutsättningar för att underlätta processen. Ett aktivt och medvetet engagemang från vårdnadshavarens sida utgör en avgörande faktor för att uppnå positiva utfall inom familjefokuserad omvårdnad. När vårdnadshavare visar vilja att främja barnets hälsa och utveckling skapas bättre förutsättningar för att genomföra hälsofrämjande insatser på ett effektivt sätt.

4 Problemformulering

Övervikt är ett växande folkhälsoproblem i vårt moderna samhälle och allt fler barn uppfyller kriterierna för övervikt. Barn med övervikt löper en ökad risk för övervikt även i vuxen ålder, vilket kan medföra både fysiskt och psykiskt lidande för individen samt resultera i betydande samhällsekonomiska kostnader och en ökad belastning på hälso-och sjukvården. Inom BHV har distriktssköterskan, i sin roll som BHV-sjuksköterska, en central funktion i det förebyggande arbetet. BHV-sjuksköterskan möter barnet och dess vårdnadshavare redan under de första levnadsdagarna, och följer barnets tillväxt och utveckling regelbundet upp till fem års ålder genom sina hälsobesök. Inom ramen för dessa besök tillämpas en familjefokuserad omvårdnad, vilket inkluderar samtal om levnadsvanor samt kontinuerlig utvärdering av barnets längd- och viktkurvor. Vårdrelationen blir därmed ett samspel där både familjen och BHV-sjuksköterskan bidrar med sina kunskaper, vilket är centralt inom vårdvetenskapen där fokus riktas mot relationens betydelse, delaktighet och en helhetssyn på människans livssituation.

Samtal med vårdnadshavare om barnets övervikt kan upplevas som svåra och känsliga och utgöra en utmaning i BHV-sjuksköterskans arbete. Trots tidigare forskning kvarstår ett fortsatt behov av ökad förståelse för hur BHV-sjuksköterskor upplever att dessa möten fungerar. En fördjupad kunskap inom detta område är därmed av betydelse för att kunna identifiera såväl utmaningar som behov i det praktiska arbetet, vilket i sin tur kan främja ett mer effektivt hälsofrämjande arbete inom barnhälsovården.

5 Syfte

Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskans upplevelser av att möta vårdnadshavare till barn med övervikt.

6 Metod

6.1 Design

För att besvara studiens syfte valdes en kvalitativ forskningsdesign med induktiv ansats, eftersom denna metod möjliggör en fördjupad förståelse av individers subjektiva upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). Den kvalitativa designen syftar till att förstå helheten i forskningsproblemet, och med en induktiv ansats hämtas kunskap direkt från empirin (Flanagan & Beck, 2025), i den här studien med hjälp av semistrukturerade intervjuer.

6.2 Urval

Sju av deltagarna valdes ut genom ett ändamålsenligt urval och tre av deltagarna genom snöbollsurval, då författarna ville att deltagarna skulle ha erfarenhet av det fenomen som studien syftar till att beskriva (Graneheim & Lundman, 2004). Inklusionskriterierna för deltagarna var specialistutbildade distriktssköterskor alternativt barnsjuksköterskor med minst ett års arbetslivserfarenhet på BHV i södra hälso- och sjukvårdsregionen. Urvalet av både distriktssköterskor och barnsjuksköterskor motiveras av att båda yrkesgrupperna har en vidareutbildning som krävs för att arbeta inom barnhälsovården samt bedöms kunna bidra med värdefulla upplevelser av fenomenet. Deltagarna skulle även ha mött och arbetat med övervikt, då en viss erfarenhet krävs för att kunna besvara studiens syfte. BHV-sjuksköterskor som varit yrkesverksamma för mer än fem år sedan exkluderades från studien. Då författarna avsåg att återspegla hur fenomenet ser ut idag, är det logiskt att fokusera på personer som är aktiva inom området eller nyligen varit det (Graneheim & Lundman, 2004).

Först kontaktades verksamhetschefen i Region Kalmar, som erhöll både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Efter att samtycke till studien givits från verksamhetschefen, skickades informationsbrev och samtyckesblankett vidare till respektive BHV-verksamhet för att tillfråga BHV-sjuksköterskor om intresse att delta i studien. Då det upplevdes mycket svårt att rekrytera BHV-sjuksköterskor till studien, valde författarna att utöka inklusionskriterierna till hela södra hälso- och sjukvårdsregionen samt att även rekrytera några deltagare via snöbollsurval. Flanagan och Beck (2025) beskriver det som en rekryteringsmetod där fokus ligger på att initiala deltagare ombeds att identifiera eller hänvisa andra personer som också passar in i studien. På detta sätt sprids informationen vidare genom deltagarnas nätverk, vilket möjliggör rekrytering av fler relevanta deltagare. På så vis inkluderades även BHV-sjuksköterskor som tagit kontakt med författarna efter att fått höra om studien på sina arbetsplatser.

6.3 Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom enskilda semistrukturerade intervjuer i syfte att få en fördjupad förståelse av BHV-sjuksköterskors upplevelser. Intervjuerna spelades in med ljud och genomfördes på plats eller via Zoom under september 2025.
Alla BHV-sjuksköterskor som deltog i studien erhöll ett skriftligt informationsbrev om studien (Bilaga 3) och lämnade ett skriftligt eller muntligt samtycke (Bilaga 4). Inför genomförandet av de semistrukturerade intervjuerna gjordes en provintervju med en person med lång erfarenhet i det område som skulle studeras. Syftet med provintervjun var att testa och utvärdera den utformade intervjuguiden (Bilaga 5) för

att sedan bedöma om frågorna var relevanta, tydliga och om de svarade an på studiens syfte eller om något behövde förtydligas eller justeras (Kallio et al, 2016).

Författarna utgick från en egenskriven intervjuguide (Bilaga 5) med förutbestämda frågor framtagna för att besvara studiens syfte, men ställde även följdfrågor eller omformulerade sina frågor under intervjun för att få en djupare och mer detaljerad förståelse av fenomenet. Följdfrågorna utgjordes av exempelvis "Kan du utveckla ditt svar ytterligare?" eller "Kan du ge ett exempel?". Intervjuguiden innehöll fem bakgrundsfrågor och 13 intervjufrågor, där merparten av intervjufrågorna utgjordes av öppna frågor för att deltagarna skulle ges möjlighet att uttrycka sina egna tankar och reflektioner (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna utförde fem intervjuer vardera. Tre av intervjuerna utfördes på plats och de resterande sju intervjuerna utfördes via zoom. Alla intervjuer utfördes ostört i en lugn miljö och varierade mellan 24 och 45 minuter, med en medianlängd på 35 minuter. Författarna upplevde datamättnad efter åtta intervjuer, men genomförde ytterligare två intervjuer för att säkerställa att inga nya mönster eller kontexter framkom.

6.4 Dataanalys

För att analysera de inspelade intervjuerna användes en kvalitativ manifest innehållsanalys vars metod utgår ifrån att beskriva människors erfarenheter, upplevelser och åsikter (Graneheim & Lundman, 2004). Fokus låg på att identifiera och beskriva det synliga innehållet i intervjuerna.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) inleddes analysprocessen med en ordagrann transkribering av intervjuerna, följt av att båda författarna läste materialet flera gånger för att få en helhetsbild och successivt fördjupa förståelsen. Analysprocessen genomfördes därefter i samverkan mellan författarna för att säkerställa en gemensam förståelse samt för att diskutera intryck och tolkningar av materialet.
I steg två delades texten in i meningsenheter i form av ord, meningar eller stycken som relaterade till studiens syfte. I steg tre kondenserades dessa enheter för att förkorta och sammanfatta innehållet utan att förlora den centrala innebörden. I steg fyra skapades koder utifrån de kondenserade meningsenheterna, beroende på deras innehåll. De koder med liknande innebörd fördes samman och sorterades. I steg fem bildade koderna i sin tur underkategorier utifrån återkommande mönster, vilket slutligen ledde fram till att huvudkategorier framträdde som svarade på studiens syfte, enligt Graneheim & Lundmans (2004) kvalitativa analysmetod. Då analysarbetet färdigställts skapades ett resultat för studien bestående av tre kategorier och åtta underkategorier.

Tabell 1: Exempel på analysen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
"Hmm…de saknar ju det här med hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes, att det är det vi vill förebygga.."	Vårdnadshavare saknar kunskap om det sjukdomsförebyggande syftet	Kunskapsbrister kring sjukdomsförebyggande syftet.	Bristande kunskap hos vårdnadshavare	Hindrande faktorer i mötet.
"Jag börjar alltid tidigt att visa vårdnadshavarna barnets tillväxtkurva så de känner sig bekanta med den, då kan de själva se vad som har hänt och utvecklingen".	Använder tillväxtkurvor regelbundet för att visa barnets utveckling.	Tydlig visuell kommunikation.	Pedagogiska arbetsmetoder.	Förutsättningar för ett bra möte.
"Jag tror att det behövs ett bättre samarbete med förskolan och deras pedagoger. Barnen äter kanske mer måltider där än hemma och då kan man vara hur duktig som helst hemma men de äter för mycket på förskolan, då är man maktlös som förälder".	Förbättrad samverkan med förskolan, eftersom föräldrar kan känna sig maktlösa om barnen äter för mycket där.	Bristande samverkan mellan BHV, förskola och vårdnadshavare/hem	Förbättrad samverkan	Organisatoriska och strukturella aspekter som påverkar mötet.

6.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna gjorde en egengranskning av forskningsprocessen (Bilaga 1) i syfte att identifiera eventuella brister och därigenom stärka studiens trovärdighet och kvalitet. Ett rådgivande yttrande erhölls från etikkommittén sydost (daterat 2025-06-18, diarienummer 1123-2025). Vidare implementerades en GDPR-strategi för att säkerställa att hanteringen av personuppgifter följde gällande dataskyddsförordning (EU) 2016/679 och därmed garanterade deltagarnas integritet och rättssäkerhet under hela forskningsprocessen. Författarna har i enlighet med Vetenskapsrådet (2017) tagit hänsyn till de fyra principerna; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Innan intervjustudien inleddes, genomfördes en noggrann risk-nytta-analys för att säkerställa att deltagarnas välbefinnande skyddades genom hela processen, i enlighet med principerna i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013). De potentiella riskerna såsom emotionell belastning och utlämnande av känslig information, bedömdes som begränsade och hanterades genom tillämpning av relevanta skyddsåtgärder. Deltagarna fick tydlig information om studiens syfte, att deltagandet var helt frivilligt och att de när som helst kunde välja pausa eller avbryta sin medverkan i studien utan några konsekvenser (World Medical Association, 2013). Den förväntade nyttan med studien ansågs överväga de identifierade riskerna då studien förväntas bidra med ökad kunskap om BHV-sjuksköterskors upplevelser

av mötet med vårdnadshavare till barn med övervikt, vilket i sin tur kan leda till förbättrade hälsoinsatser på sikt.

Verksamhetscheferna för BHV-sjuksköterskorna erhöll först information om syftet med studien och hur utförandet planeras, för att därefter kunna lämna sitt godkännande (Bilaga 2). Samtliga deltagare erhöll skriftlig information om studien (Bilaga 3) och erbjöds möjlighet att ställa frågor innan de gav ett skriftligt och eller muntligt samtycke till sitt deltagande (Bilaga 4) enligt GDPR (EU 2016/679). För att skydda deltagarnas integritet avidentifierades deltagarna i studien för att minska möjligheten till identifiering. Eventuellt känsliga personuppgifter eller information om tredje person exkluderades helt från studien om det inte gick att avidentifiera. Allt intervjumaterial och alla ljudfiler sparades ner på en usb-sticka och förvarades i säkerhet i ett lösenordsskyddat skåp enligt GDPR (EU 2016/679) under studiens gång samt hölls oåtkomliga för andra än författarna. Då studien blivit godkänd raderas och förstörs allt material.

6.5.1 Förförståelse

Författarnas förförståelse grundar sig i deras utbildning till distriktssköterska samt deras tidigare erfarenheter från den verksamhetsförlagda utbildningen inom barnhälsovård. Genom dessa erfarenheter har författarna fått en inblick i BHV-sjuksköterskans arbete och de utmaningar som kan uppstå i mötet med vårdnadshavare till överviktiga barn. Författarna bär därmed med sig vissa föreställningar om yrkesrollen, kommunikationens komplexitet och de emotionella aspekter som kan aktualiseras i dessa möten. Enligt Flanagan och Beck (2025) är det centralt i kvalitativa studier att författarna är medvetna om sin egen påverkan på forskningsprocessen. Förförståelse kan inte helt elimineras, men genom ett reflexivt förhållningssätt kan den synliggöras och hanteras. För att medvetandegöra och reflektera över den egna påverkan på både insamlad och analyserad data har författarna fört regelbundna anteckningar och samtal under hela forskningsprocessen. Detta har hjälpt författarna att identifiera eventuella förutfattade meningar och att kritiskt granska sina tolkningar av det insamlade materialet.

7 Resultat

Studiens resultat baseras på tio kvinnliga BHV-sjuksköterskors upplevelser av att möta vårdnadshavare till överviktiga barn. Deltagarna hade mellan 1,5 och 14 års erfarenhet av arbete inom barnhälsovård, med en median på cirka 7 år och arbetade just nu på BHV eller varit yrkesaktiva under de senaste fyra åren. Analysen resulterade i tre huvudkategorier och åtta underkategorier, vilka tillsammans utgör grunden för studiens resultat. De framträdande huvudkategorierna var: *Hindrande faktorer i mötet* där bristande kunskap och medvetenhet hos vårdnadshavare framstod som centrala, vilket belyser vikten av att anpassa BHV-sjuksköterskans bemötande utifrån familjens individuella förutsättningar för att lättare kunna påverka mottagligheten för förändring. *Förutsättningar för ett bra möte* innefattade betydelsen av BHV-sjuksköterskornas hälsofrämjande förhållningssätt där ett empatiskt och kommunikativt bemötande i kombination med delaktighet lyftes fram som betydande faktorer. *Organisatoriska och strukturella aspekter som påverkar mötet* lyfter behovet av förbättrad samverkan och fortbildning för att stödja arbetet med överviktiga barn. Under respektive huvudkategori redovisas de underkategorier som framkom genom analysprocessen.

Tabell 2: Bakgrundsvariabler för informanter

Bakgrundsvariabler för informanter	
Kön	
Kvinnor	10
Ålder	
Variationsbredd (median)	33-60 år (45)
Utbildning	
Specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssköterska	9
Specialistsjuksköterska med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	1
Yrkesverksamma år inom BHV	
Variationsbredd (median)	1,5-14 år (7)

Tabell 3: Underkategorier och kategorier

Underkategori	**Kategori**
Vårdnadshavarens känslomässiga reaktioner	Hindrande faktorer i mötet
Bristande kunskap hos vårdnadshavaren	
BHV-sjuksköterskans emotionella utmaningar	
Relationens betydelse	Förutsättningar för ett bra möte
Vårdnadshavarens medvetenhet och mottaglighet	
Pedagogiska arbetsmetoder	
Förbättrad samverkan	Organisatoriska och strukturella aspekter som påverkar mötet
Fortbildning	

7.1 Hindrande faktorer i mötet

7.1.1 Vårdnadshavarens känslomässiga reaktioner

BHV-sjuksköterskorna upplevde att samtal om övervikt ofta kunde väcka starka emotionella reaktioner hos vårdnadshavare, vilket ställde krav på god kommunikativ förmåga och förhållningssätt. Betydelsen av att skapa ett tillitsfullt samtalsklimat präglat av empati, lyhördhet och icke-dömande bemötande, framhölls som central. Genom att bekräfta vårdnadshavarnas känslor och möta dem med respekt kunde BHV-sjuksköterskorna bidra till att stärka familjens egna förmågor och därigenom främja en aktiv delaktighet i det hälsofrämjande arbetet. Genom att utgå ifrån en hälsofrämjande inriktning, snarare än ett problemfokuserat synsätt, lyftes fram som ett sätt att minska risken för motstånd, missförstånd och vårdundvikande.

Det framkom att BHV-sjuksköterskorna upplevde att samtal om barnets vikt kunde utlösa känslor av otillräcklighet hos vårdnadshavarna, där känslan av att bli ifrågasatt i sin föräldraroll var återkommande. Emotionellt starka reaktioner förekom, och ämnet upplevdes i vissa fall som påfrestande, vilket i sin tur kunde leda till en ovilja att diskutera ämnet eller en önskan om att undvika det helt.

"...de blir kränkta, det blir ett påhopp liksom. Så även om man säger det väldigt fint, och väldigt bra med några få ord så blir det väldigt känsligt. Tyvärr. Så nä, det är en utmaning" (informant nr 9).

I samtalen om barns övervikt mötte BHV-sjuksköterskorna varierande reaktioner från vårdnadshavarna, vilket tydliggjorde ämnets komplexitet. Vissa vårdnadshavare visade medvetenhet om problematiken medan andra reagerade med förvåning, förnekelse eller motstånd, vilket försvårade möjligheterna till en konstruktiv dialog. En försvarsställning hos vårdnadshavarna framstod som en återkommande utmaning i kommunikationen, främst då oron för barnets viktproblematik sällan uppfattades beröra framtida somatiska hälsoproblem. Istället uttrycktes oro kring risken att utsättas för mobbning i skolan, utveckla ätstörningar eller prestera sämre i fysiska aktiviteter. I vissa fall väckte samtalen starka emotionella reaktioner, vilket kunde uttryckas i verbal kritik riktad mot BHV-sjuksköterskan i form av missnöje eller genom att byta till en annan BHV-sjuksköterska.

> Säger dom det inte rakt ut så får vi reda på det efteråt, för antingen så vill dom inte ha med oss att göra längre, utan vill byta till en annan BHV-sköterska, eller så, eeh, ah, att man liksom får höra vid nästa besök att nä vi vill inte ha någon diskussion om maten. (Informant nr 2)

BHV-sjuksköterskornas upplevelse var att vårdnadshavarnas emotionella reaktioner i samtal om barnets övervikt i stor utsträckning påverkades av deras egna erfarenheter och inställningar, särskilt om de själva tidigare kämpat med viktproblematik. Även könsspecifika mönster i reaktionerna uppmärksammades; mammor tenderade att reagera känslomässigt, medan pappor i större utsträckning förhöll sig mer sakligt. Detta belyser betydelsen av BHV-sjuksköterskans behov av att ta hänsyn till vårdnadshavarnas egna livserfarenheter och känslor genom ett individanpassat och empatiskt bemötande.

Vårdnadshavares hantering av barns övervikt präglades ofta av känslor av osäkerhet, otillräcklighet och en upplevelse av att problemet var övermäktigt enligt BHV-sjuksköterskorna. Barnets potentiella motstånd mot nya vanor, liksom de krav

i familjens vardag som detta innebar, uppfattades som en känsla av hinder. Problematiken sågs som komplex och tätt kopplad till hela familjens livssituation och föräldraskap. Uppföljningsbesök inom barnhälsovården kunde upplevas som särskilt belastande när förväntade resultat uteblev, vilket upplevdes skapa känslor av misslyckande hos vårdnadshavarna.

7.1.2 Bristande kunskap hos vårdnadshavaren

BHV-sjuksköterskorna upplevde en begränsad kunskap och medvetenhet kring risker och konsekvenser med övervikt hos barn, både hos vårdnadshavare och inom samhället i stort. Även när viss insikt fanns uttrycktes ofta en föreställning om att problemet var övergående och inte krävde tidiga åtgärder. Stor vikt lades på att arbeta hälsofrämjande genom att stärka hela familjens medvetenhet och förståelse för viktrelaterade hälsorisker, samt att bygga upp en gemensam grund för förändringsarbete.

"...de tycker att man börjar för tidigt… låt barnen vara barn" (Informant nr.7).

Det framkom att vårdnadshavare ibland kunde uppvisa svårigheter i att tolka och acceptera isoBMI-resultat, särskilt i de fall där barnets övervikt inte var uppenbart synlig vid en visuell bedömning eller när barnet alltid följt sina tillväxtkurvor.

> ...man kan se att barnet ligger, vi säger medel på längden, och den har gjort det hela tiden, men sen så ligger den lite snäppet över medel då på vikten, och det har den gjort hela tiden liksom, den håller det. Och då när jag switchar om till eeeh, BMI, blir det ju förstås övervikt, för den är ju för kort, om man säger så. De föräldrarna som har det så… nä, dom har svårt att ta till sig BMI… (Informant nr. 2)

En begränsad kunskap om vad som utgör en normal portionsstorlek och hälsosamma matvanor uppmärksammades. Övervikt relaterades sällan bero på överkonsumtion av sötsaker, utan snarare till stark aptit i kombination med för stora eller för många portioner.

"En del säger att "mitt barn äter en normal portion till varje måltid" men vad är en normal portion? De kan ha helt fel uppfattning" (Informant nr. 1).

Vårdnadshavare tenderade emellanåt att misstolka barnhälsovårdens och BHV-sjuksköterskans intentioner rörande arbetet att förebygga övervikt hos barn. Det förekom uppfattningar om att barnhälsovårdens insatser syftade till att uppmana familjer att låta barnet gå på dieter eller banta, vilket inte överensstämmer med barnhälsovårdens hälsofrämjande uppdrag.

"Jag tycker inte att det är ovanligt att man får höra från föräldrar att "På BHV bantar man barn" (Informant nr. 6).

Vidare framkom att BHV-sjuksköterskorna upplevde att flera vårdnadshavare uppfattade att samtal om övervikt fokuserade på barnets utseende snarare än dess hälsa. Dessa missuppfattningar tydliggjorde behovet av att BHV-sjuksköterskorna på ett tydligt och lyhört sätt förmedla samtalets syfte, med betoning på barnets fysiska och psykiska välbefinnande genom att se varje familj individuellt och anpassa informationen och mötet efter deras specifika omständigheter.

"...det är väldigt viktigt att förtydliga det här för föräldrarna, att det handlar inte om utseende. Utan att detta handlar om att förebygga sjukdomar framöver" (Informant nr. 5).

En återkommande beskrivning av BHV-sjuksköterskorna var att vårdnadshavare ofta saknade en realistisk bild av hur ett normalviktigt barn faktiskt ser ut. Det framkom att ett barn vars vikt låg inom tillväxtkurvans normalspann kunde av vårdnadshavare uppfattas som underviktigt, trots att det egentligen var förenligt med en god hälsa. Denna bristande samsyn mellan BHV-sjuksköterskan och vårdnadshavaren påverkade även uppfattningen om vilka barn som klassificerades som överviktiga eller inte.

Kommunikationen kring barns övervikt kunde försvåras i mötet med vårdnadshavare som hade neuropsykiatriska eller intellektuella funktionsnedsättningar. Särskilt lyftes utmaningen att förmedla information på ett sätt som uppfattades och tolkades i enlighet med dess avsikt, liksom svårigheter att bemöta frågor som upplevdes som svårtolkade eller avvek från det förväntade samtalsmönstret.

Även kulturella faktorer identifierades påverka och försvåra samtalet enligt BHV-sjuksköterskorna, då övervikt i vissa fall kunde betraktas som ett tecken på välstånd och god hälsa, vilket försvårade möjligheten att etablera en gemensam problemförståelse. Dessa familjer kunde även ha en matkultur som skilde sig från den svenska, exempelvis gällande regelbundna måltider och undvikande av småätande. BHV-sjuksköterskorna kände därför att de behövde vara extra tydliga vid informationsgivning och vägledning och ibland gå in mer i detalj än med svenska familjer.

7.1.3 BHV-sjuksköterskans emotionella utmaningar

Mötet med vårdnadshavare till barn med övervikt upplevdes som utmanande av BHV-sjuksköterskorna, oberoende av yrkeserfarenhet. Samtalen beskrevs ofta som känsliga, vilket kunde skapa en upplevelse av obehag och osäkerhet i den professionella rollen.

"Man får lite känslan av att vara boven i det hela, när man egentligen bara vill hjälpa till" (Informant nr. 3).

En återkommande aspekt som framkom hos BHV-sjuksköterskorna var oron inför samtal om barnets vikt. Denna oro var synlig både före och under samtalet och förstärktes i situationer där barnets övervikt var tydligt synlig. Vilket skapade en förväntan om ett potentiellt känsloladdat samtal som präglades av empati, respekt och professionalitet. Att förmedla information på ett varsamt och genomtänkt sätt lyftes fram som centralt för att bevara en god relation med familjen.

"Man får ju verkligen tänka på vad man säger, så att man inte kränker föräldrarna" (Informant nr. 9).

Samtal om barns övervikt i barnets närvaro upplevdes som olämpligt och väckte obehag hos BHV-sjuksköterskorna, då det fanns en oro för att barnet kunde uppfatta innehållet och påverkas negativt. För att skydda barnet valde majoriteten att begränsa informationsgivningen under besöket och istället planera in fördjupade samtal med vårdnadshavare vid senare tillfällen utan barnets närvaro. En frustration

som uttrycktes var att vissa vårdnadshavare avböjde samarbete med obesitasteamet, vilket i och med samtyckeskravet försvårade vidare insatser. Det förekom även att vårdnadshavare ibland valde att acceptera erbjudandet om en remiss, enbart för att undvika fortsatt diskussion, vilket sedan resulterade i uteblivna besök.

“Föräldrarna bestämmer ju och vi kan inte göra något, vi är ganska hjälplösa då” (Informant nr. 4).

Vidare beskrev BHV-sjuksköterskorna arbetet med övervikt hos barn som tidskrävande, samtidigt som kontinuerlig uppföljning lyftes fram som avgörande för att stödja familjer i att etablera hälsosamma levnadsvanor. Tidsbrist utgjorde ett av de främsta hindren och innebar att BHV-sjuksköterskor ibland tvingades prioritera bort andra arbetsuppgifter. Den ökade omfattningen av överviktsrelaterade insatser inom basprogrammet aktualiserade därmed behovet av att ledningen säkerställer en bemanning i förhållande till antalet barn som omfattas av verksamheten.

“...det läggs på mer och mer i basprogrammet, och det läggs på mer och mer vad vi ska göra extra, och då kanske man får tänka på antalet barn per BHV-sjuksköterska också. Ehm, så att man inte glömmer det“ (Informant nr. 7).

7.2 Förutsättningar för ett bra möte

7.2.1 Relationens betydelse

BHV-sjuksköterskornas förhållningssätt framstod som centralt i det hälsofrämjande arbetet, där ett individualiserat bemötande utifrån familjens unika förutsättningar och behov betonades. En etablerad och förtroendefull relation med vårdnadshavare underlättade kommunikationen och ökade mottagligheten för information, även i situationer där uppfattningar om problematiken skilde sig åt.

“Det är en speciell relation man får till vårdnadshavarna när man träffar eller pratar med dem ofta” (Informant nr. 3).

Ett centralt fynd var att vårdnadshavares upplevelse av att bli bekräftade och lyssnade på främjade delaktighet i samtalet. Tydlig och anpassad kommunikation lyftes fram som en grundläggande förutsättning för att skapa förståelse för samtalets syfte och innehåll, vilket i sin tur ansågs vara en förutsättning för att väcka motivation till att främja barnets hälsa och välbefinnande.

“Det bästa är ju om de är nyfikna, att man kan fråga vad de själva tycker, hur vardagen fungerar, om de själva tänker att man kan förändra något” (Informant nr. 8).

Vikten av att anpassa insatser efter familjens förutsättningar betonades, där gradvisa och realistiska förändringar prioriterades framför höga krav. Tillräcklig tid för reflektion och stöd ansågs nödvändigt för att skapa förståelse och engagemang. Kontinuerlig uppföljning samt tillhandahållande av individanpassad information muntligt, skriftligt, via telefon eller i personliga möten lyftes fram som centrala strategier för att främja långsiktig förändring, även om effekten inte alltid var omedelbar.

7.2.2 Vårdnadshavarens medvetenhet och mottaglighet

Vårdnadshavares medvetenhet och motivation framstod som en avgörande betydelse för samtalets förutsättningar till förändringsarbete. När insikt och vilja till förändring fanns, kunde BHV-sjuksköterskorna arbeta mer målinriktat med rådgivning, vilket ökade förutsättningarna för hållbara livsstilsförändringar på familjenivå. Vikten av att bygga en vårdrelation utifrån ett partnerskap betonades, där familjens resurser, behov och engagemang togs tillvara i en gemensam strävan mot förbättrad hälsa.

> Men det är ju även föräldrar som själva har gått ner i vikt när vi har pratat om det här med barnen, så det kan ju ge ringar på vattnet, positiv effekt, till bättre sunda grunda vanor för hela familjen. (Informant nr. 5)

I kontrast upplevdes samtal om barns övervikt som särskilt utmanande när vårdnadshavare saknade insikt, förnekade problemet eller visade låg motivation till förändring. Oenighet mellan separerade vårdnadshavare försvårade ytterligare, särskilt när endast den ena parten erkände behovet av stöd. Även hos insiktsfulla vårdnadshavare kunde motstånd förekomma, exempelvis i form av bortförklaringar eller ovilja att ta emot hjälp. I vissa fall fanns kunskap om hälsosamma vanor, men ingen motivation till förändring, fokus låg snarare på nuvarande livssituation än på potentiella framtida hälsorisker.

“De negligerar och vill inte tänka eller se framåt, de stannar här och nu, mitt barn är bara 3, 4, 5 år gammalt…” (Informant nr. 10).

Vissa vårdnadshavare uppfattades utgå ifrån att problemet enbart låg hos barnet, snarare än att reflektera över sin egen roll i att möjliggöra hälsosamma levnadsvanor. En bristande insikt i det föräldraansvar som krävdes för att främja barnets hälsa framkom därmed som ett hinder i samtalet. Samtidigt upplevdes de familjer med annan kulturell bakgrund ofta visa större mottaglighet för samtal om övervikt. Dessa vårdnadshavare tenderade att uppvisa högre tillit till hälso- och sjukvården samt uttryckte tacksamhet snarare än kränkning, vilket bidrog till ett mer konstruktivt samtalsklimat och underlättade BHV-sjuksköterskans arbete.

7.2.3 Pedagogiska arbetsmetoder

Tillväxtkurvorna ansågs vara lättförståeliga och utgjorde ett viktigt stöd i arbetet med att identifiera avvikelser i barns tillväxt. Tidig introduktion av tillväxtkurvor upplevdes främja förståelsen hos vårdnadshavare och underlätta framtida samtal om avvikelser i barnets tillväxt. Samtidigt framkom att iso-BMI ibland väckte osäkerhet och skepsis, vilket kunde minskas genom att en mer detaljerad förklaring gavs, och genom att skillnaden mellan iso-BMi för barn och BMI för vuxna tydliggjordes. Även pedagogiska verktyg, såsom *Grunda sunda vanor-korten,* lyftes som värdefulla i samtal kring hälsosamma levnadsvanor. Korten upplevdes bidra till en mer strukturerad samtalsram och genom sina bilder och teman, skapa utrymme för delaktighet och reflektion hos både barn och vårdnadshavare.

Det framkom även att konkreta och visuella hjälpmedel, såsom listor med förslag på portionsstorlekar och mått baserade på barnets handstorlek, underlättade kommunikationen med vårdnadshavarna kring kost. Sådana verktyg bidrog till ökad förståelse för lämplig mängd mat i förhållande till barnets ålder, och uppskattades särskilt för sin tydlighet och praktiska tillämpbarhet i vardagen.

> … och då kan ju en del föräldrar känna att "jaha, då kanske han bara skulle äta de där köttbullarna han åt igår?... och vi som tyckte att han åt rätt dåligt" liksom. Så ja, man visualiserar det då på ett annat vis som jag tänker föräldrarna har lättare att ta till sig. (Informant nr. 2)

Förmågan att förmedla information på ett sätt som väckte engagemang hos vårdnadshavaren lyftes fram som en nyckel till att möjliggöra förändring. Samtalsmetodik ansågs ha en stor betydelse för att öka mottagligheten för både information och vägledning. I detta sammanhang framhölls motiverande samtal (MI) som ett särskilt betydelsefullt verktyg i mötet med familjerna. BHV-sjuksköterskorna ansåg även att skriftligt informationsmaterial om hälsoriskerna med övervikt hos barn skulle kunna bidra till att öka vårdnadshavarnas förståelse och underlätta framtida möten.

7.3 Organisatoriska och strukturella aspekter som påverkar mötet

7.3.1 Förbättrad samverkan

En återkommande önskan gällde förbättrad samverkan mellan olika aktörer såsom förskola, skola, barnklinik, obesitasteam och dietister. BHV-sjuksköterskorna uttryckte att det fanns en bristande kontinuitet i vårdkedjan vid övergången från BHV till elevhälsan. Det framkom att insatser som initierats av BHV-sjuksköterskan riskerade att avstanna när barnet började skolan, vilket delvis berodde på skillnader i riktlinjer, ansvarsfördelning och resurstillgång. Denna avsaknad av ett sammanhållet arbete upplevdes minska både effektiviteten i insatserna och motivationen hos BHV-sjuksköterskorna att arbeta långsiktigt med dessa familjer.

"... jag känner att vi lägger ner väldigt mycket tid på de här familjerna, och då skulle det kännas ännu mer motiverat att om man vet att jo den här röda tråden den följer även till skolan" (Informant nr. 5).

Samverkan mellan förskola och BHV identifierades som ett område med utvecklingsbehov. Även om viss samverkan med rektorer förekom, fanns det en osäkerhet kring i vilken utsträckning information förmedlades till pedagogerna. Viss kunskapsbrist kring hälsosamma levnadsvanor och barnhälsovårdens rekommendationer noterades hos pedagogerna. Skillnader mellan måltidsrutiner i hemmet och förskolan upplevdes skapa frustration och maktlöshet hos vårdnadshavare, då insatser i hemmet inte alltid efterföljdes i förskolemiljön. Detta betonade vikten av en gemensam förståelse och stärkt samverkan mellan BHV, vårdnadshavare och förskola för att skapa kontinuitet i hälsosamma vanor.

"Barnen äter kanske mer måltider där än hemma och då kan man vara hur duktig som helst hemma men de äter för mycket på förskolan, då är man maktlös som förälder" (Informant nr. 4).

Vidare framkom behovet av en tydligare och mer strukturerad samverkan mellan BHV och obesitasteamet. Det fanns viss okunskap kring obesitasteamets arbetsmetoder och hur familjer där följdes upp, vilket försvårade det gemensamma arbetet. Långa svarstider på remisser upplevdes tidigare som ett hinder, men en stor förbättring hade noterats de senaste åren.

Stödet från barnkliniken och deras dietister upplevdes som positivt, särskilt dietisternas tillgänglighet för telefonkonsultation, vilket beskrevs underlätta det dagliga arbetet. Samtidigt uttrycktes en önskan om vidareutvecklat samarbete, för att mer effektivt möta behoven hos barnen och deras familjer.

7.3.2 Fortbildning

Det framkom att vidareutbildningen, särskilt distriktssköterskeutbildningen, i begränsad utsträckning var förberedande för samtal med vårdnadshavare till överviktiga barn. Däremot beskrevs arbetsplatserna erbjuda ett gediget fortbildningsstöd, såsom föreläsningar, kurser i samtalsmetodik och kollegiala diskussioner, vilket bidrog till ökad kompetens. Trots tillräckligt stöd och kompetens upplevde dock BHV-sjuksköterskorna begränsad effekt, då det förutsatte att familjerna var mottagliga för insatserna.

> Det tycker jag är frustrerande, för det är ju inte det att vi inte har verktygen att hjälpa familjerna, det har vi verkligen. Vi har både kunskap och vi har verktyg, och vi vet hur vi ska göra. Så det är att få med föräldrarna. (Informant nr. 9)

Även om det fanns en god tillgång till fortbildning uttrycktes ett behov av ytterligare utbildningsinsatser med fokus kring samtalsstrategier och bemötande för att effektivare kunna nå fram till och stödja vårdnadshavarna. BHV-sjuksköterskorna efterfrågade även konkreta verktyg såsom standardiserade fraser för att underlätta kommunikationen och fokusgrupper.

Slutligen framkom också önskan om att öka den generella kunskapsnivån i samhället kring både övervikt hos barn och BHV's förebyggande uppdrag. Denna ökade allmänna medvetenhet bedömdes kunna främja förståelse, förbättra mötet med vårdnadshavare och öka deras mottaglighet för stöd.

8 Metoddiskussion

Studiens syfte var att beskriva BHV-sjuksköterskans upplevelser av att möta vårdnadshavare till barn med övervikt. Studien har genomförts med ett systematiskt arbete i enlighet med Lincoln och Gubas (1985) kvalitetskriterier för kvalitativ forskning, där särskild vikt har lagts vid trovärdighet, överförbarhet, giltighet och bekräftelsebarhet.

Urval

Eftersom denna kvalitativa studie syftar till att ge en fördjupad förståelse av ett specifikt fenomen, har fokus legat på innehållets kvalitet snarare än antalet deltagare. Flanagan och Beck (2025) betonar att det centrala i kvalitativ forskning inte är mängden deltagare, utan det empiriska materialets innehåll och djup. Författarna fokuserade därför på att de deltagare som valdes ut hade god erfarenhet kring fenomenet och där mängden insamlad data för analys utgjordes av en rimlig proportion i förhållande till tidsramen för projektet. Urvalets storlek på tio deltagare ansågs vara tillräckligt enligt Flanagan och Beck (2025), då syftet med kvalitativa studier är att uppnå en djupare förståelse av det undersökta fenomenet. Urvalet bedömdes som adekvat i förhållande till studiens syfte, då variation i deltagarnas yrkeserfarenhet, geografiska spridning och arbetskontext bidrog till en mångsidig belysning av fenomenet. Datamättnad uppnåddes då inga nya teman eller

meningsbärande enheter framkom i de sista två intervjuerna, vilket visade på att det insamlade materialet var tillräckligt för att kunna besvara forskningsfrågan. Flanagan och Beck (2025) framhåller vidare att ett urval på 6-12 deltagare ofta är tillräckligt för att fånga meningsfull variation och samtidigt möjliggöra en djupgående analys.

Deltagarnas yrkeserfarenhet av det fenomen som studien avsåg att belysa varierade mellan 1,5 och 14 år, med en median på cirka 7 år. Erfarenheten hos deltagarna varierade i både omfattning och karaktär, vilket möjliggjorde att flera perspektiv av fenomenet kunde lyftas fram. Enligt Flanagan och Beck (2025) bidrar en sådan variation inom urvalet till ökad trovärdighet i kvalitativa studier, då det skapar förutsättningar för en mer nyanserad och djupgående förståelse av det studerade fenomenet. Att deltagarna rekryterades från olika Regioner i södra Sverige bedöms som en styrka i studien. Den geografiska spridningen bidrar till att resultatet kan vara relevant och applicerbart även på BHV-sjuksköterskor verksamma i andra delar av landet. Detta stärker studiens överförbarhet, då kvalitativa resultat får ökad relevans när de kan tillämpas och förstås i liknande kontexter utanför den studerade miljön (Flanagan & Beck, 2025).

Urvalsprocessen och frivilligheten i deltagandet kan ha påverkats av att ett fåtal deltagare rekryterades via snöbollsurval. I dessa fall lades stor vikt i en neutral presentation av studien och tydlig information gavs om att deltagandet var helt frivilligt. Risken för att någon deltagare skulle ha känt sig pressad att medverka bedöms som mycket låg, då deltagarna själva tog initiativ till kontakt, erhöll viss betänketid före intervjun och uttryckte en tydlig önskan om att delta.

Att några av deltagarna i studien inte längre var verksamma inom barnhälsovården vid tidpunkten för datainsamlingen kan betraktas som en potentiell svaghet. För några av deltagarna hade det gått upp till fyra år sedan de senast arbetade som BHV-sjuksköterskor, vilket kan påverka såväl minnesbild som aktualitet i deras beskrivningar. Enligt Flanagan och Beck (2025) kan avståndet i tid mellan erfarenhet och själva intervjun påverka studiens trovärdighet, särskilt i sammanhang där arbetsmetoder och kunskapsläge utvecklas snabbt. Inom området övervikt hos barn, kan förändringar skett vad gäller såväl evidensläge, utbildningsinsatser och organisation, vilket kan ha påverkat deltagarnas möjlighet att återge arbetsrelaterade erfarenheter på ett sätt som är direkt överförbart till dagens kontext. Å andra sidan bedömer författarna att denna påverkan är begränsad, dels eftersom tidsavståndet på fyra år är relativt kort samt att resultatet tyder på att grundläggande arbetssätt och utmaningar inom området var likartade nu som då. Vidare kan variationen i deltagarnas nuvarande yrkesverksamhet betraktas som en styrka snarare än en svaghet. Flanagan och Beck (2025) menar att bredd i erfarenheter kan berika den kvalitativa analysen. Detta då resultatet bidrar med både direkta och mer reflekterande upplevelser från deltagare med en viss distans från det kliniska arbetet. Denna kombination, av närhet och distans, kan i sin tur öka resultatets djup och trovärdighet.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av tio enskilda semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide (Bilaga 5) innehållande fem bakgrundsfrågor och 13 intervjufrågor med kompletterande följdfrågor. Intervjuguiden ledde fram till många svar som relaterade till studiens syfte, med hög kvalité. Graneheim och Lundman (2004) betonar vikten av att intervjufrågorna relaterar till studiens syfte och är öppna, vilket gör det lättare för deltagarna att dela

med sig av sina egna upplevelser. Intervjuerna var innehållsrika och genom att författarna fortsatte intervjua ytterligare två personer efter mättnad, där inga nya perspektiv identifierades, ökade resultatets trovärdighet. För att säkerställa hög trovärdighet bör datainsamlingen genomföras på ett sådant sätt att variationer inom materialet tydligt framträder, samtidigt som författaren aktivt försäkrar sig om att inga nya betydelsefulla teman tillkommer (Graneheim & Lundman, 2004).

Alla intervjuerna utfördes enskilt då författarna inte hade möjlighet att delta samtidigt eftersom tidsramen för projektet inte gjorde detta möjligt. Dock har båda författarna tagit del av och lyssnat på, samt läst både sina egna och varandras transkribering ordagrant flera gånger, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) är en viktig del av analysprocessen för att säkerställa att tolkningarna är väl förankrade i det insamlade materialet och därmed stärker bekräftelsebarheten i studien. Författarna kunde se fördelar med en intervjuare istället för två då mötet mellan enbart två personer i ett rum kan göra samtalet mer avslappnat, mer naturligt, och att deltagaren inte lika lätt hamnar i ett underläge, maktbalansen jämnas ut mer.

Så många intervjuer som möjligt utfördes på plats, utifrån tidsaspekten, flexibilitet och miljöperspektiv just för att kunna läsa av rumsmiljö, ansiktsuttryck och kroppsspråk vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) kan bidra till en fördjupad förståelse och trovärdighet, där även icke-verbal kommunikation uppmärksammas. Dock upplevde författarna ingen skillnad i varken kvalitet eller insamlad data jämfört med de intervjuer som istället hölls via länk. Ur ett miljöperspektiv hade det heller inte varit försvarbart att göra alla intervjuer på plats, då deltagarna geografiskt bodde för långt bort. Vidare ansågs det vara en nödvändig nytta att kunna erbjuda intervjuer via länk pga flexibilitet, för att kunna vara tillgängliga för deltagarna, då vi annars haft svårigheter att få ihop tillräckligt många deltagare till studien. Vidare ansåg författarna att det var viktigt ur ett etiskt perspektiv, att deltagarna själva fick välja det alternativ som kändes mest tryggt och bekvämt.

Ljudinspelning vid intervjuerna möjliggjorde en noggrann analys av insamlad data, men kan ha påverkat hur deltagarna valde att svara på frågorna. Deltagarna kan ha känt sig mer benägna att ge socialt önskvärda eller “korrekta” svar, särskilt när frågorna berörde ett känsligt ämne som övervikt hos barn, i kombination med att de var medvetna om att samtalet spelades in. Detta kan ha minskat deras benägenhet att hoppa över obekväma frågor eller avbryta intervjun, vilket potentiellt kan öka risken för mindre ärliga svar. Då författarna strävade efter att skapa en trygg och öppen intervjumiljö bedöms dock risken att ljudinspelningen skulle ha påverkat svarens trovärdighet som låg, vilket är i linje med principerna för att stärka trovärdigheten i kvalitativ forskning (Graneheim & Lundman, 2004).

Rättviseprincipen (Vetenskapsrådet, 2017) tillämpades genom att samtliga deltagare behandlades likvärdigt och med respekt under intervjuerna. Detta säkerställdes genom att deltagarna gavs lika möjligheter att uttrycka sina uppfattningar och erfarenheter, samt att intervjuguiden användes konsekvent, vilket bidrog till en likvärdig datainsamling, samtidigt som risken för intervjupåverkan minimerades under hela processen. Detta arbetssätt följde Vetenskapsrådets (2017) riktlinjer för etisk forskning, vilka betonar vikten av jämlik och rättvis behandling av samtliga medverkande. Genom att endast författarna haft behörighet till allt insamlat datamaterial visar på ytterligare en bidragande faktor till att konfidentialiteten upprätthållits under hela processen.

Analys
För att stärka studiens trovärdighet har flera citat från deltagarna inkluderats i resultatdelen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bidrar användningen av ursprungliga citat till att ge läsaren möjlighet att själv bedöma i vilken utsträckning resultaten återspeglar deltagarnas uttalanden. Författarna är medvetna om att analysen kan ha påverkats av deras egna förförståelse, då denna inte helt går att eliminera. Bekräftelsebarheten stärkts däremot genom att författarna varit noggranna med att tydliggöra att resultaten utgår från deltagarnas egna berättelser, snarare än från författarnas egna tolkningar eller förförståelse. Detta överensstämmer med Graneheim och Lundmans (2004) syn på författarens reflekterande förhållningssätt, som leder till en mer nyanserad och tillförlitlig tolkning av det insamlade materialet. Då samtliga deltagare har direkt erfarenhet av det fenomen som undersöks anses giltigheten som hög. Likaså att de kategorier och underkategorier som valts ut matchar och svarar an på studiens syfte anser författarna öka studiens trovärdighet. Graneheim och Lundman (2004) menar på att dessa riktlinjer bidrar till studiens giltighet då det visar på en tydlig och välgrundad koppling mellan data och resultat av det aktuella fenomenet. Med hjälp av en väl beskriven metod och analysprocess samt en tydlig redovisning av urvals- och analysförfaranden stärks studiens överförbarhet i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) riktlinjer.

9 Resultatdiskussion

Tre centrala fynd uppmärksammades särskilt i studiens resultat. Utifrån BHV-sjuksköterskornas upplevelser noterades bristande kunskap hos vårdnadshavare till barn med övervikt, vilket utgjorde ett betydande hinder i det hälsofrämjande arbetet och i mötet med familjerna. Vidare framhölls vikten av att effektivt nå ut till vårdnadshavare som en avgörande faktor för att öka mottagligheten för de insatser och interventioner som barnhälsovården erbjuder. Slutligen lyftes betydelsen av samverkan med andra professionella aktörer och nyckelpersoner samt vikten att nå ut till samhället fram som grundläggande förutsättningar för att kunna tillämpa ett helhetsperspektiv kring barnet och dess omgivning. Vilket i förlängningen ansågs nödvändigt för att åstadkomma långsiktiga och hållbara förändringar.

Det första fyndet belyser BHV-sjuksköterskornas upplevelse av en bristande kunskap hos vårdnadshavarna gällande barnets övervikt och dess konsekvenser. Denna brist omfattade både grundläggande förståelse för vad övervikt innebär, förståelsen för definition och klassificering, associerade hälsorisker, samt kunskap om förebyggande och hälsofrämjande strategier. Detta bekräftas av tidigare forskning (Johnson et al., 2018) som beskriver att vårdnadshavares svårigheter att förstå eller acceptera barnets viktproblem kan påverka engagemanget i viktminskningsinterventioner. Hooeg et al. (2018) lyfter även kommunikationens roll för att minska kunskapsluckor, medan Johnson et al. (2018) belyser hur känsliga samtal om barnets vikt ofta undviks, delvis på grund av okunskap eller förnekelse, vilket ytterligare understryker behovet av ett respektfullt och inkluderande familjefokuserat förhållningssätt.

BHV-sjuksköterskorna beskrev vidare hur vårdnadshavarnas begränsade kunskaper försvårade det preventiva arbetet, särskilt då deras egen medvetenhet och förförståelse påverkade hur mottagliga de var att genomföra livsstilsförändringar. Sela et al. (2022) menar på att vårdnadshavarens kunskap och medvetenhet av problemet ibland är en direkt återspegling av hur familjens levnadsvanor ser ut.

Detta framhäver vikten av att arbeta utifrån ett familjefokuserat omvårdnadsperspektiv där barnet inte ses som en enskild individ, utan som en del av ett system där hela familjens resurser, värderingar och livssituation påverkar möjligheten till förändring (Wright et al., 2002).

Det andra fyndet lyfter betydelsen av en förtroendefull och anpassad kommunikation mellan BHV-sjuksköterskan och vårdnadshavaren, då även de vårdnadshavare som uppvisade viss medvetenhet om barnets övervikt ofta saknade en djupare förståelse för de långsiktiga hälsoriskerna. Vissa vårdnadshavare visade motstånd till att prata om barnets vikt, särskilt när de själva inte uppfattade det som ett problem. Detta tydliggör i sin tur de känslomässiga och kommunikativa utmaningar som BHV-sjuksköterskor ställs inför i mötet med familjerna. Cheng et al. (2020) lyfter fram BHV-sjuksköterskors egna upplevelser av barriärer i kommunikationen med vårdnadshavare, inklusive förnekelse och motstånd från familjer medan Westergren et al. (2021) beskriver hur både organisatoriska och emotionella faktorer försvårar preventivt arbete mot övervikt inom barnhälsovården.

Dessa resultat belyser betydelsen av ett familjefokuserat arbetssätt, där vårdnadshavarnas perspektiv, behov och förutsättningar tas på allvar för att kunna skapa en meningsfull vårdrelation. Genom att involvera familjen som en aktiv resurs möjliggörs en mer holistisk vårdupplevelse för både barnet och vårdnadshavarna. Enligt Wright et al. (2002) innebär familjefokuserad omvårdnad att vården inte enbart riktar sig till individen, utan även aktivt inkluderar familjens delaktighet under hela vårdprocessen. Det kräver att BHV-sjuksköterskan etablerar ett partnerskap med familjen, där kunskapsutbyte, delaktighet och ömsesidig respekt står i centrum. Det är av stor betydelse att barnhälsovården ges adekvata förutsättningar att arbeta systematiskt med att stärka vårdnadshavares kunskap, i syfte att främja en gemensam förståelse för barns övervikt och relaterade hälsokonsekvenser.

Resultatet lyfter att BHV-sjuksköterskor uppfattar övervikt hos barn som ett känsligt eller laddat ämne, vilket ofta resulterar i känslor som tveksamhet och obehag inför samtal med vårdnadshavarna. Denna upplevelse bekräftas även i tidigare studier, där det framkommer att BHV-sjuksköterskor kan känna osäkerhet i hur de ska närma sig ämnet på ett respektfullt men samtidigt professionellt sätt (Mäenpää & Vuori, 2021). Deltagarna betonade vikten av att möta familjer med förståelse och respekt för att undvika att vårdnadshavare kände sig kritiserade, skuldbelagda eller stigmatiserade. Detta ligger i linje med familjefokuserad omvårdnad, där hela familjens livssituation, erfarenheter och relationer tas i beaktande (Wright et al., 2002). Genom att flytta fokus från övervikt som problem till att främja barnets hälsa och välbefinnande, arbetade BHV-sjuksköterskorna med att skapa ett stödjande samtalsklimat där förändring kunde upplevas som möjlig och meningsfull för hela familjen. Liknande iakttagelser har gjorts i tidigare studier, där BHV-sjuksköterskor beskrev vikten av ett varsamt och förtroendefullt förhållningssätt för att kunna "så ett frö" till förändring, snarare än att pressa fram omedelbara reaktioner (Sjunnestrand et al., 2019).

Utmaningarna som uppstod i möten med vårdnadshavare som själva hade erfarenhet av övervikt, eller där kulturella skillnader kring barnets vikt fanns, betonar vikten av ett individualiserat och relationsinriktat förhållningssätt. Detta överensstämmer med Sela et al. (2022), som lyfter fram att BHV-sjuksköterskor ofta undviker samtal om barn och övervikt av rädsla för att skada relationen med familjen, särskilt när ämnet upplevs som alltför känsligt. I en studie av Hooeg et al. (2018) framkom det att

vårdnadshavare med egen erfarenhet av övervikt eller tidigare överviktsproblem ofta uppvisade både ökad förståelse och empati under samtalen, samtidigt som de kunde känna skam och osäkerhet, vilket i sin tur kunde påverka deras delaktighet och efterlevnad av rekommenderade livsstilsförändringar. Castor et al. (2021) menar vidare på att det ibland kan vara utmanande när vårdnadshavare med olika kulturella bakgrunder inte delar samma syn på övervikt, eller har olika uppfattningar om vad som räknas som ett problem. Cheng et al. (2020) lyfter att kulturella skillnader ofta kan utgöra ett hinder i mötet med familjer, särskilt när det råder oenighet kring barnets viktstatus. Utifrån ett familjefokuserat omvårdnadsperspektiv väcker resultatet viktiga frågor om hur vårdrelationer formas av både kulturella normer och professionella föreställningar (Wright et al., 2002). I kontrast till tidigare forskning upplevde BHV-sjuksköterskorna att vårdnadshavare med utländsk bakgrund ofta visade större förtroende för vården, lyhördhet och mottaglighet kring råd om barnets levnadsvanor, vilket i sin tur främjade följsamhet. Svenska vårdnadshavare var däremot i vissa fall mer ifrågasättande och önskade hantera situationen på egen hand, något som istället kunde ge upphov till ett visst motstånd och därigenom påverka både hur stöd erbjöds och hur familjer inkluderades i vårdprocessen. Enligt Wright et al. (2002) är familjefokuserad omvårdnad beroende av ömsesidig respekt, samverkan och erkännandet av familjens unika perspektiv och resurser.

Det tredje fyndet framhåller att en välfungerande samverkan mellan centrala aktörer i barnets närmiljö utgjorde en avgörande förutsättning för BHV-sjuksköterskornas arbete med att förebygga och hantera övervikt. I resultatet tydliggörs vikten av att flera nyckelpersoner i barnets omgivning är engagerade och delaktiga för att möjliggöra hållbara livsstilsförändringar. I många fall krävdes det inte enbart förändringar hos barnet, utan även hos de vuxna som fanns i barnets omgivning. Dessa nyckelpersoner utgjordes i första hand av barnets vårdnadshavare, men även av personal inom förskolan, särskilt i de fall där förskolan utgjorde en stor del av barnets vardagliga omsorg. Detta synsätt överensstämmer med principerna inom familjefokuserad omvårdnad, som menar på att man ska se till hela familjen och inte enbart det enskilda barnet (Wright et al., 2002). I enlighet med detta perspektiv definieras begreppet *familj* inte nödvändigtvis utifrån biologiska eller juridiska relationer, utan snarare utifrån vilka personer barnet och dess närstående själva identifierar som betydelsefulla för barnets välbefinnande (Wright & Leahey, 2002). Detta innebär att även pedagoger inom förskolan kan betraktas som relevanta nyckelpersoner, då de ofta har en kontinuerlig och omsorgsgivande relation till barnet. Att barnets levnadsvanor påverkas av flera nyckelpersoner i dess närmiljö bekräftas både av resultatet samt av tidigare forskning. Forskning (Laws et al., 2015) har nämligen visat att barns levnadsvanor delvis formas i relation till hur vårdnadshavares egna levnadsvanor ser ut. Samtidigt har förskolan lyfts fram som en betydelsefull kontext, där pedagogernas förhållningssätt och den miljö som erbjuds kan ha en väsentlig inverkan på risken för att utveckla övervikt hos barnet (Black et al., 2017).

BHV-sjuksköterskorna upplevde således att samverkan med förskolan behövde förbättras ytterligare, för att mer effektivt kunna stödja vårdnadshavare och barn i att etablera långsiktiga och hållbara livsstilsförändringar. En ökad enhetlighet i synsätt, råd och riktlinjer mellan barnhälsovården och förskolan - exempelvis gällande hälsosamma matvanor och portionsstorlekar, lyfts fram som en potentiell framgångsfaktor. En sådan samverkan och samsyn hade kunnat bidra till att vårdnadshavarna i högre utsträckning upplever att den information som de får till sig från barnets omgivning är samstämmig, och därmed även mer trovärdig och verksam. Utifrån ett familjefokuserat omvårdnadsperspektiv (Wright et al., 2002) förstärks betydelsen av samverkan ytterligare, då barnet bör ses som en del av ett

större system där olika relationer och sammanhang påverkar dess liv och hälsa. Avsaknad av en sådan välfungerande samverkan med andra aktörer och nyckelpersoner hos barnet skulle kunna ses som ett hinder i att implementera en helt genuint familjefokuserad omvårdnad för BHV-sjuksköterskor.

Författarna upplever att det finns en etisk utmaning i hur BHV-sjuksköterskans attityd och förhållningssätt kan påverka vårdnadshavares upplevelse av mötet. Om BHV-sjuksköterskan signalerar att barnets övervikt är ett resultat av bristande föräldraansvar, även om det sker omedvetet, finns en risk att väcka skuldkänslor hos vårdnadshavaren. Vilket i sin tur riskerar att försvåra kommunikationen och minska möjligheterna till ett väl fungerande samarbete. Wright et al. (2002) framhåller vikten av att BHV-sjuksköterskan bör vara medveten om sina egna värderingar, känslor och erfarenheter eftersom dessa annars kan påverka hur de bemöter familjen. Genom denna självreflektion kan BHV-sjuksköterskan minska risken att omedvetna attityder eller indirekta signaler förmedlar skuld eller värderingar som kan påverka relationen negativt. Även om BHV-sjuksköterskorna uttryckte en vilja att motverka skuld och skam hos vårdnadshavarna genom att vara lyhörda och respektfulla i sitt bemötande kunde det vara en svår balansgång då det redan innan mötet fanns en förväntan hos BHV-sjuksköterskorna om att ämnet skulle vara svårt att hantera. Samtidigt som målet var att avdramatisera och avlasta vårdnadshavarna från dessa känslor, finns risken att omedvetna attityder ändå bidrar till motsatt effekt.

Ett annat etiskt dilemma som framkom i resultatet rörde problematiken att samtala om övervikt samtidigt som barnet befann sig i rummet. Det ansågs direkt olämpligt att föra denna typ av samtal, då det fanns en uttalad oro över att barnet skulle uppfatta och påverkas av samtalsinnehållet. BHV-sjuksköterskorna upplevde dessutom att vårdnadshavarna ofta uttryckte rädsla för att ett sådant samtal potentiellt skulle påverka barnets egen kroppsuppfattning och förhållande till mat negativt. Eli et al. (2022) lyfter att vårdnadshavare ofta oroar sig för att samtal om vikt kan påverka barnets självbild. På liknande sätt uppmärksammar Sandvik et al. (2023) risken för att samtal om matvanor kan bidra till en negativ kroppsuppfattning hos barnet. Denna problematik aktualiserar spänningen och balansgången mellan barnets rätt till delaktighet i det preventiva arbetet (UNICEF, 1989), och betydelsen av att skydda barnet från potentiellt skadlig information. Forskning (Pont et al., 2017) har nämligen visat att viktrelaterade samtal under barndomen kan medföra konsekvenser, såsom ökad risk för skam, negativ självbild eller ätstörningar. Studier (Dearing et al., 2024) har även visat att barn redan i förskoleåldern har förmåga att uppfatta och internalisera viktrelaterade stereotyper, vilket betonar betydelsen av att samtal om övervikt genomförs med stor försiktighet och med fokus på barnets bästa. Samtidigt indikerar andra studier (Herle et al., 2020) att barn som är överviktiga har en ökad risk för att utveckla just ätstörningar och en negativ kroppsuppfattning. Vilket därmed understryker behovet av att samtal om övervikt ändå initieras i ett tidigt skede av BHV-sjuksköterskan. Samtal bör dock i första hand föras i dialog med enbart vårdnadshavaren, för att undvika att barnet tar skada. Samtidigt som ett tidigt samtal syftar till att förebygga övervikt och dess potentiellt negativa konsekvenser för barnets psykiska och fysiska hälsa.

BHV-sjuksköterskorna upplevde att en del av problematiken grundar sig på strukturella och samhälleliga faktorer. De betonade vikten av att höja den allmänna kunskapsnivån och förståelsen kring övervikt hos barn i befolkningen som helhet. De hävdade att detta i sin tur påverkade vårdnadshavarens grundläggande attityd och förförståelse vid mötet på BHV, vilket kan ha betydelse för hur information om övervikt tas emot och hanteras. Forskning visar dock att det inte enbart handlar om

att “höja kunskapsnivån”, utan även om en ojämn fördelning av kunskap i samhället. Tichenor, Donohue och Olien (1970), beskriver hur samhällen med olika socioekonomiska grupper ofta upplever att information främst når de redan välutbildade. Detta kan innebära att även om kunskap kring barns övervikt finns tillgänglig för allmänheten, så når den inte ut till alla grupper i lika stor omfattning. Vilket potentiellt skulle kunna riskera att förstärka kunskapsklyftorna snarare än att minska de. Även senare forskning (Baum et al., 2014; Viswanath & Emmons, 2019) bekräftar detta “kunskapsgapet”, och påpekar att informationskampanjer främst når de redan resursstarka grupperna.

Vidare framkommer det att BHV-sjuksköterskorna upplevde att vårdnadshavarna tenderar att misstolka barnhälsovårdens preventiva insatser mot övervikt hos barn som uttryck för normer kring kroppsideal snarare än hälsofrämjande åtgärder. Detta återspeglar en underliggande diskurs i samhället, där rådande kroppsideal och viktnormer i hög grad påverkar hur hälsoinformation tas emot och tolkas. Puhl och Himmelstein (2018) menar att hälsointerventioner kring barns vikt ofta riskerar att missuppfattas, särskilt om de upplevs bidra till upprätthållandet av negativa kroppsideal. Burnette et al. (2021) framhåller att detta kan utgöra en särskild problematik i samhällen där smalhet kopplas till ett socialt värde. Detta tydliggör vikten av att BHV-sjuksköterskans kommunikation präglas av respekt och ett hälsoinriktat fokus, för att säkerställa att barnhälsovårdens syfte och intention upprätthålls.

Avslutningsvis är det även viktigt att detta hälsofrämjande arbetet med övervikt hos barn fortskrider även inom ramen för samhällelig hållbarhet. Övervikt bland barn medför inte enbart ökade direkta medicinska kostnader utan också indirekta belastningar för samhället såsom produktionsförlust, sjukfrånvaro samt ett högre behov av hälso-och sjukvård i framtiden (Ling et al., 2023), vilket riskerar att vårdens resurser snarare går åt till att hantera konsekvenserna av övervikt snarare än det preventiva arbetet. Fortsätter dessa samhällskostnader att öka utan effektiva förebyggande strategier, riskerar systemet att bli ohållbart - både ekonomiskt och resursmässigt.

Även ur ett miljöperspektiv finns det tydliga vinster att uppnå genom att BHV-sjuksköterskan arbetar preventivt med barnövervikt. Detta då övervikt hos barn ofta associeras med ohälsosamma matvanor, som kännetecknas av en hög konsumtion av energitäta, näringsfattiga och ultraprocessade livsmedel (Swinburn et al., 2019). Dessa livsmedel är förknippade med stora utsläpp av växthusgaser, hög energiförbrukning samt överutnyttjande av naturresurser i både produktion och distribution (Willet et al., 2019). Fenomenet illustrerar sambandet mellan ohälsosamma matvanor och miljöpåverkan - då livsmedel som ökar risken för övervikt också tenderar att ha ett högre klimatavtryck.

Då barns matvanor formas tidigt, kan främjandet av hälsosamma levnadsvanor och hållbara livsmedel inom exempelvis barnhälsovården och förskolan ge dubbel effekt: dels genom minskad risk för övervikt och relaterade hälsoproblem, och dels genom att minska den ekologiska påverkan från livsmedelskonsumtionen (Willet et al., 2019). Samtidigt är det viktigt att vara medveten om att tillgången till hälsosamma och miljövänliga alternativ varierar inom samhället, vilket förstärker behovet av strukturella åtgärder. Insatser för att förebygga övervikt hos barn bör därmed betraktas som en bredare hållbarhetsstrategi som omfattar både folkhälsa, ekologisk och ekonomisk hållbarhet.

10 Slutsats

BHV-sjuksköterskans arbete med att förebygga och hantera barns övervikt har visat sig försvåras av flera faktorer, där bristande kunskap och medvetenhet hos vårdnadshavare framstår som särskilt avgörande. Det preventiva arbetet förutsätter inte bara god kommunikation, utan också att vårdnadshavare är mottagliga och delaktiga i processen, vilket kräver ett familjefokuserat och individanpassat förhållningssätt. Vidare framkommer behovet av att utveckla effektiva strategier för att nå ut till vårdnadshavare på ett icke-stigmatiserande sätt, samt vikten av samverkan med andra aktörer i barnets närmiljö. Framförallt lyfts förskolan fram som en oumbärlig resurs vars engagemang bör stärkas. För att främja långsiktiga och hållbara livsstilsförändringar krävs en helhetssyn där barnets hela kontext beaktas, både i hemmet och i förskolan. För att uppnå kontinuitet, trovärdighet och ett delat ansvar i arbetet med att främja barns hälsa bör vårdens insatser integreras och samordnas med andra relevanta professionella aktörer i barnets närmiljö.

11 Kliniska implikationer

De resultat som framkom i studien bidrar till en fördjupad förståelse för det komplexa arbete som barnhälsovården bedriver i mötet med barn med övervikt och deras familjer. Genom att belysa vårdnadshavares begränsade kunskap och medvetenhet kring barnets viktproblematik tydliggörs vikten av att arbeta hälsofrämjande utifrån ett familjefokuserat perspektiv där pedagogisk kommunikation och relationsskapande är centrala komponenter. Studien understryker även betydelsen av att anpassa bemötandet till familjers olika förutsättningar, såsom kognitiv förmåga, tidigare erfarenheter och kulturella aspekter, vilket kan bidra med viktig kunskap om de individuella faktorer som kan påverka mottagligheten för förändring.

Vidare lyfter studien fram de organisatoriska och strukturella utmaningar som finns i samverkan mellan olika aktörer kring barnet, vilket ger ökad insikt i behovet av ett sammanhållet arbetssätt för att uppnå långsiktiga och hållbara resultat. Tillsammans ger dessa fynd en mer nyanserad bild av de hinder och möjligheter som BHV-sjuksköterskor ställs inför, och kan därigenom fungera som ett kunskapsunderlag för utveckling av både praktik, riktlinjer och framtida forskningsinsatser inom området barn med övervikt.

12 Förslag till fortsatt forskning

Författarna har identifierat kunskapsluckor och uppmärksammat flera områden där fortsatt forskning är motiverad och bedöms vara av betydelse för BHV-sjuksköterskor i barnhälsovården. Ett första område rör behovet av ökad kunskap om hur neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), där varierande kognitiv förmåga hos både barn och vårdnadshavare förekommer, påverkar förutsättningarna för att förstå, motiveras och aktivt delta i hälsofrämjande insatser relaterade till övervikt. Det finns anledning att undersöka hur barnhälsovården kan anpassa

kommunikation och stöd i dessa möten som skulle kunna påverka delaktigheten i livsstilsförändringar.

Ett ytterligare område för framtida forskning avser en fördjupad förståelse för hur samverkan mellan barnhälsovården och andra yrkesgrupper kan utvecklas för att skapa en mer sammanhållen och effektiv stödstruktur kring barn med övervikt. Det vore även av stor vikt med studier kring hur samhället i stort kan nås med information om barns övervikt och dess konsekvenser. Det behövs också forskning om möjligheter till tidig prevention genom att undersöka vilka kommunikationsstrategier som är mest effektiva för att öka allmänhetens medvetenhet utan att bidra till stigmatisering.

13 Referenser

Ajjawi, R., Bearman, M., Luong, V., O'Brien, B. C., & Varpio, L. (2024). Researching lived experience in health professional education. *Medical Education, 58*(9), 1049–1057. https://doi.org/10.1111/medu.15361

Al-Aboudi, Y., Alsharif, F., Alshehri, M., Alqahtani, A., Alqurashi, S., Althagafi, A., Alshahrani, A., & Alharbi, M. (2023). Effect of weight self-stigma on quality of life and dietary habits among adult students in Riyadh, Saudi Arabia. *Healthcare, 11*(12), 1754. https://doi.org/10.3390/healthcare11121754

Baum, F., Fisher, M., & Newman, L. (2014). Health promotion in the 21st century: What is the role of the state? *Health Promotion International, 29*(Suppl. 1), i1–i4. https://doi.org/10.1093/heapro/dau034

Behl, M., Rao, D., Aagaard, K., Davidson, T. L., Levin, E. D., Slotkin, T. A., & Srinivasan, S. (2015). Systematic review and meta-analysis of the association between maternal smoking in pregnancy and childhood overweight and obesity. *International Journal of Obesity, 37*(4), 459–468. https://doi.org/10.1038/ijo.2012.271

Black, L., Matvienko-Sikar, K., & Kearney, P. M. (2017). The association between childcare arrangements and risk of overweight and obesity in childhood: A systematic review. *Obesity Reviews, 18*(10), 1170–1190. https://doi.org/10.1111/obr.12575

Burnette, C. B., Kwitowski, M. A., & Mazzeo, S. E. (2021). Understanding the relationship between body image and eating disorders in adolescence: The role of social media. *Journal of Adolescence, 89*, 148–160. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.04.005

Castor, C., Derwig, M., Borg, S. J., Ollhage, M. E., & Tiberg, I. (2021). A challenging balancing act to engage children and their families in a healthy lifestyle: Nurses' experiences of child-centred health dialogue in child health services in Sweden. *Journal of Clinical Nursing, 30*(5–6), 819–829. https://doi.org/10.1111/jocn.15622

Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., & Denney-Wilson, E. (2020). Promoting healthy weight for all young children: A mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them. *BMC Nursing, 19*, 84. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00477-z

Dataskyddsförordningen (GDPR, EU 2016/679)
Europaparlamentet och Europeiska unionens råd. (2016). *Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679.*

Dearing, G., Latchford, G. J., Caterson, I. D., & Hill, A. J. (2024). Young children's choices and thoughts about pro-social behaviour towards others with overweight. *Pediatric Obesity, 19*(7), e13129. https://doi.org/10.1111/ijpo.13129

Derwig, M., & Bengtsson-Briggert, M. (2023). Ökande BMI, övervikt och obesitas – åtgärder. *Rikshandboken i barnhälsovård*. https://www.rikshandboken-bhv.se/halsobesok/halsoundersokning/tillvaxt/okande-bmi-overvikt-och-obesitas---atgarder/#section-30752

Derwig, M., & Håkansson, L. (2025, 13 mars). Grunda sunda vanor. *Rikshandboken i barnhälsovård*. https://www.rikshandboken-bhv.se/halsosamtal/grunda-sunda-vanor/

Dilsiz, N. B., & Arslan, S. (2023). Investigation of the relationship between weight self-stigma, emotional eating, and diet satisfaction in obese individuals. *European Research Journal*, *9*(2), 407–415. https://doi.org/10.18621/eurj.1250216

Doñate Carramiñana, L., Guillén Sebastián, C., Iglesia Altaba, I., Nagore Gonzalez, C., Álvarez Sauras, M. L., García Enguita, S., & Rodríguez Martínez, G. (2024). Rapid growth between 0 and 2 years old in healthy infants born at term and its relationship with later obesity: A systematic review and meta-analysis of evidence. *Nutrients*, 16(17), 2939. https://doi.org/10.3390/nu16172939

Drożdż, D., Alvarez-Pitti, J., Wójcik, M., Borghi, C., Gabbianelli, R., Mazur, A., Herceg-Čavrak, V., González López-Valcárcel, B., Brzeziński, M., Lurbe, E., & Wühl, E. (2021). Obesity and cardiometabolic risk factors: From childhood to adulthood. *Nutrients*, *13*(11), 4176. https://doi.org/10.3390/nu13114176

Ek, A., Sorjonen, K., Eli, K., Lindberg, L., Nyman, J., Marcus, C., & Nowicka, P. (2016). Associations between parental concerns about preschoolers' weight and eating and parental feeding practices: Results from analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. *PLoS ONE*, *11*(1), e0147257. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147257

Eli, K., Neovius, C., Nordin, K., et al. (2022). Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: A study within the STOP project. *BMC Public Health*, *22*, 1540. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13803-8

Flanagan, J., & Beck, C. T. (2025). *Polit & Beck's nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (12th ed.). Wolters Kluwer.

Folkhälsomyndigheten. (2025). Statistik om övervikt och obesitas hos barn 0–5 år. Hämtad 2 oktober 2025, från https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas/statistik-om-overvikt-och-obesitas/statistik-om-overvikt-och-obesitas-hos-barn-0-5-ar/

Folkhälsomyndigheten & Livsmedelsverket. (2025). *Samhället behöver främja en hälsosam livsmedelskonsumtion hos barn och unga – Återredovisning av regeringsuppdrag* (Artikelnummer 24172). Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2 oktober 2025, från https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/samhallet-behover-framja-en-halsosam-livsmedelskonsumtion-hos-barn-och-unga/

Fontanezi, N. M., Maximino, P., Machado, R. H. V., Ferrari, G., & Fisberg, M. (2024). Association between parental feeding styles, body mass index, and consumption of fruits, vegetables and processed foods with mothers' perceptions of feeding difficulties in children. *BMC Pediatrics, 24*, Article 167. https://doi.org/10.1186/s12887-024-04657-7

Frithioff-Bøjsøe, C., Asp Vonsild Lund, M., Lausten-Thomsen, U., Esmann Fonvig, C., Juhl Langkær, I.-O., Hansen, T., Hansen, T., Lyn Baker, J., & Holm, J.-C. (2022). Early detection of childhood overweight and related complications in a Danish population-based cohort aged 2–8 years. *Pediatric Obesity, 16*, 228–234. https://doi.org/10.1016/j.pedob.2022.00228

Föräldrabalken (1949:381). 6 kap. 2§. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/

Ghosh, D., Khan, I. A., Yadav, S., & Bandyopadhyay, S. (2024). *The impact of early childhood nutrition on long-term health outcomes: A prospective cohort study*. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, 31*(3), 317–324. https://doi.org/10.53555/jptcp.v31i3.4789

Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Doubleday.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hagenäs, L., & Sävendahl, L. (2020). Tillväxt och pubertet. I K. Hanséus, M. Jägervall, & M. Norman (Red.), *Barnmedicin* (5:1 uppl., s. 69–96). Studentlitteratur.

Henderson, N. N. (2021). Childhood obesity: Improving outcomes through primary care-based interventions. *Pediatric Nursing, 47*(6), 267–300. https://doi.org/10.62116/pnj.2021.47.6.267

Herle, M., Stavola, B., Hübel, C., Abdulkadir, M., Ferreira, D. S., Loos, R. J. F., Bryant-Waugh, R., Bulik, C. M., & Micali, N. (2020). A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *The British Journal of Psychiatry, 216*(2), 113–119. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.174

Holmgren, A., & Nylander, C. (2022a, 8 september). Tillväxtkurvor och tillväxtreferenser. *Rikshandboken i barnhälsovård*. https://www.rikshandboken-bhv.se/halsobesok/halsoundersokning/tillvaxt/tillvaxtkurvor-och-tillvaxtreferenser/

Holmgren, A., & Nylander, C. (2022b, 8 september). Därför mäter och väger BVC barn. *Rikshandboken i barnhälsovård*. https://www.rikshandboken-bhv.se/halsobesok/halsoundersokning/tillvaxt/darfor-mater-och-vager-bvc-barn/

Hooeg, D., Mortil, A. M. A., Hansen, M. L., Teilmann, G. K., & Grabowski, D. (2018). Families' adherence to a family-based childhood obesity intervention: A qualitative study on perceptions of communicative authenticity. *Health Communication, 35*(1), 110–118. https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1545335

Huizing, A. H. J., Welten, M., van der Pal, S., Schönbeck, Y., van Empelen, P., Gaillard, R., Jaddoe, V. W. V., & van Buuren, S. (2025). Predicting obesity at adolescence from an early age in a Dutch observational cohort study: The development and internal validation of a multivariable prediction model. *BMC Pediatrics*, 25, Article 465. https://doi.org/10.1186/s12887-025-05661-1

Håkansson, L. (2022, 19 januari). Hälsosamtal och hälsovägledning om levnadsvanor. *Rikshandboken i barnhälsovård*. https://www.rikshandboken-bhv.se/halsosamtal/halsosamtal-och-halsovagledning-om-levnadsvanor/

Ivarsson, B. H., Krylborn, L. K., & Lycke, S. T. (2013). *Motiverande samtal och behandling vid övervikt och fetma: Vuxna, ungdomar och barn* (1:a uppl.). Gothia.

Jansson, A. (2022, 14 september). Samverkan mellan barnhälsovård och förskola. *Rikshandboken i barnhälsovård.* https://www.rikshandboken-bhv.se/verksamhetsriktlinjer/samverkan-med-andra-verksamheter/samverkan-mellan-barnhalsovard-och-forskola/

Johnson, R. E., Oyebode, O., Walker, S., Knowles, E., & Robertson, W. (2018). The difficult conversation: A qualitative evaluation of the 'Eat Well Move More' family weight management service. *BMC Research Notes*, *11*(1), 325. https://doi.org/10.1186/s13104-018-3428-0

Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(12), 2954–2965. https://doi.org/10.1111/jan.13031

Kavookjian, J., Suire, M., & Wadsworth, T. (2020). *Motivational interviewing for overweight children: A systematic review. Pediatrics*, *146*(4), e2020007279. https://doi.org/10.1542/peds.2020-007279

Kumar, S., Kelly, A. S., & Review Group. (2020). Cardiovascular morbidity, diabetes, and cancer risk among children and adolescents with severe obesity: A systematic review. *International Journal of Obesity*, *44*(5), 1050–1061. https://doi.org/10.1038/s41366-020-0535-3

Lakhote, N., & Massar, K. (2024). Emotion in motion: Weight bias internalization, exercise avoidance, and fitness-related self-conscious emotions. *Healthcare*, *12*(10), 955. https://doi.org/10.3390/healthcare12100955

Langley-Evans, S. C. (2022). Early life programming of health and disease: The long-term consequences of obesity in pregnancy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *35*(6), 1004–1012. https://doi.org/10.1111/jhn.13023

Laws, R., Campbell, K. J., Van der Pligt, P., Ball, K., Lynch, J., Russell, G., Taylor, R., & Denney-Wilson, E. (2015). Obesity prevention in early life: An opportunity to better support the role of maternal and child health nurses in Australia. *BMC Nursing*, *14*, Article 26. https://doi.org/10.1186/s12912-015-0077-7

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Ling, J., Chen, S., Zahry, N. R., & Kao, T.-S. A. (2023). Economic burden of childhood overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews, 24*(2), e13535. https://doi.org/10.1111/obr.13535

Livsmedelsverket. (2024). *Riksmaten småbarn 2021–2024*. Hämtad 30 september 2025, från https://www.livsmedelsverket.se/om-oss/publikationer/artiklar/2024/l-2024-nr-12-riksmaten-smabarn-2021-24

Lundkvist, J., Thor, J., & Östberg, A. L. (2023). Increased incidence of overweight and obesity among preschool Swedish children during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Public Health, 33*(1), 127–133. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac163

Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L. A., Manios, Y., & Gonzalez-Gil, E. M. (2021). *The influence of parental dietary behaviors and practices on children's eating habits.* Nutrients, 13(4), 1138. https://doi.org/10.3390/nu13041138

Magnusson, M. (Ed.). (2013). *Förebygga barnfetma och främja jämlik hälsa* (1st ed.). Studentlitteratur.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change* (4th ed.). Guilford Press.

Mäenpää, T., & Vuori, A. (2021). Broaching overweight and obesity at maternity and child health clinics. *International Journal of Nursing Practice, 27*(5), e12958. https://doi.org/10.1111/ijn.12958

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., … Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 384*(9945), 766–781. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8

Nogueira-de-Almeida, C. A., Silva, C. C., de Lima, J. S., & de Sá, L. R. (2024). Food neophobia in children: A case study in Federal District/Brazil. *Nutrients, 16*(17), 2962. https://doi.org/10.3390/nu16172962

Nylander, C., Nowicka, P., & Derwig, M. (2024). The prevalence of overweight among 4-year-olds during and after the COVID-19 pandemic was associated with socioeconomic burden. *Acta Paediatrica*. https://doi.org/10.1111/apa.17468

Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., & Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics, 140*(6), e20173034. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034

Puhl, R. M., & Himmelstein, M. S. (2018). Weight stigma: A neglected driver of health disparities. *American Journal of Public Health, 108*(5), 632–633. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304419

Reuter, A. (2018). *Barnhälsovårdens nationella program*. Rikshandboken i barnhälsovård. https://www.rikshandboken-bhv.se/verksamhetsriktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/

Rikshandboken i barnhälsovård. (2023, oktober). *Nationell målbeskrivning för sjuksköterskeetjänstgöring inom BHV*. https://www.rikshandboken-bhv.se/verksamhetsriktlinjer/arbets--och-malbeskrivningar/nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-bhv/

Sandvik, P., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P., & Ek, A. (2023). Parents' recalled experiences of the child-centred health dialogue in children with overweight: A qualitative study. BMC Health Services Research, 23, Article 289. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09308-8

Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *4*(2), 187–192. https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628

Sela, Y., Grinberg, K., & Nemet, D. (2022). Obstacles preventing public health nurses from discussing children's overweight and obesity with parents. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, *45*(4), 425–436. https://doi.org/10.1080/24694193.2022.2117433

Schnurr, T. M., Ängquist, L., Nøhr, E. A., Hansen, T., Sørensen, T. I. A., & Morgen, C. S. (2022). Smoking during pregnancy is associated with child overweight independent of maternal pre-pregnancy BMI and genetic predisposition to adiposity. *Scientific Reports*, *12*(1), Article 3135. https://doi.org/10.1038/s41598-022-07122-6

Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., et al. (2019). Planting a seed - child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project. *BMC Public Health*, *19*, 1494. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4

Socialstyrelsen. (2023). *Nationella riktlinjer för vård vid obesitas - Riktlinjer och utvärderingar*. Socialstyrelsen. Hämtad 5 november 2025, från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/obesitas/

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 13 september 2025, från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf

Sultana, M., Nichols, M., Moodie, M., Allender, S. & Brown, V. (2023). *A systematic review of economic evidence for community-based obesity prevention interventions in children. Obesity Reviews*, *24*(9), e13592. https://doi.org/10.1111/obr.13592

Svensson, V., Jacobsson, J. A., Fredriksson, R., Danielsson, P., Sobko, T., Schiöth, H. B., & Marcus, C. (2016). Overweight at four years of age in a Swedish birth cohort: Influence of neighbourhood-level purchasing power. *BMC Public Health*, *16*, 546. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3252-1

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., ... & Dietz, W. H. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, *393*(10173), 791–846. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8

Taylor, R. W., Williams, S. M., & Goulding, A. (2019). The use of growth charts and BMI in identifying overweight and obesity in children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 55(3), 308–313. https://doi.org/10.1111/jpc.14123

Thaker, V. V., Osganian, S. K., deFerranti, S. D., Gortmaker, S. L., & Feldman, H. A. (2020). Psychosocial, behavioral and clinical correlates of children with overweight and obesity. *BMC Pediatrics*, *20*, 291. https://doi.org/10.1186/s12887-020-02145-2

Tichenor, P. J., Donohue, G. A., & Olien, C. N. (1970). Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly*, *34*(2), 159–170. https://doi.org/10.1086/267786

UNICEF. (1989). *Konventionen om barnets rättigheter*. https://unicef.se/barnkonventionen

Westergren, T., Fegran, L., Jörstad Antonsen, A., Timenes Mikkelsen, H., Henning, C. B., & Stamnes Köpp, U. M. (2021). Prevention of overweight and obesity in Norwegian public health care context: A mixed-methods study. *BMC Public Health*, *21*(1), 983. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11096-0

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed* (ISBN 978-91-7307-352-3). Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/publikationer/2017-08-31-god-forskningssed.html

Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., ... & Murray, C. J. L. (2019). Food in the Anthropocene: The EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, *393*(10170), 447–492. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4

Viswanath, K., & Emmons, K. M. (2019). Message effects and social determinants of health: Its application to cancer disparities. *Journal of Communication*, *69*(2), 140–160. https://doi.org/10.1093/joc/jqz004

Voerman, E., Santos, S., Inskip, H., Amiano, P., Barros, H., Charles, M. A., ... & Gaillard, R. (2019). Association of gestational weight gain with adverse maternal and infant outcomes. *JAMA*, *321*(17), 1702–1715. https://doi.org/10.1001/jama.2019.3820

World Health Organization. (2024). *Childhood overweight and obesity*. Hämtad 19 september 2025, från: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity

Wright, L. M., & Leahey, M. (2002). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4th ed.). F. A. Davis Company.

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad: föreställningar i samband med ohälsa och sjukdom*. Studentlitteratur.

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 25 september 2025, från https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Bilaga 1 – Etisk egengranskning

Följande frågor har besvarats av författarna och godkänts av handledare.

		Ja	Kanske	Nej
1	Avser studien att behandla (samla in och/eller använda) känsliga personuppgifter enl. Integritetsskyddsmyndigheten, IMY såsom etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, hälsa, sexuell läggning, genetiska uppgifter eller biometiska uppgifter.			**X**
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?			**X**
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka deltagarna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka?			**X**
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			**X**
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, person med demenssjukdom eller psykisk funktions-nedsättning, personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			**X**
6	Avses vetenskaplig publicering såsom vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift efter studiens genomförande (enbart publicering i DiVA räknas ej som vetenskaplig publicering).			**X**
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (GDPR- ansvarig).			**X**
8	Syftet och metoden är väl avvägt gällande risk-nytta samt anpassat till nivån på studien.	**X**		
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med deltagare under 15 år krävs vårdnadshavares godkännande – bägge vårdnadshavarna vid gemensam vårdnad).	**X**		
10	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	**X**		
11	Det finns resurser för genomförande av projektet.	**X**		

Bilaga 2 – Godkännande av verksamhetschef

Vi är två distriktssköterskestudenter vid Linneuniversitetet som ska genomföra vår magisteruppsats under hösten -25. Syftet med studien är att beskriva BHV-sjuksköterskors upplevelse av att möta vårdnadshavare till barn med övervikt. Vi ansöker härmed om tillstånd att få tillfråga BHV-sjuksköterskor om medverkan i våran studie.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och deltagarna kan när som helst välja att hoppa av. Alla som tillfrågats om deltagande kommer att få ett informationsbrev. Inga enskilda personer eller arbetsplatser kommer att kunna identifieras i studien. Vid intresse av deltagande ges ett skriftligt samtycke. Intervjuerna kommer att ske via zoom, telefon alternativt på plats och beräknas ta omkring 30-45 minuter. Materialet kommer att spelas in med ljud och transkriberas ordagrant. Materialet förvaras oåtkomligt för andra än uppsatsskrivarna och förstörs efter avslutad studie.

Inklusionskriterierna är specialistutbildad distriktssköterska eller barnsjuksköterska med minst 1 års arbetslivserfarenhet på BHV samt att de har träffat familjer med den sökta problematiken. Studien har erhållit ett rådgivande yttrande från Etikkommittén sydost. Vi kommer ansöka om godkännande från flertalet barnhälsocentraler inom södra hälso- och sjukvårdsregionen.

Avslutad studie kommer publiceras i DIVA-portal och blir då tillgänglig för allmänheten att läsa. Förhoppningsvis kan studien komma till gagn även för er verksamhet.

Har ni frågor eller funderingar, hör gärna av er till oss
Med vänliga hälsningar,

Studerande:
Sara Johansson
Sn222@student.lnu.se

Frida Salerud
Fs223sy@student.lnu.se

Handledare:
Janet Mattsson
Professor i vårdvetenskap
akutsjukvård
Fakulteten för hälso-livsvetenskap
Linnéuniversitetet
Janet.mattsson@lnu.se

Undertecknande godkänner härmed att Sara Johansson och Frida Salerud utför datainsamling enligt beskrivningen ovan.

_____

Namn/Titel/Verksamhet/Ort/Datum

Bilaga 3 - Informationsbrev till BHV-sjuksköterskor

Till dig som är BHV-sjuksköterska inom södra hälso- och sjukvårdsregionen - Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie

Övervikt bland barn och ungdomar fortsätter att öka och leder i sin tur till ökad risk för både fysisk och psykisk ohälsa på såväl kort som lång sikt.
Syftet med denna intervjustudie är att få en ökad förståelse för de erfarenheter och upplevelser BHV-sjuksköterskor har av möten med överviktiga barn och deras vårdnadshavare.

Vi kommer att tillfråga BHV-sjuksköterskor som arbetar på BHV inom södra hälso- och sjukvårdsregionen om deltagande i denna intervjustudie med förhoppning att få ihop 10 stycken deltagare. Du behöver ha arbetat minst ett år som BHV-sjuksköterska samt mött minst två barn med övervikt. Det är frivilligt att medverka i studien och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att det på något sätt påverkar dig. Intervjuerna kommer att spelas in och genomförs via zoom, telefon alternativt på plats och beräknas ta omkring 30-45 minuter. Om du är intresserad av att delta i studien, vänligen kontakta någon av oss via e-post eller telefon längst ner på sidan.

Allt insamlat material från intervjuerna kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt. Materialet kommer att förvaras på en säker plats så att ingen obehörig kommer att kunna ta del av det och allt material kommer förstöras efter avslutat arbete. Inga enskilda personer eller arbetsplatser kommer att kunna identifieras i studien. Vid information om vad som registrerats om dig eller om du har synpunkter på behandling av insamlad data, kan du kontakta någon av kontaktpersonerna nedan eller lärosätets dataskyddsombud via dataskyddsombud@lnu.se. Studien har erhållit ett rådgivande yttrande från Etikkommittén sydost.

Vi som kommer genomföra studien heter Sara Johansson och Frida Salerud och studerar vid Linneuniversitetet Kalmar och läser till specialistsjuksköterska med inriktning distriktssköterska. Detta är vårt magisterarbete och den färdiga studien kommer senare att publiceras i Diva-portal där ni kan ta del av resultatet. Förhoppningsvis kan det vara till nytta och av intresse för ert arbete och er verksamhet.

Studerande:
Sara Johansson
Sn222@student.lnu.se

Frida Salerud
Fs223sy@student.lnu.se

Handledare:
Janet Mattsson
Professor i vårdvetenskap akutsjukvård
Fakulteten för hälso-livsvetenskap
Linnéuniversitetet
Janet.mattsson@lnu.se

Bilaga 4 - Samtyckesformulär

Samtycke till att delta i projektarbetet

Jag har fått ta del av skriftlig information om studien och har fått möjlighet att ställa frågor och fått dem besvarade. Jag har även informerats om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst kan välja att avbryta min medverkan.

• Jag samtycker till deltagande i projektet "BHV-sjuksköterskans upplevelser av att möta vårdnadshavare till barn med övervikt".

Ort och datum	Underskrift forskningsperson
	Namnförtydligande

Bilaga 5 – Intervjuguide

Bakgrundsinformation om deltagaren:
Specialistutbildning:
Antal år som BHV-sjuksköterska:
Sysselsättningsgrad:
Ålder:
Kön:

Frågor:

Berätta hur du upplever mötet med vårdnadshavare till överviktiga barn?

Hur upplever du att vårdnadshavare brukar reagera när du informerar om att barnet är överviktigt?

Upplever du att vårdnadshavare är medvetna om vilka risker det finns med övervikt hos barn?

Upplever du att vårdnadshavare är intresserade av information och vägledning kring sitt barns övervikt?

Anser du att de mätinstrument och de tillväxtkurvor som ni använder inom barnhälsovården är lättförståeliga/pedagogiska för vårdnadshavarna?

Upplever du några svårigheter eller hinder under samtalet?

Vilka faktorer kan underlätta samtalet med vårdnadshavaren?

Hur påverkar vårdnadshavarens tidigare relation till dig som BHV-sjuksköterska samtalet kring ett barns övervikt? (Tänker om du eventuellt följt ett syskon innan eller barnet en längre tid först).

Upplever du att samtalet kring övervikt kan kännas svårare med vårdnadshavare som själva är överviktiga?

Upplever du att det finns tillräckligt med resurser för att bemöta och ta hand om överviktiga barn i barnhälsovården?

Upplever du att din utbildning till dsk/barnsjuksköterska samt fortbildningen på din arbetsplats är tillräcklig i samtalen med överviktiga barn och vårdnadshavare?

Finns det något som du tror skulle förbättra förutsättningarna i ditt arbete med överviktiga barn och deras vårdnadshavare?

Är det något jag inte frågat dig om ditt arbete med överviktiga barn som du skulle vilka tillägga?

Följdfrågor:
Kan du utveckla ditt svar ytterligare?
Hur tänker/känner du kring det?
Har jag tolkat dig rätt …?
Kan du ge ett exempel?