

EXAMENSARBETE

**Barnsjuksköterskors erfarenheter
i möten med små underviktiga
barn och deras föräldrar**

**Paediatric nurses experiences in
meetings with small underweight
children and their parents**

Examensarbete inom ämnet Omvårdnad
D-Nivå 15 Högskolepoäng
Vårtermin 2009

Ann du Rietz Söderström

Handledare: Elisabeth Kylberg
Examinator: Ulla Hellström Muhli

SAMMANFATTNING

Titel:	Barnsjuusköterskors erfarenheter i möten med små underviktiga barn och deras föräldrar
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	du Rietz Söderström, Ann
Handledare:	Kylberg, Elisabeth
Sidor:	26
Månad och år:	Juni, 2009
Nyckelord:	barnsjuusköterskor, barn, föräldrar, undervikt, erfarenheter

Övergripande syftet för verksamheten inom barnhälsovården är att främja hälsa och utveckling hos alla barn, att tidigt kunna identifiera problem som rör barns tillväxt och utveckling samt att förebygga ohälsa hos barn. Andelen barn som är underviktiga i dagens samhälle är få.

Syftet med studien var att beskriva BVC-sjuusköterskors erfarenheter i möten med underviktiga barn och deras föräldrar. Intervjuer genomfördes och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Fokus lades på att se skillnader och likheter i textinnehållet. Resultatet av analysen beskrevs i sex huvudkategorier. Det framkom att det krävdes en stor lyhörddhet för de enskilda individerna av sjuusköterskan och att sjuusköterskan upplevde det som svårt att hantera mötet på grund av brist på redskap. Ändå upplevdes det som positivt då föräldrarna var lyhörda för sjuusköterskans råd. Det framkom även att sjuusköterskorna upplevde en stor oro hos föräldrarna och att sjuusköterskorna arbetade utifrån en helhetssyn på barnen. I sitt arbete med det underviktiga barnet använde sig sjuusköterskan av olika hjälpmedel och de beskrev även hur sjuusköterskan påverkar mötet med familjen.

Det vore önskvärt att det arbetades fram ett vårdprogram med riktlinjer för omhändertagandet av underviktiga barn.

ABSTRACT

Title: Paediatric nurses experience in meeting with small underweight children and their parents

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: du Rietz Söderström, Ann

Supervisor: Kylberg, Elisabeth

Pages: 26

Month and year: June, 2009

Keywords: paediatric nurse, child, parents, underweight, experience

The aim of child health care is to promote health and development for all children, to early identify problems that concern children's growth and development and to prevent ill-health among children. Today in our society the proportion of children who are underweight are few.

The aim with this study was to describe paediatric nurses experience in meetings with small underweight children and their parents. Interviews were implemented and analyzed according to qualitative content analysis. Focus was placed on looking at differences and interpretations in the text content. The analyse resulted in six main categories, such as a need of sensitivity and a holistic view from the nurse, difficulties in handling the meeting because lack of tools. A positive experience which facilitated the meeting was the emotional sensitivity from the parents. In their work the nurses used different facilities. It was also described how the nurse influenced the meeting with the family.

It would be desirable to have guidelines for how to handle underweight children.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Tillväxt	2
BMI (Body Mass Index)	2
Undervikt.....	2
Konsekvenser av undervikt hos barn.....	3
Barnhälsovårdens mål	3
Föräldrarnas delaktighet och stöd i barnets kostintag	4
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	5
Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska	6
Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med inriktning mot barn och ungdomar.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	8
Frågeställningar	8
METOD.....	8
Urval.....	9
Datainsamling.....	9
Analys.....	9
Etiska överväganden	10
RESULTAT	11
Kräver stor lyhörddhet av sjuksköterskan.....	11
Behandla alla lika och med respekt för enskilda individen. Vara lyhörd.....	11
Svårt att hantera på grund av brist på redskap däremot positivt med lyhörda föräldrar	12
Svårt att hantera mötet med underviktiga barn, saknar beredskap.....	12
Föräldrarna är lyhörda, har behov av stöttning från sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplever inga hinder.....	12
Föräldrars oro	13
Föräldrars oro och rädsla. Jobbigt med underviktigt barn	13
Helhetssyn på barnet	13
Se helheten, lättare att acceptera smal.....	13
Har barnet varit sjukt och ätit dåligt?	13
Fysiskt aktiv	14
Herediteten, är mamma och pappa smala?.....	14
Barnet mår bra.....	14
Tillväxtkurva	14
BMI	15
Kostanamnes	15
Utreda för eventuell bakomliggande sjukdom	15
Agerar och använder hjälpmedel.....	15
Kostråd med extra fett i maten, måltidsordning. Samtala om maten vid besök.....	15
Matsituationen, känna matglädje och undvika konflikter	16
Viktkontroller	16
Hjälp av andra yrkeskategorier	16
Påverkan	17
Påverkan, kontinuitet.....	17
Egna erfarenheter	17
Sammanfattning av resultat.....	17

DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	19
Slutsats	22
Praktiska övervägande.....	22
REFERENSER.....	23
Bilaga I	1
Bilaga II.....	2
Bilaga III	3
Bilaga IV	4
Bilaga V.....	6

INLEDNING

Inom barnhälsovården (BHV) arbetar sjuksköterskorna främst preventivt. Det ingår i arbetet att förebygga ohälsa (Lindberg & Lagercrantz, 2007). Underviktiga barn och ungdomar i dagens samhälle är få och därför kan det vara en riskfaktor att dessa barn inte uppmärksammas på samma sätt som de överviktiga och feta. Andelen svenska 10-åringar som är underviktiga är 1,1 % av flickorna och 1,8 % av pojkarna (Angbratt, Eriksson, Funcke, Nilsson, Säterskog & Söderlind, 2003). Enligt en finsk studie drabbas 2,2 % av unga kvinnor någon gång av anorexi och av dessa söker bara hälften kontakt med sjukvården (Keski-Rahkonen, et. al., 2007). Att uppmärksamma undervikt är angeläget, speciellt bland unga flickor. En studie gjord i Frankrike visade att andelen underviktiga var betydligt högre än förväntat, 5,6 % mot förväntade 3 % (Rolland-Cachera, et. al., 2002). Att vara underviktig är en riskfaktor för att utveckla depression, ångest och sociala problem (ter Bogt, van Dorsselaer, Monshouwer, Verdurmen, Engels & Vollebergh, 2005). De allvarliga konsekvenserna av att vara underviktig förbises enligt en studie från USA då mycket av fokus är på övervikt. Forskarna i denna studie påstår att antalet underviktiga kommer att öka och unga personer blir motiverade till farligt lågt BMI. Konsekvenserna av ätstörningar, osteoporos och dåligt matintag måste belysas. Ett så allvarligt hälsoproblem som undervikt är i dagens samhälle förtjänar mer balanserade diskussioner än vad som förekommer idag (Strawbridge, Wallhagen & Shema, 2000).

I dagens samhälle är många av barnen och ungdomarna överviktiga (Angbratt, et. al., 2003). En av de viktigaste delarna i barnhälsovården de senaste tjugo åren är den ökade delen överviktiga barn och ungdomar (Harvey O'Brien, Holubkov & Cohen Reis, 2004). Prevalensen av barn med fetma har de senaste åren betonats i många västerländska länder. Världshälsoorganisationen (WHO) betonade 1998 att den ökade andelen överviktiga barn och ungdomar är ett hot mot välbefinnandet över hela världen, främst i industriländerna (Rolland-Cachera, et. al., 2002).

Små barn som har problem med tillväxt och uppfödning oroar föräldrarna mycket (Rydell & Dahl, 2005). Föräldern till barnet är den som känner barnet bäst och därmed förstår barnets känslomässiga och sociala behov. Det är viktigt att sjuksköterskan ger föräldrarna information och stöd så att de kan ge sitt barn svar samt att de kan hjälpa barnet (Månsson Edvinsson & Enskär, 2000). En av sjuksköterskans viktigaste områden inom barnhälsovården är tillväxten, att upptäcka uppfödningssproblem och att ge råd angående matintag och matrutiner. Föräldrarna upplever oro när barnen inte äter. I en svensk studie från 2006 uttrycker mammor att de inte alltid fått det stöd de önskat från barnavårdscentralen (BVC) när barnens matsituation upplevs negativ (Bramhagen, Axelsson & Hallström, 2006). Eftersom föräldrarna är de som sammanhåller barnens uppväxt bör de ses som nyckelperson i prevention och behandling av viktrelaterade problem. Synen på uppfostran och synen på mat är avgörande när barnen ska lära sig en hälsosam livsstil (Golan & Crow, 2004).

I arbetet beskrivs barnsjuksköterskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor tjänstgörande inom BHV. De kommer fortsättningsvis i arbetet att beskrivas som sjuksköterskor.

BAKGRUND

Tillväxt

Varje barn har rätt till sin egen tillväxtkurva. Alla barn vägs och mäts regelbundet på BVC. Detta görs för att upptäcka sjukdomar och följa behandlingar individuellt för varje barn. Det görs även för att följa hälsotillstånd hos populationen och se sekulära trender. Avvikelse i barnets tillväxttakt är en känslig indikator på ohälsa (Lindberg & Lagercrantz, 2007). En otillräcklig viktökning och senare även en långsam längdtillväxt ses när barnen är sjuka eller undernärda. Även sociala och psykiska problem kan ge tillväxtretardation. Tillväxtkurvan intresserar föräldrarna och är en bra utgångspunkt vid besök på BVC för att tala om barnets näringsbehov och om det är problem med uppfödning och mat (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2007).

BMI (Body Mass Index)

Hos barn kan förhållandet mellan längd och vikt bedömas genom BMI. BMI hos barn måste dock ställas i relation till barnets ålder och kön (Lindberg & Lagercrantz, 2007). BMI är ett enkelt index av vikt i förhållande till längd som används för att klassificera undervikt, övervikt och fetma hos vuxna. Det definieras som vikt i kilogram dividerat med längden i kvadrat (kg/m^2). Klassificeringen för undervikt är < 18.50 , där svår undervikt är < 16 , måttlig undervikt är $16.00 - 16.99$ och mild undervikt är $17.00 - 18.49$. Som normalvikt räknas $18.50 - 24.99$. > 25.00 räknas som övervikt och > 30 räknas som fetma (World Health Organisation, 2008).

BMI bör mätas under barn- och ungdomsåren och även hos vuxna för att tidigt, och förhoppningsvis mer effektivt, kunna arbeta preventivt. Undervikt hos barn har länge definierats som längd och vikt i relation till ålder med varierande gränser, antingen 5:e percentilen som rekommenderas av WHO eller 3:e percentilen som används i Frankrike (Cameron, 2007). Den internationella BMI-gränsen för överviktiga och feta barn täcker åldrarna 2 – 18 år och är baserade på vuxen BMI ≥ 25 för övervikt och ≥ 30 för fetma hos 18 åringar. Dessa har använts mycket världen över och Cole, Flegal, Nicholls och Jackson (2007) har utvecklat BMI för undervikt enligt samma principer. WHO definierar undervikt grad 1, vilket motsvarar BMI $< 18,5$, grad 2 motsvarar BMI < 17 och grad 3 som motsvarar BMI < 16 . Det diskuteras vilken gräns som är mest lämpad, den 5:e percentilen eller $- 2$ SD (standardavvikelse). WHO rekommenderar $- 2$ SD, 5:e percentilen har använts tidigare då $- 2$ SD BMI-gräns inte var tillgängligt. Cole, Flegal, Nicholls och Jackson (2007) menar att det mest lämpade och det enklaste sättet att överföra barns längd i förhållande till vikt till BMI är att använda $- 2$ SD som gräns. Internationell definition av undervikt hos barn och ungdomar föreslås vara BMI < 17 vid 18 års ålder. Detta baseras på att BMI < 17 är WHO grad 2 för undervikt hos vuxna. BMI < 17 vid 18 års ålder relaterar till $- 2$ SD och BMI < 17 vid 18 års ålder är 80 % av medianen enligt Coles studie, se tabell 1, bilaga I (Cole, Flegal, Nicholls & Jackson, 2007).

Undervikt

I Sverige är 1,1 – 1,5 % av flickorna och 1,7 – 1,8 % av pojkarna underviktiga. I två svenska studier som gjorts redovisas undervikt och normalvikt tillsammans. Det finns därför en risk att de underviktiga barnen förbises (Sundblom, 2006; Angbratt, et. al., 2003). Då tonvikten läggs

på fetma avleds uppmärksamheten lätt från de allvarliga konsekvenser som lågt BMI kan orsaka. Det kan även öka andelen ätstörningar som anorexia och bulimi. Stört ätbeteende ökar risken för metabola rubbningar och osteoporos. Även bland de små barnen och prematura barnen är det en risk att undervikt förbises. Undervikt ökar risken för infektioner och sjukdomar (Nandy & Miranda, 2008). Detta ses speciellt i låginkomstländerna där 60 % av dödsfallen bland barn beror på malnutrition. WHO har utarbetat riktlinjer för malnutrition som inte är förankrade på kliniker vare sig i låginkomst- eller i industriländerna. Om det arbetades utifrån dem kunde flera malnutrierade barns liv räddas. Adekvat nutritionsstatus är viktigt för normal tillväxt och utveckling (Jackson, Ashworth & Khanum, 2006).

Konsekvenser av undervikt hos barn

Vikt- och längdtillväxtkurvan är ett värdefullt hjälpmedel vid bedömning av barnets hälsotillstånd. Genom att relatera barnets kostintag med tillväxtkurvan får hälsovårdspersonalen god information. Viktkurvan är den som planar först. Efter en till två månader med otillräckligt kostintag ses en avplaning av längdtillväxten. Matvägran är ett vanligt symptom hos små och stora barn vid akuta infektioner som övre och nedre luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner samt mag- och tarm infektioner. Detta är övergående. Om matvägran kvarstår mer än två veckor eller om det inte finns någon akut infektion bakom matvägran bör barnet utredas med misstanke på födoämnesallergi, kronisk sjukdom eller psykosociala problem (Lindberg & Lagercrantz, 2007). Matproblem tidigt i livet kan bero på svårigheter i föräldrar – barn kontakten. Dessa matproblem håller ibland i sig och ger emotionella och sociala problem. Tvååringar med tidiga matproblem har fler infektioner och mer störande beteende än jämnåriga utan matproblem. De har även en ökad risk att bli överviktiga som tonåringar (Satter, 1995).

Många barn som är malnutrierade lider brist på vitamin A och zink. De har ett sämre immunförsvar och infektioner drabbar dem lättare än normalviktiga barn. Adekvat nutrition är oerhört viktigt för en normal tillväxt och för att barnen ska må bra. För att undvika att barn blir underviktiga är det viktigt att arbeta initialt preventivt med barnen och föräldrarna (Jackson, et. al., 2006). Föräldrarna är ansvariga för vad barnen äter och vad som erbjuds. Barn är normalt intresserade av mat. Problem kan uppstå då föräldrarna är för tjatiga på barnen att de ska äta, det kan leda till en matvägran istället (Satter, 1995). De kostvanor som grundläggs i barndomen blir ofta bestående (Hagelin, et. al., 2007). Hälsovårdspersonal och föräldrar måste hjälpas åt i samhället att få till en sundare livsstil med en balanserad diet, att barnen är fysiskt aktiva och att alla barn går på regelbundna tillväxtkontroller (Monsen, 2008).

Barnhälsovårdens mål

Det är viktigt att satsa på de yngre barnen för att förebygga framtida hälsoproblem. Attityder och beteende rörande hälsofrågor grundläggs tidigt under barn- och ungdomsåren. I stort sett kommer alla barn i kontakt med barnhälsovården. Kontakten knyts redan när barnet är nyfött och fortgår ända till barnet börjar skolan och då tar skolhälsovården över (Svensk sjuksköterskeförening och Riskföreningen för barnsjuksköterskor, 2008). Barns hälsa och utveckling är en angelägenhet för hela samhället. Alla barn i Sverige har rätt till en avgiftsfri hälsovård vid primärvårdens BVC enligt ett riksdagsbeslut från 1937. Det är dock frivilligt för familjerna (Lindberg & Lagercrantz, 2007).

”Barnhälsovårdens mål är att minska dödlighet, sjuklighet och handikapp bland barn, att minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn samt att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom bidra till gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn” (Hagelin, et. al., 2007 s. 12).

Barnhälsovårdens syfte är att främja hälsa och utveckling hos alla barn, att tidigt kunna identifiera problem som rör barns tillväxt och utveckling samt att förebygga ohälsa hos barn. På BVC blir nyblivna föräldrar sedda just som föräldrar, oberoende av social status eller eventuell förekomst av psykosociala problem (Hagelin, et. al., 2007).

Sjuksköterskan som arbetar inom barnhälsovården ansvarar för att alla barn erbjuds hälsoundersökningar och vaccinationer som ingår i det allmänna programmet. Sjuksköterskan är den som står för kontinuiteten i kontakterna med barnet och dess familj. Sjuksköterskan har en central roll då det gäller att ge råd och stöd angående barnets hälsa, psykiska utveckling samt sociala och fysiska utveckling till föräldrar och även till personal inom förskolan. Hälsoundersökningarna utförs enligt Socialstyrelsens rekommendationer. I hälsoundersökningarna ingår tillväxtmätningar, utvecklingsbedömningar, olika screeningundersökningar för att upptäcka höftledsluxationer, syn- och hörselnedsättningar, språk- och talproblem (Socialstyrelsen, 1991). Sjuka eller undernärda barn uppvisar ofta en otillräcklig viktökning och senare även en långsam längdtillväxt. Psykiska problem eller sociala missförhållanden ger också ofta en tillväxtretardation (Hagelin, et. al., 2007).

Föräldrarnas delaktighet och stöd i barnets kostintag

Varje barn har rätt att växa upp under goda och trygga förhållanden enligt barnkonventionen. Barnets uppfostran och utveckling är vårdnadshavarnas gemensamma ansvar. Tankar och handlingar ska vara utifrån barnets bästa. Samhället har ett särskilt ansvar att stödja vårdnadshavarna i deras åtagande (Unicef, 2008). Alla föräldrar som uttrycker att de oroas över sitt barns kostintag ska tas på allvar. Ett positivt samspel mellan barnen och föräldrarna ger de bästa förutsättningarna för att barnet ska bli intresserat av att äta. Det är viktigt att föräldrarna normaliserar matsituationen och att familjen har en regelbunden måltidsordning. Barn som matvägrar i perioder bör inte få höra att de inte tycker om mat eftersom detta kan förvärra situationen och barnet kommer in i en ond cirkel (Hagelin, et. al., 2007). Föräldrarna har en viktig roll i barnens kostintag. Vad som äts vid enskilda måltider spelar mindre roll då det är vad barnen äter under än längre tid som är viktigt. Föräldrarna bör erbjuda bra mat på inspirerande sätt. Mat ska i grunden vara positivt förknippat (Brugård Konde & Woxberg, 2008). I familjer där matvägran och problem kring maten förekommer bör sjuksköterskan på BVC lägga vikt på positiva matstunder, ge råd då matsituationen är problematisk och föreslå åtgärder för att lösa problemen. Barn behöver regelbundna matvanor och restriktioner angående snacks. De kommer då hungriga till matbordet och är villiga att testa maten som serveras (Satter, 1995). Tre till femåringar är nyfikna på att testa ny mat. Hur föräldrarna serverar maten har stor betydelse för tre till femåringars attityd till mat och uppförande kring matbordet. En strukturerad måltidsordning och att föräldrarna tillåter att barnen plockar och väljer av det som bjuds, barnen själva avgör vad och hur mycket de ska äta (Satter, 1995). I en svensk studie från 2006 beskriver mammor som har kontrollbehov att de inte får tillräckligt med stöd av sjuksköterskan på BVC. Dessa mammor upplever att BVC sjuksköterskan inte lyssnar till deras oro och att de upplever matsituationen negativt (Bramhagen, et. al., 2006).

En stor andel föräldrar, 38 %, missbedömer sina barns egentliga viktstatus. Det behövs en effektiv hälsouppllysning så att föräldrar blir medvetna om barnens vikt. Detta kan vara det

första steget i preventivt arbete för att förebygga undervikt och övervikt. Det har visat sig att många kvinnor i Latinamerika är mer oroade över att deras barn är underviktiga än överviktiga och önskar att deras barn är lite knubbiga (He, 2007). I en amerikansk studie där mammors upplevelser av sitt barns vikt undersökt ansåg de i 44 % av fallen att deras underviktiga som var normalviktig, och 33 % av flickorna som var underviktiga ansågs vara normalviktiga. Att arbeta preventivt för att förebygga övervikt och undervikt är lönlöst om inte mödrarna till barnen är med och delaktiga. Många mödrar missbedömer sitt barns vikt och anser att de är normalviktiga även att de är överviktiga eller underviktiga. Detta är viktig kunskap för folkhälsan. Föräldrarna till underviktiga och även överviktiga barn behöver insikt i barnets hälsostatus och förlika sig med det för att förändringar i livsstil och kostintag ska bli möjliga. En negativ inverkan på barnets självkänsla bör undvikas (Maynard, Galuska, Balanck & Serdula, 2003). Generellt är flickor mer missnöjda med sin vikt än pojkar oberoende om de är normalviktiga, överviktiga eller underviktiga. Av de normalviktiga flickorna ville 22 % bli smalare och av de underviktiga flickorna ville 9 % bli smalare. Flickor är mer utsatta för social press att vara smala, ha ideal vikt och är därför mer mottagliga för ätstörningar (Blaženčić-Mladenović, et. al., 2006).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Travelbee är en omvårdnadsteoretiker som fokuserar på omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Kirkevold (2000) sammanfattar Travelbees definition av omvårdnadsbegreppet;

”Omvårdnad är en mellanmännslig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och, vid behov, att finna en mening i dessa upplevelser” (Kirkevold, 2000 s. 130).

Varje människa är unik, en oersättlig individ. Den enskilda individens upplevelser av sjukdom, lidande, förluster och liknade är bara individens egna. För att nå syftet med omvårdnaden behövs en mellanmännslig relation, erfarenheter mellan sjuksköterskan och en person i behov av sjuksköterskans tjänster, kan till exempel vara barn och ungdomar och deras familj. Det viktigaste kännetecknet på relationen är att individens eller familjens omvårdnadsbehov tillgodoses. Sjuksköterskan ansvarar för att relationen etableras och upprätthålls men för att det ska vara en bra relation måste den vara ömsesidig. De mellanmännsliga relationerna växer fram i flera möten mellan sjuksköterskan och individen eller familjen (Travelbee, 1971). Mötet mellan patienten och sjuksköterskan beskriver Travelbee som en process i fem faser. Den första fasen är första mötet där sjuksköterskan och patienten observerar och bedömer varandra. Andra fasen består i anknytning, sjuksköterskan blir medveten om hur hon uppfattar patienten och försöker urskilja det unika i individen. Tredje fasen kallas empatifasen, där delar sjuksköterskan patientens känslomässiga tillstånd. Travelbee menar att empati kan uppnås utan att sjuksköterskan tycker om eller har positiva känslor för patienten. I fjärde fasen utvecklas sympati, en önskan om att åtgärda patientens obehag. Sympatifasen kännetecknas av medkänsla. Den avslutande fasen är samförstånd, en ömsesidig kontakt och förståelse mellan sjuksköterskan och patienten. Detta är ett resultat av de möten och olika faser sjuksköterskan och patienten gått igenom tillsammans (Götling, 2008). När sjuksköterskan ses som en individ och inte en roll samt när barnets och familjens upplevelser förstås av sjuksköterskan har de en mellanmännslig relation (Travelbee, 1971).

Kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap enligt Travelbee. Det är en målinriktad process som gör det möjligt för sjuksköterskan att etablera en mellanmännslig

relation till patienten och genom detta nå målet med omvårdnaden. Interaktion mellan sjuksköterskan och individen äger rum via kommunikationen. Den kommunikation som finns mellan patienten och sjuksköterskan är både verbal och icke verbal. Sjuksköterskan bör ständigt sträva efter att utveckla sina färdigheter i att kommunicera. Syftet är att lära känna individen samt utforska och tillgodose hans behov. Det övergripande målet är att hjälpa sjuka och lidande personer att finna en mening i situationen (Travelbee, 1971). Enligt Kirkevold (2000) har Travelbees värderingar en lång tradition inom omvårdnaden; alla patienter är unika individer, den enskilda individens upplevelse av situationen är viktig samt att visa respekt och engagemang för den enskilda patienten.

På BVC ligger huvudansvaret på sjuksköterskan. Ett av sjuksköterskans viktigaste arbetsinstrument är att kommunicera med barnen och deras föräldrar. Dels för att få information under hälsoundersökningarna, dels för att delge föräldrarna information och individuella råd till familjerna och dels för att skapa en god relation (Baggens, 2001).

För de verksamma inom hälso- och sjukvård, oavsett vilken grundprofession de har, har mötet med dem som söker råd och hjälp en framträdande plats i verksamheten (Götlind, 2008). I möte med nya människor är de första minuterna avgörande för hur vi uppfattar varandra. Första intrycket är ofta bestående och tar tid att ändra. Att ha blickkontakt, att hälsa med handslag öppnar för en bra möte (Enqvist & Bengtsson, 2005).

Att lyssna både till det som sägs och till känslorna bakom det som sägs är det allra viktigaste sjuksköterskan kan göra i mötet med barn och deras föräldrar. Det optimala är att en bra relation byggs upp i första mötet för att lättare kommunicera med barnen senare. I samtalen med barnen använder sjuksköterskan mycket ögonkontakt, ställer frågor till barnen så att de inte missuppfattas och lyssnar efter det som sägs mellan raderna. Sjuksköterskan bör även förklara behandlingar och alternativa behandlingar på ett sådant sätt att barnet förstår det som sägs. Det är bra att sjuksköterskan kan behålla lugnet när föräldrarna uttrycker sin oro och frustration (Westwood, 2007). I mötet med barn prioriterar sjuksköterskor att möta barnet med respekt. Sjuksköterskan hälsar på barnet först och föräldrarna sedan, försöker alltid få ögonkontakt och talar om vem de är och vad som ska göras. Målet med mötet med barnen är att de ska känna sig trygga och känna tillit till sjuksköterskan (Bischofberger, Dahlqvist, Edwinston Månsson, Tingberg & Ygge, 2004). Vid besöken på BVC är det oftast sjuksköterskan som initierar samtalen mot bakgrund av basprogrammet. De vanligaste samtalsområdena är barnets utveckling, olika situationer samt frågor om procedurer och rutiner. Det föräldrarna oftast frågar om är fenomen som rör barnets kropp (Baggens, 2001).

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska

Sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska utföras i enlighet med gällande författningar och andra riktlinjer. Det finns tre huvudsakliga arbetsområden för sjuksköterskan; omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Etiskt förhållningssätt och en helhetssyn ska genomsyra samtliga kompetensområden. Detta innebär att sjuksköterskan ska utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn, visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Sjuksköterskan ska även ta tillvara patientens eller närståendes kunskaper och erfarenheter, visa öppenhet och respekt för olika trosuppfattningar och värderingar. Vidare ska sjuksköterskan arbeta utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och vid behov föra deras talan. Sjuksköterskan ska tillämpa gällande forskningsetiska konventioner och ta

tillvara arbetslagets och andras erfarenheter/kompetens samt genom teamsamverkan bidra till en helhetssyn på patienten (Socialstyrelsen, 2005). I International Council of Nurses (ICN) står det att all omvårdnad har en etisk dimension och varje sjuksköterska har ett moraliskt ansvar för sina bedömningar och beslut. ”Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområde, de är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande” (Svensk sjuksköterskeförening, 2007 s.3). I ICN:s beskrivning står det också att det som utmärker en profession är hur de professionella använder framtagen kunskap i praktiken. Enligt Socialstyrelsen bör ICN:s etiska koder samt ett vetenskapligt förhållningssätt ligga till grund för sjuksköterskans arbete.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med inriktning mot barn och ungdomar

Barnsjuksköterskans specialområde är hälso- och sjukvård för barn och ungdomar och deras närstående. Barnsjuksköterskans arbete ska precis som legitimerade sjuksköterskans arbete präglas av ett humanistiskt och etiskt förhållningssätt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utföras i enlighet med gällande lagar och författningar. En barnsjuksköterska kan arbeta antingen i öppenvården eller i slutenvården. Barnsjuksköterskan ska arbeta utifrån; Konventionen om barns rättigheter, Nordisk förening för sjuka barns behov (NOBAB:s) standards och utföra de uppgifter som angetts för legitimerad sjuksköterska, barn- och ungdomars specifika hälso- och sjukvårdspanorama som utgångspunkt (Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för barnsjuksköterskor, 2008).

PROBLEMFORMULERING

Andelen barn och ungdomar i Sverige som är underviktiga är betydligt färre än de som är överviktiga. Barn med undervikt kan drabbas av ohälsa och sjukdomar. Det finns en risk att dessa barn glöms bort och inte får den uppmärksamhet de egentligen behöver. Adekvat nutritionsstatus är viktig för normal tillväxt och utveckling. Sjuksköterskan som arbetar inom BVC arbetar främst preventivt, det vill säga förebyggande. Mycket av sjuksköterskans arbete utgörs av hälsorådgivning till föräldrar och barn. För att förebygga ohälsa senare i livet är det viktigt med goda kostvanor från tidig ålder. Sjuksköterskan på BVC ger hälsoinformation om mat och matvanor till föräldrarna redan från första mötet. Kostrådgivningen som ges inom barnhälsovården är baserade på Svenska Näringsrekommendationer (Livsmedelsverket, 2009).

Alla barn mäts och vägs regelbundet under hela sin uppväxt, både på BVC och i skolhälsovården. Att få fram tillväxt- och BMI-kurvor är ett värdefullt hjälpmedel vid bedömning av barnets hälsotillstånd. I en studie från USA visade det sig att föräldrarna missbedömer sitt barns egentliga viktstatus, de behöver insikt i barnens hälsostatus för att ta till sig eventuella livsstilsförändringar. Liknande resultat visade sig i en studie från Latinamerika, föräldrarna behöver bli medvetna om barnens vikt.

Kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste instrument i mötet med barn och deras föräldrar. Vid de återkommande hälsoundersökningarna byggs en relation upp mellan sjuksköterskan och familjerna, förhoppningsvis får familjen förtroende för sin sjuksköterska på BVC. Ungdomar som är underviktiga är mer benägna att utveckla depressioner och ångest. Sjuksköterskan lyssnar både på det som sägs och till känslorna bakom är viktigt för att kunna hjälpa alla barn.

Det förefaller finnas få studier inom området småbarn, i åldrarna två till sex år, med undervikt. Frågan är om sjuksköterskorna ger de underviktiga barnen den uppmärksamhet som de behöver? Vad saknas för verktyg i dessa möten för att hjälpa föräldrar och barn? Vilka metoder finns och vilken hjälp kan de underviktiga barnen behöva? Får föräldrar och barn det stöd de behöver när oro finns för vikten?

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva BVC sjuksköterskans erfarenheter av mötet med underviktiga små barn och deras föräldrar.

Frågeställningar

Hur upplever sjuksköterskan mötet med underviktiga barn och deras föräldrar?

Hur bedömer sjuksköterskan om barnen är underviktiga?

Hur agerar sjuksköterskan efter att hon konstaterat att barnet är underviktigt?

Vad påverkar mötet mellan sjuksköterskan och familjen?

METOD

Data har samlats via intervjuer av sjuksköterskor. En intervjuguide utarbetades och användes under intervjuerna, se bilaga II. En intervjuguide innehåller en översikt av de ämnen som ska täckas i intervjun samt förslag till frågor (Kvale, 1997). Med tanke på studiens syfte valdes en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. I en kvalitativ studie baseras data från berättelser och iakttagelser hur människan uppfattar och tolkar den omgivande verkligheten. Fokuseringen sker på tolkning av olika texter. Syftet är att beskriva de olika variationer som framkommer ur texten och detta sker genom att identifiera likheter och skillnader i texters innehåll. Dessa likheter och skillnader som identifieras uttrycks i kategorier och teman på olika nivåer. Eftersom sjuksköterskors erfarenheter är syftet med studien passar en induktiv ansats, det vill säga en analys av texter utan att använda en mallar eller teorier utarbetade i förväg. I texten är det dock värdefullt att lägga märke till tystnad, suckar och skratt eftersom dessa kan påverka den underliggande meningen (Graneheim & Lundmann, 2004).

Trovärdigheten i resultaten i en forskningsstudie beror på forskarens förförståelse och erfarenhet samt att texten analyserats utifrån giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Detta är krav som ställs på texter som analyseras kvalitativt enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008). Då resultatet lyfter fram det som är karaktäristiskt och representativt eller typiskt för det som är avsett att beskrivas i studien är detta giltigt. Analysarbetet ska beskrivas noggrant för att uppnå tillförlitlighet i resultatet. Alla ställningstagande ska verifieras under hela processen. För att resultatet ska vara trovärdigt ska det vara överförbart, det vill säga resultatet ska kunna överföras till andra grupper eller situationer. Det är läsaren av en studie som avgör om resultaten är överförbara. Författaren bör tydligt beskriva urval, deltagare, datainsamling och analys för att underlätta bedömningen av överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim 2008). Då det är upplevelser och erfarenheter som undersöks i denna studie är inte en

kvantitativ metod lämplig. Inte heller en deduktiv ansats är lämplig då studien vill hitta nya hypoteser och inte arbeta utifrån en given mall.

Urval

Urvalet består av sjuksköterskor verksamma i barnhälsovården på olika orter i Jönköpings län. Totalt ingick fem deltagare. Urvalskriterierna var att sjuksköterskan skulle vara barnsjuksköterska alternativt distriktssjuksköterska med påbyggnadsutbildning inom barn. Vidare var kravet att de skulle ha arbetat inom BHV i minst två år, för att de ska vara insatta i verksamheten. För att undvika språkliga missuppfattningar i analysförfarandet skulle sjuksköterskorna tala och förstå svenska.

Datansamling

Datansamlingen gjordes via kvalitativa intervjuer som spelades in på band och därefter transkriberades, det vill säga skrivs ner ordagrant. Totalt 31 sidor skrevs ut. Detta är enligt Kvale (1997) en lämplig datansamlingsteknik vid kvalitativa intervjuer för att registrera det som blir sagt. En fördel med kvalitativa intervjuer är öppenheten (Kvale, 1997). Under intervjuerna ställdes först två frågor med anledning av sjuksköterskornas utbildning och arbetslivserfarenhet. Därefter ställdes samma huvudfråga till alla; *kan du berätta för mig hur du upplever det att möta underviktiga barn och deras föräldrar?* Beroende på hur uttömmande svaren var ställdes följdfrågor som; *kan du berätta mer? Hur kände du då?* Med hjälp av en utarbetad intervjuguide, bilaga II, fick alla sjuksköterskor likvärdiga frågor men i olika ordning beroende på samtalets gång.

Brev skickades ut med förfrågan och en beskrivning av studien till verksamhetschefer på berörda BVC, se bilaga III. Efter godkännande från verksamhetscheferna kontaktades vårdenhetschefer på respektive enhet som utsåg vem som ska intervjuas. Kontakt togs med tänkt BVC sjuksköterska via mail och telefon för att boka tid och plats, se bilaga IV. Intervjuerna varade i cirka en halvtimme och utfördes på respektive barnsjuksköterskas arbetsplats. Anledningen till att intervjupersonernas arbetsplats valts var för att förenkla för de berörda det vill säga att de inte skulle behöva förflytta sig. Sjuksköterskorna som intervjuades hade arbetat mellan 5 1/2 – 22 år inom BVC. De hade varit färdiga barnsjuksköterskor i mellan 2 - 16 år och färdiga distriktssköterskor i 20 – 25 år. Den sjuksköterskan som arbetat två år som barnsjuksköterska hade arbetat i 20 år som distriktssköterska, mesta tiden på BVC, innan hon läst vidareutbildning till barnsjuksköterska. Alla sjuksköterskorna hade mellan 50 och 60 barn per årskull och omkring 300 till 350 barn totalt inskrivna hos sig.

Analys

Datamaterialet analyseras enligt Graneheim och Lundmans kvalitativa innehållsanalys. Graneheim och Lundman (2004) beskriver kvalitativ innehållsanalys som ett verktyg för att belysa fenomenen som framkommer vid en intervju. Det första ställningstagandet är val av analysenhet. En intervju eller ett dokument kan vara en analysenhet. Tillräckligt stor för att utgöra en helhet och tillräckligt liten för att kunna hanteras i analysprocessen. Hela texten läses igenom upprepade gånger för att få en helhet. Fyra huvudfrågor lyftes fram ur texten och utifrån dem fortsatte analysarbetet.

Grunden för analysen var att arbeta fram meningsbärande enheter, se figur 1 som visar exempel på utformandet av meningsenheter. Meningsenheter består av ord, meningar och stycken av texten som hör samman. De bör inte bli för stora då det finns risk att väsentliga delar av innehållet går förlorat när analysarbetet fortsätter och abstraktionsnivån blir högre. Meningarna bröts ned ytterligare till kondenserade meningar. Dessa är kortare men kärnan i innehållet är bevarat. Den kondenserade texten försågs med koder som beskriver innehållet i meningarna. Dessa koder blev en etikett för de ursprungliga meningsbärande enheterna. Koderna jämfördes med varandra och de med liknande innehåll sammanfördes till underkategorier och kategorier. Se bilaga V. Kategorierna svarar på frågan ”Vad”? (Graneheim & Lundman, 2004).

Hur sjuksköterskan upplever mötet

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Jag bemöter dem inte annorlunda. Jag tror att jag är rätt så neutral vad gäller det här. Jag försöker i bemötandet att inte ha några pekpinnar och åh vad hemskt utan att man på ett bra sätt tycker jag Jag dömer inte föräldrarna liksom, oj oj vad smalt ditt barn är</i>	Inte ha några pekpinnar i bemötandet, är rätt så neutral. Dömer inte föräldrarna, oj vad ditt barn är smalt	Sjuksköterskan bör behandla alla lika.	Behandla alla lika och med respekt för enskilda individen. Vara lyhörd	Kräver stor lyhördhet av sjuksköterskan
<i>Man får ju vara lite försiktig också så här då man får ju gå lite på tå då för många föräldrar tar ju illa vid sig om det är så, det är en balansgång för ibland tycker föräldrarna att det är okej.</i>	Vara försiktig så föräldrarna ej tar illa vid sig, är en balansgång.	Sjuksköterskorna bör vara lyhörda för familjens behov		

Figur 1. Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori.

Etiska överväganden

Då intervjuerna inte utförts på patienter eller barn har ingen ansökan om etiskt tillstånd gjorts. Innan intervjuerna påbörjades tillfrågades berörda barnsjuksköterskors verksamhetschefer om tillstånd, om tillträde till fältet. De tillfrågade verksamhetscheferna samt deltagarna informerades i förväg om att deltagandes är frivilligt och att de när som helst kan dra sig ur studien samt att materialet enbart används till den aktuella studien.

Hänsyn har tagits till deltagarna enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Dessa innebär att alla samhällspersoner ska skyddas mot otillbörlig insyn, individer får inte utsättas för psykisk eller fysisk skada och ej heller förödmjukelse eller kränkning. Information gavs till berörda om syftet med studien/forskningen, att deltagandet var frivilligt och att individen hade rätt att avbryta deltagandet. Individen har rätt att själv bestämma om sin medverkan. Uppgifter om personer som deltar i studien ska behandlas konfidentiellt. All data som samlats in används endast till forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002).

RESULTAT

Studiens resultat beskriver hur fem sjuksköterskor tjänstgörande på olika BVC upplever det att möta underviktiga barn och deras föräldrar. Innehållet i intervjuerna delades in i fyra huvudfrågor; hur sjuksköterskan upplever mötet, hur sjuksköterskan bedömer barnet, hur sjuksköterskan agerar efter bedömning och sjuksköterskans påverkan i mötet, se bilaga V. Ur varje huvudfråga har ett antal huvudkategorier och underkategorier växt fram. Huvudkategorierna och underkategorierna presenteras i figur 2.

Kräver stor lyhördhet av sjuksköterskan	Behandla alla lika och med respekt för enskilda individen. Vara lyhörd.
Svårt att hantera på grund av brist på redskap däremot positivt med lyhörda föräldrar	Svårt att hantera mötet med underviktiga barn, saknar beredskap. Föräldrarna är lyhörda, har behov av stöttning från sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplever inga hinder.
Föräldrars oro	Föräldrars oro och rädsla. Jobbigt med underviktiga barn.
Helhetssyn på barnet	Se helheten, lättare att acceptera smal. Har barnet varit sjukt och ätit dåligt? Fysiskt aktiv. Herediteten, är mamma och pappa smala? Barnet mår bra Tillväxtkurva BMI Kostanamnes Utreda för eventuell bakomliggande sjukdom
Agerar och använder hjälpmedel	Kostråd med extra fett i maten, måltidsordning. Samtala om maten vid besök. Matsituationen, känna matglädje och undvika konflikter Viktkontroller Hjälp av andra yrkeskategorier
Påverkan	Påverkan, kontinuitet Egna erfarenheter

Figur 2. Huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategorierna presenteras var för sig med tillhörande underkategorier som styrks med beskrivande citat i texten.

Kräver stor lyhördhet av sjuksköterskan

Sjuksköterskan som arbetade på BVC mötte alla sorters människor. Det krävdes av henne att hon var lyhörd för de enskilda individernas behov. Sjuksköterskorna som intervjuades upplevde sig inte ha några förutfattade meningar om barnen och föräldrarna som kom till dem på mottagningen utan de bemötte dem inte annorlunda för att de är underviktiga.

Behandla alla lika och med respekt för enskilda individen. Vara lyhörd.

Då sjuksköterskorna mötte familjen där barnet var underviktigt eller hade planat på tillväxtkurvan försökte hon bemöta dem utifrån familjens behov. Ibland kunde det vara så att föräldrarna inte såg eller tyckte att deras barn var smalt eller på gränsen till underviktigt. Sjuksköterskan upplevde att hon ibland får tassa på tå så att familjen inte tog illa vid sig. Hon upplevde det att vara en balansgång. En annan sjuksköterska berättade att hon försökte att

vara rätt så neutral när det gäller smala barn, att inte döma föräldrarna utan att stötta och ge råd istället.

”vara lite försiktig också så här då man får ju gå lite på tå många föräldrar kan ta illa vid sig”

”jag försöker i bemötandet att inte ha några pekpinningar och åh vad hemskt”

Svårt att hantera på grund av brist på redskap däremot positivt med lyhörda föräldrar

Sjuksköterskorna som intervjuades upplevde att det kan vara svårare att möta och hjälpa underviktiga barn och deras föräldrar än överviktiga barn. Dels eftersom de underviktiga är färre och dels för att de saknar redskap att ta till.

Svårt att hantera mötet med underviktiga barn, saknar beredskap

Då sjuksköterskorna mötte underviktiga barn och deras familjer upplevde de att det kan vara svårt att hantera. De hade inte samma beredskap för de barnen och hur de skulle hjälpa dem. Det kunde vara så att de inte pratade så mycket om de underviktiga barnen på sin arbetsplats. De berättade att de inte hade så mycket att komma med, det vill säga inget vårdprogram eller utarbetade rutiner, utan det blir mest kosten. Risken var att de lyssnade på föräldrarna som tyckte att deras barn åt jättebra och inte gick på djupet med vad en planande vikt egentligen stog för.

”jag tror att vi liksom inte har samma beredskap för de barnen och hur vi ska hjälpa dem”

”vi pratar inte om det så mycket eftersom det inte är ett lika stort problem då”

”med det skulle vara skönt tror jag att få någonting som man säger, liksom standardiserat så här”

Föräldrarna är lyhörda, har behov av stöttning från sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplever inga hinder

Sjuksköterskorna upplevde de underviktiga barnens föräldrar som mer lyhörda än överviktiga barns föräldrar. Det var aldrig några problem att få föräldrarna att komma på tätare besök och de upplevde det som att föräldrarna var villiga att lyssna till sjuksköterskan råd. Sjuksköterskorna försökte att stötta föräldrarna i alla situationer. Då de vet att barnen är friska försökte de informera om att en del barn är mindre än andra. Ingen av sjuksköterskorna upplevde att det fanns några hinder i mötet med familjerna.

”de smala barnen de föräldrarna är oftast mer lyhörda för det är oftast inte krångel barnen som har krångliga föräldrar om man säger så”

Föräldrars oro

Samtliga intervjuade sjuksköterskor upplevde det som om att underviktiga barns föräldrar var oroliga. De känner oro för om barnet är sjukt, oro för allmänhetens kommentarer och oro för sin roll som förälder.

Föräldrars oro och rädsla. Jobbigt med underviktigt barn

Föräldrar som hade barn som vägde lite och som var underviktiga eller smala upplevde en större oro. Är barnet friskt? Föräldrarna var rädda för att det ska vara något fel på barnet. Ofta upplevde föräldrarna andras syn som jobbig, till exempel kommentarer om att deras barn var smalt. Sjuksköterskorna upplevde det som om att föräldrarna till underviktiga barn tyckte att det var jobbigare än de som hade överviktiga barn. När barnet var underviktigt var föräldrarna rädda att det skulle vara något farligt. De hade redan innan de kom till BVC upptäckt att deras barn är litet och tunt i jämförelse med andra barn.

”men i själva verket kan man väl säga att barn som väger lite där är ju föräldrarna väldigt oroliga”

”oftast är det ju mammorna som är här att de kanske blir ledsna och rädda för att barnet inte väger, de blir ju oroliga och tror att det är något fel på barnet”

Helhetssyn på barnet

Det är viktigt att se till hela barnet och inte stirra sig blind på ett mätvärde. Sjuksköterskorna måste se till helheten hur barnet mår.

Se helheten, lättare att acceptera smal

Sjuksköterskorna som intervjuades upplevde det som om att normen att vara smal var lättare att acceptera. Att arbeta utifrån helhetssyn ingår i sjuksköterskans profession. Däremot sa sjuksköterskorna att det kanske var lättare att se till helheten, att barnet mår bra, då det var ett smalt barn. En sjuksköterska menade att det var bättre om barnet var lite smalare och piggt än för tjockt.

”man måste se till helheten hur de mår, när det gäller smala barn har vi kanske mycket lättare att göra det”

Har barnet varit sjukt och ätit dåligt?

I mötet med familjen där vikten stagnerat hos barnet talade sjuksköterskan med föräldrarna och hörde sig för om barnet varit sjuk nyligen, om de varit förkylda, haft magsjuka eller influensa. Likaså om föräldrarna själva lagt märke till ett sämre matintag i samband med sjukdom. Sjuksköterskan borde också fråga föräldrarna om det hänt något speciellt i familjens närhet.

”inte bara underviktiga utan att de planar på viktkurvan kan föräldrarna säga att vi har varit sjuka eller jo han har ätit dåligt. Då får man en förklaring”

Fysiskt aktiv

Sjuksköterskan bör ha med i sin bedömning av barnet om det är i en fas i livet där det rör sig mycket mer än tidigare och i och med det har ett större energibehov.

”om de är pigga och leker och rör sig mycket”

Herediteten, är mamma och pappa smala?

Samtliga intervjuade sjuksköterskor pratade om fördelen med att de vet hur mamma och pappa till barnen såg ut. Att en del är stora och en del är små, långa och korta, smala och tjocka. Som sjuksköterska på BVC var det viktigt att titta på genetiken. Hur ser föräldrarna ut, är mamma och pappa jättesmala kan de tänka sig att barnet kommer att se lika ut.

”kan se på herediteten att mamma är som ett sträck och pappa är som ett långt smalt sträck”

”oftast vet man ju hur föräldrarna ser ut eftersom man gjort det här första hembesöket, då försöker vi alltid men det är ju inte alltid det händer men att pappan är med i alla fall”

Barnet mår bra

Sjuksköterskorna påtalade att de följde barnen sedan de var nyfödda och ser att de skaffar sig sin egen kurva. En del ligger långt ner på tillväxtkurvan redan från början och är smala. Så länge barnen är pigga och välutvecklade och mår bra oroade de sig sällan för att ett barn är smalt. Vissa barn är små. Sjuksköterskorna upplevde det som mer oroväckande om barnet tappar i längd och vikt. En sjuksköterska rannsade sig själv i att ibland kanske man låter det vara, ett barn som åt dåligt men växte, att sjuksköterskan där borde ha gjort en bättre bedömning. Kanske barnet fastnat i en matvägran.

”så länge de är pigga och välutvecklade och mår bra förövrigt kan man vara lugn”

”barn som äter dåligt och så tycker man att ja ja men de växer ju i alla fall så det får ju vara okej då det här men det kanske ändå inte är okej”

Tillväxtkurva

Samtliga sjuksköterskor som intervjuades framhöll tillväxtkurvan, där de följer barnets längd och vikt kurvor som arbetsredskap nummer ett inom barnhälsovården. De visade kurvan för föräldrarna vid varje besök på BVC. Det viktiga i bedömning är att vikten och längden följs åt. Sjuksköterskorna poängterade att de måste ta hänsyn till människors olikheter och att en del av befolkningen var små biologiskt sett. De ligger på minus två i tillväxtkurvan och har alltid gjort det och det är normalt för den individen. Hänsyn måste även tas till invandrarbarn och adoptivbarn som är normalt sett små.

”vi tittar på längd och vikt kurvan”

”adoptivbarn särskilt från Asien, biologiskt sett så ska de egentligen inte gå enligt vår vikt kurva för svenska barn”

BMI

Vid samtliga barnvårdscentraler där intervjuerna genomfördes har de datajournaler som automatiskt räknar ut BMI. Detta var inget de använde i sin bedömning av barnen utan de räknade ut BMI och lämnade till statistik. Ingen av sjuksköterskorna pratade med föräldrarna om BMI.

”ja vi håller ju på med BMI men BMI.....jag tittar på kurvorna”

”vi fyller inte i BMI alltid i alla undersökningar eller så men vi har gjort när vi lämnat till statistik...eh så har vi ju den nya datajournalen då får vi ju automatiskt BMI på alla”

Kostanamnes

Det är en fördel om sjuksköterskan var lyhörd inför familjernas kostintag. Vid besöken pratade de runt maten, hur de gjorde och vad de åt.

”tar ju alltid en anamnes en kostanamnes”

Utreda för eventuell bakomliggande sjukdom

Alla sjuksköterskorna som intervjuades berättade att de ville utesluta att det inte var någon sjukdom bakom att barnet är underviktigt. Var det så att både viktkurvan och längdkurvan planar tvekade de aldrig utan kontaktade läkare. Det kunde röra sig om en glutenintolerans eller en mjölkallergi. Sjuksköterskan brukade höra sig för med föräldrarna hur barnet mår. Har det besvär från magen med diarré eller hård i magen, har det besvär med kräkningar eller eksem?

”utreda att det inte är någon sjukdom”

”vi diskuterar med läkaren om vi tycker att det är en viktkurva som sviktar mycket”

Agerar och använder hjälpmedel

Då sjuksköterskan tillsammans med läkaren utrett barnet och de vet att det inte är någon sjukdom bakom barnets planande vikt eller undervikt agerar de utifrån det.

Kostråd med extra fett i maten, måltidsordning. Samtala om maten vid besök

Då sjuksköterskan vet att det inte är något fel på barnet agerar de utifrån det. De hade en noggrann genomgång angående kosten och gav familjen kostråd. De försökte förklara för föräldrarna att när barnen växer och är fysiskt aktiva går det åt mycket energi. De uppmanade föräldrarna att ge mer kalorier och tillsätta extra fett i barnens mat. Vidare informerade de familjen om att barnen behöver äta två lagade mål mat om dagen och att inte dricka så mycket välling utan äta mat istället. De pratade med familjen om deras måltidsordning och att det är bra att ha regelbundna måltider. Alla intervjuade sjuksköterskor berättade att de pratade mer eller mindre om mat och kostintag vid varje besök på BVC. Även då det inte var något problem och barnen växte fint så brukade de fråga hur det gick med maten.

”peppa föräldrarna att ge mer kalorier, förklara ätt barn som växer behöver väldigt mycket kalorier mer än man tror”

”det första vi brukar prata om är att ge två lagade mål”

Matsituationen, känna matglädje och undvika konflikter

Sjuksköterskorna berättade att när de träffade familjer där barnen var underviktiga eller små brukade de fråga föräldrarna om matsituationen hemma. Hur de åt och var de åt. De pratade om att det är bra om familjen kunde äta tillsammans och att familjen får till en bra situation runt matbordet. Det bör vara lugnt, att TV:n inte är på och att familjen känner matglädje. Konflikter hör inte hemma runt matbordet. Ofta kan det vara så att när barnen äter dåligt började föräldrarna att tjata och truga och då blir det lätt låsningar och barnen fastnade i en matvägran. Sjuksköterskorna som intervjuades berättade att de försöker förmedla till familjen att det är barnet själv som bestämmer vad de ska äta och att det är föräldrarnas ansvar att erbjuda mat.

”det är viktigt att man äter tillsammans och det här med matglädje att man inte börjar truga och det är ju lätt att det blir låsningar och en matvägran som kan vara svår att komma ur”

”jag brukar säga att varje barn bestämmer vad den ska äta man kan inte tvinga något barn att äta”

Viktkontroller

Då det inte finns några andra symtom med i bilden tar sjuksköterskan tillbaka barnen på extra viktkontroller. Hur täta beror på hur gamla barnen är. Är de små blir det tätare kontroller och är de lite äldre, kanske tre till fyra år, tar de tillbaka dem var tredje månad eller varje halvår. De barn som alltid varit små och smala där försöker sjuksköterskan att normalisera det. Det är naturligt att en del barn är smala och att vi alla är olika. De föräldrar som har ett underviktigt barn kände sig tryggare om de fick komma tillbaka på extra viktkontroller.

”vi följer ju upp dem, vi tar tillbaka dem oftare till oss”

”hittar man inget fel så måste man ju ändå ha täta kontroller hos mig då”

Hjälp av andra yrkeskategorier

Då sjuksköterskorna som arbetade på BVC försökt att hjälpa familjerna med kostråd, att prata om måltidsordning, matsituationen och de upptäckte att barnet inte gått uppåt i vikt kan de ta hjälp av andra yrkeskategorier. Då det gäller mat och kosten hade samtliga intervjuade sjuksköterskor en dietist att ta hjälp av, antingen direkt knuten till sig eller via barnmottagningen. De barn som hade en konstaterad intolerans eller allergi blev alltid erbjudna att träffa dietisten. I de fall sjuksköterskan misstänkte att det var något i familjesituationen som låg bakom barnets matvägran eller dåliga matintag kunde de remittera till en barnpsykolog. Alla barn som är inskrivna på BVC träffar enligt basprogrammet antingen en barnläkare eller distriktsläkare som bedömer barnen. Om sjuksköterskan bedömde att barnet behöver träffa läkare tätare ordnas detta med extra tid eller via barnmottagningen.

”vi hade en dietist inkopplad, vi har en jättebra”

”vi har barnläkare här, samma som på barnmottagningen”

”vi har en barnpsykolog vi kan remittera till”

Påverkan

Sjuksköterskan som arbetade på BVC träffade familjerna kontinuerligt genom barnens första sex levnadsår. Sjuksköterskorna upplevde att de på olika sätt påverkade mötet med barnen och familjerna.

Påverkan, kontinuitet

De intervjuade sjuksköterskorna trodde att det var mycket som påverkade deras möte med familjen. Dels om de visar familjen med sitt minspel och sina gester att de reagerar och dels eftersom de träffar familjen ofta. De påtalade att kontinuiteten och att ha kännedom om familjen är viktigt.

”det här med kontinuitet tror jag är jätteviktigt, det är a och o att ha kännedom om familjen”

”visst påverkar jag om jag visar att jag blir förskräckt”

Egna erfarenheter

Sjuksköterskan bär med sig sina tidigare erfarenheter i mötet med familjerna. De som arbetat en längre tid inom BVC och träffat liknande familjer tidigare bär med sig erfarenheter och kunskaper från de mötena. De påverkas också av sina intressen för kost och hälsa.

”jag är ju intresserad av det här med mat och jag tycker att det är spännande”

Sammanfattning av resultat

Sjuksköterskor som arbetade på BVC mötte alla sorters människor. Det krävdes av dem att de var lyhörda för de enskilda individernas behov. Sjuksköterskorna upplevde att de ibland får gå varsamt fram för att familjerna inte ska ta illa vid sig.

Sjuksköterskorna som arbetade inom BVC upplevde att det var svårare att arbeta med underviktiga barn, att de inte hade samma beredskap och att de inte hade så mycket att komma med som i möten med överviktiga barn och deras föräldrar. Samtliga sjuksköterskor som intervjuades upplevde en stor oro hos föräldrarna då barnen var underviktiga. Samtidigt var deras känsla att föräldrarna till underviktiga barn var mer lyhörda för sjuksköterskans råd och det var aldrig några problem att få familjen att komma på tätare besök.

Undervikt är inte så vanlig förekommande, en del barn är små och smala av naturen. När sjuksköterskan mötte ett barn som var tunt eller på gränsen till underviktigt eller där vikten stagnerat började de med att fråga om barnet varit sjukt nyligen och därmed ätit sämre. De tittade också på hur föräldrarna ser ut, de ser till herediteten, är de också smala. På alla BVC där sjuksköterskor intervjuades bedömdes BMI på fyraåringar, på några ställen även vid fem år. BMI är inget som de använde sig av mer än till statistik, alla har det automatiskt uträknat i

datajournalen. Sjuksköterskorna föredrog att arbeta med tillväxtkurvorna, de sågs som nummer ett när det gällde att bedöma barns tillväxt.

Alla intervjuade sjuksköterskor poängterade att de alltid utreder barn som planar på viktkurvan. Antingen på BVC med tjänstgörande barnläkare eller, vilket var vanligare, via barnmottagningen. Då de uteslutit bakomliggande sjukdom arbetade sjuksköterskorna främst med kostråd, måltidsordning, matsituationen, att känna matglädje samt hur familjen kunde undvika konflikter runt matbordet. Sjuksköterskan tog tillbaka barnen på tätare tillväxtkontroller för att följa dem och se om råden gett någon effekt. Ibland kunde en dietist konsulteras och sällan kontaktades barnpsykologen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva barnsjuksköterskors erfarenheter av möten med små underviktiga barn och deras föräldrar, då passar en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats bra. Under intervjuerna ombads sjuksköterskorna att berätta om olika tillfällen i sitt arbete. Data i en kvalitativ studie baseras på berättelser och tolkning av texter (Graneheim & Lundman, 2004). Då det är upplevelser som undersöks i denna studie är inte en kvantitativ metod lämplig, inte heller en deduktiv ansats är lämplig då studien vill hitta ny kunskap och inte utgå utifrån en given mall grundad på redan känd kunskap.

Som intervjuare med liten tidigare erfarenhet finns det en risk att intervjuaren styr och omedvetet påverkar intervjun med uttal, mimik och kroppsspråk då frågorna ställs (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud, 2005). Min upplevelse av intervjuerna var att barnsjuksköterskorna inte var så talföra som jag hade hoppats på. I informationsbrevet skrev jag att beräknad tidsåtgång var en timma, ingen av intervjuerna varade i mer än 30 minuter. Även om intervjuerna blev kortare i tidslängd än vad jag förväntat mig så har de givit svar på de frågeställningar jag hade. En enkät hade varit ett alternativ till intervjuerna och då hade fler informanter kunnat delta. Nackdelen med enkäter är att det inte blir några diskussioner och därmed svårare att belysa på djupet (Kvale, 1997).

En intervjuguide utarbetades i förväg vilket jag som intervjuare hade god nytta av. Alla sjuksköterskor som intervjuades fick därmed liknande frågor även om ordningsföljden var olika beroende på svar från sjuksköterskorna och diskussioner under intervjuerna (Kvale, 1997).

Innehållsanalys följer en tydlig och strukturerad ordning (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008), vilket gjorde analysarbetet enklare. Även resultatet får ett tydligt upplägg då innehållsanalys används med hjälp av kategorier vilket underlättar för läsaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Jag har försökt att kritiskt granska mina tolkningar och varit så objektiv som möjligt under intervjuerna.

Resultatdiskussion

Barnhälsovårdens syfte är att främja hälsa och utveckling hos alla barn, att tidigt kunna identifiera problem som rör barnens tillväxt och utveckling samt att förebygga ohälsa (Hagelin, et.al., 2007). På BVC blir alla familjer bemötta utifrån deras behov. Sjuksköterskan som arbetar inom BVC visar omsorg och respekt för enskilda individens autonomi och tar till vara närståendes (i detta fall föräldrarnas) kunskaper och erfarenheter (Socialstyrelsen, 2005). Travelbee (1971) påtalar att varje individ är unik och ska få sina omvårdnadsbehov tillgodosedda. I intervjuerna som gjorts har sjuksköterskorna talat om att de inte bemöter familjerna annorlunda för att barnen är underviktiga, att de upplevde det som positiv när föräldrarna vill det bästa för sina barn, att de upplevde att det aldrig är några problem att få familjen att komma tillbaka på tätare besök.

Sjuksköterskorna påtalade att de upplevde svårigheter i sitt arbete då de saknar beredskap i möten med underviktiga barn och deras föräldrar, att de inte har så mycket att komma med, inget vårdprogram. Cole, Flegal, Nicholls och Jackson (2007) har utarbetat en modell för att bedöma barns viktstatus. Denna definition ska uppmuntra en direkt jämförelse av trender hos smala barn och ungdomar över hela världen. För överviktiga och feta barn och ungdomar finns det vårdprogram framtaget. I detta beskrivs hur de professioner som arbetar med barn och ungdomar ska identifiera riskgrupper och arbeta preventivt. Det finns i vårdprogrammet mot övervikt och fetma beskrivet hur bedömning, uppföljning och remittering ska göras (Fåhraeus & Lingfors, 2003; Barnöverviktsenheten, 2006; Andersson & Lundström, 2008). Kan det vara så att det är fler som är underviktiga än de som uppmärksammas? Då sjuksköterskorna inte har den beredskap de önskar kan de behöva något mer hjälpmedel för att identifiera de underviktiga barnen. I en fransk studie från 2002 beskrevs att andelen underviktiga var fler förväntat (Rolland-Cachera, et. al, 2002). För att identifiera överviktiga barn används iso-BMI (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Det finns liknande utarbetat för att identifiera undervikt men som tyvärr inte används ännu i svenska BHV (Cole, Flegal, Nicholls & Jackson, 2007).

Samtliga sjuksköterskor påtalade föräldrars oro för sina barn då de är underviktiga. Alla föräldrar som oroas för sitt barns kostintag ska tas på allvar (Hagelin, et. al., 2007). Enligt Westwood (2007) är det viktigt att vid första mötet med föräldrarna och barnet skapa en positiv relation, att verkligen lyssna till familjen och vara empatisk och att ta oron på allvar. Många föräldrar är oroliga för att det ska vara något allvarligt med barnet. Även i Travelbees omvårdnadsteori påtalas en etablering av en god relation för att nå målet med omvårdnaden (Travelbee, 1971). 2006 gjorde Bramhagen, Axelsson och Hallström en intervjustudie där mammor intervjuades angående sina erfarenheter i matsituationen. Där framkom det att de mammor som känner ett behov av att ha kontroll över matsituationen upplevde det som om att de inte fick tillräckligt med stöd från sjuksköterskan på BVC. De sa att de kände det som att sjuksköterskan inte lyssnade på dem och tog deras oro på allvar. Detta stämmer inte med de sjuksköterskor som jag intervjuat då de alla påtalat föräldrarnas oro. Det kan också vara så att mammorna ser på bemötandet på ett sätt och sjuksköterskorna på ett annat sätt. De sjuksköterskor som jag intervjuade upplevdes alla som lyhörda för den enskilda familjens behov.

Ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn ska genomsyra sjuksköterskans samtliga kompetensområde (Socialstyrelsen, 2005). Alla som arbetar som sjuksköterskor ska se till helheten hur patienten, i detta fall barnet, mår. Sjuksköterskan bör se till hela barnet och inte bara titta på ett mätvärde som längd och vikt. I intervjuerna som gjordes upplevde sjuksköterskorna att normen att vara smal är lättare att acceptera. I mycket av den svenska

statistik som finns redovisas underviktiga och normalviktiga tillsammans (Sundblom, 2006; Angbratt, et. al., 2003). Kan det vara så att andelen som är underviktiga förbises då statistik för dem inte redovisas ensamt? Fokus avleds från undervikt och konsekvenserna av detta (Strawbridge, 2000). Det borde fokuseras även på de underviktiga, de är fler än vad som tidigare beräknats (Rolland-Cachera, et. al., 2002). Några av de sjuksköterskor jag intervjuade tyckte att de mötte underviktiga barn ganska ofta, andra tyckte att de nästan aldrig träffar på underviktiga barn. En fundering är att en del underviktiga barn kanske inte uppmärksammas? En annan fundering är att det kan vara skillnad i förekomst av undervikt i olika stadsdelar eller kommuner?

Om barnet nyss varit sjukt och krassligt är det normalt att barnets aptit sviktar. Sjuksköterskan på BVC kan ge föräldrarna råd då barnet inte mår bra att till exempel ge mindre portioner och att äta lite oftare än normalt (Brugård Konde & Woxberg, 2008). Tillväxtkurvan som sviktar kan också vara ett tecken på barnets psykosociala situation, finns det relationsstörningar i familjen, psykiska sjukdomar eller liknande (Lindberg & Lagercrantz, 2007). Sjuksköterskorna som arbetar på BVC träffar familjerna kontinuerligt, detta gör att hon lättare kan identifiera psykosociala problem hos barnen. Då sjuksköterskorna träffar familjen kontinuerligt byggs även en relation upp, en mellanmänsklig relation som enligt Travelbee (1971) behövs för att nå syftet med omvårdnaden.

Under de intervjuer som gjorts talade samtliga sjuksköterskor om herediteten, om hur bra det är att veta hur föräldrarna till barnet ser ut. Barnen ärver sin längd och tillväxt, om de har långa och smala föräldrar blir de långa och smala själva statistiskt sett (Lindberg & Lagercrantz, 2007). Kan det vara så att smala föräldrar påverkar sitt barns matintag så att barnen också är smala och att detta inte uppmärksammas av BVC sjuksköterskan? Varför är mamman smal? En artikel av Cooper, Whelan, Woolgar, Morrell och Murray (2004) beskriver att det finns ett starkt samband mellan uppfödningssproblem hos barnen och ätstörningar hos mamman. Detta var inget som de intervjuade sjuksköterskorna berättade om. Endast en av dem sa *"jag frågar faktiskt föräldrarna också om de har problem med maten då och en del erkänner ju att det är så"*.

Mätinstrumentet nummer ett för sjuksköterskorna som arbetar på BVC är tillväxtkurvan. Alla barn har sin egen tillväxtkurva, avvikelser är en känslig indikator för ohälsa (Lindberg & Lagercrantz, 2007). Då det inom svenska sjukvården införts mer och mer datajournaler får personalen en tydlig tillväxtkurva på alla barnen, inte heller tar det någon extra tid att fylla i på linjerna då det ritas in automatisk när längden och vikten förs in i journalen. Även BMI värde på barnen räknas ut automatiskt i datajournalerna. De sjuksköterskor som intervjuats använde sig inte av detta, BMI är inget som de pratar med föräldrarna om. För att definiera och hitta de barnen som är underviktiga har det utarbetats BMI-kurvor av Cole, Flegal, Nicholls och Jackson (2007), se bilaga 1. Dessa definitioner har även anammats av WHO (2008). Kanske behövs en extra genomgång med sjuksköterskorna på BVC för att de ska ta till sig och använda även BMI kurvorna. En kombination av tillväxtkurvan och BMI är det optimala att arbeta utifrån med alla barn. Då kan riskbarnen för både undervikt och övervikt hittas i ett tidigt stadie och åtgärder kan sättas in.

Sjuksköterskorna pratade med föräldrarna om maten vid varje besök på BVC. Enligt en svensk studien från 2001 samtalas det främst om barnets utveckling och olika situationer. Matprat i den studien var det i 36 av 44 besök. Det är nästan alltid sjuksköterskan som styr samtalet och som initierar vad som talas om (Baggens, 2001). Sjuksköterskor som jag intervjuade berättade att de har talat med föräldrarna om matsituationen i hemmet, om

måltidsmönster och livsmedelsval. De pratar med familjen om att det är viktigt för barnen att känna matglädje, att familjen äter tillsammans och har trevligt. Detsamma beskriver Satter (1995). Hon beskriver att BVC sjuksköterskan är i en nyckelposition att hjälpa föräldrar omkring matsituationen. Vidare beskriver Satter att då det uppkommit problem kring maten och ätandet bör BVC sjuksköterskan lägga tonvikt på positiva matstunder, precis som de intervjuade sjuksköterskorna berättade. Sjuksköterskorna på BVC arbetar utifrån Livsmedelsverkets riktlinjer. Det framhålls i dessa att maten och måltider ska vara för barnen positivt förknippade, att det är bra med regelbundna måltider och att måltiden ska ses som ett tillfälle för gemenskap (Livsmedelsverket, 2009). Även Monsen (2008) beskriver ett behov av en hälsosam och balanserad diet. Att äta två lagade mål mat berättade också alla sjuksköterskor om. I livsmedelsverkets råd står det om regelbundenhet och att äta lagad mat vid lunch och middag (Livsmedelsverket, 2009). Det kan vara så att barnet äter lite mindre vid lunchen för att sedan ta igen det vid middagen och där äta mer. Det har visat sig att små barn äter bättre om de ser en vuxen äta samtidigt (Golan & Crow, 2004). Att ha föräldrarna med sig i viktrelaterade problem hos barnen är av största vikt. Golan och Crow skrev att föräldrarna är nyckelspelare i dessa sammanhang. Det är föräldrarna som väljer råvaror, lagar maten och lägger måltidsordningen. Barnen tar efter föräldrarna, om mamma äter så äter barnen också. Detta är råd och information som tål att upprepas för alla föräldrar vid besöken på BVC i dagens stressade samhälle.

För sjuksköterskor är det en självklarhet att barnen ska utredas för eventuella bakomliggande sjukdomar när tillväxtkurvan planar. I Lindberg och Lagercrantz bok Barnmedicin (2007) beskrivs orsaker till avvikelser i vikt och längdtillväxt enligt följande; ”otillräckligt kostintag, kräkningar, maldigestion/malabsorption, långdragen infektion, kroniska sjukdomar och social-pediatrika problem – ”brist på kärlek” ”(s. 170 Lindberg & Lagercrantz, 2007). Det är enligt de intervjuade sjuksköterskorna detta som de arbetar utifrån. Kostanamnes, kontroll av hur barnet mår och en utredning via läkare.

Barnen kommer på tätare tillväxtkontroller då bakomliggande sjukdomar uteslutits och sjuksköterskan haft en ordentlig kostgenomgång med familjen. Föräldrarna bör få känna sig trygga med sin BVC sjuksköterska. Det är välkänt att en god interaktion mellan sjuksköterska – barn och föräldrar är en förutsättning för att lyckas med omvårdnaden (Baggens, 2001).

Resultaten som kommit fram under studiens gång kan ses som tillförlitliga. Även om endast fem sjuksköterskor intervjuades så har deras svar kunnat sammanföras inom sex huvudkategorier. Det de har berättat har varit relativt lika. Inom BHV mötte sjuksköterskan familjerna vid upprepade tillfällen under barnets uppväxt. De hade då goda förutsättningar att skapa en god relation och bygga upp en mellanmänsklig relation. I Travelbees definition av omvårdnad påtalades det att sjuksköterskan skulle hjälpa individen eller familjen att förebygga sjukdomar (Kirkevold, 2009). BHV fokuserar på att arbeta preventivt och att tidigt identifiera eventuella sjukdomar och problem hos barnen (Hagelin, et. al., 2007). En reflektion som jag gjorde under intervjuerna och även under analysarbetet var att de sjuksköterskor som är yngre såg på sitt arbete och sin situation på ett sätt och de äldre på ett annat sätt. Till exempel uppmanade de yngre oftare föräldrarna till att söka själva på barnmottagningen om barnets tillväxtkurva planade, de äldre sjuksköterskorna remitterade eller talade med läkaren åt föräldrarna. Erfarenhet och sjuksköterskans ålder spelar säkert in i deras syn på sitt arbete. Jag hoppas på att resultaten från studien kan väcka tankar hos sjuksköterskor som nu arbetar inom barnhälsovården. Är det fler barn som är underviktiga än de som de redan har uppmärksammat, är det så att några underviktiga barn missas då

sjuksköterskorna inte har de redskap som de önskar för att identifiera undervikt? Ser vi alla barn med rättvisa ögon?

Slutsats

Denna studie har visat att sjuksköterskor som arbetar inom BHV upplever svårigheter i sitt arbete då de saknar redskap för att bedöma underviktiga barn. Sjuksköterskorna har även påtalat att föräldrar som har barn som är underviktiga är oroliga. Sjuksköterskorna behöver vara lyhörda för familjernas behov och önskemål.

I mötet mellan sjuksköterskan, barnen och föräldrarna under åren på BVC utvecklas en mellanmänsklig relation. Det finns en risk att underviktiga barn förbises i mötena på BVC då sjuksköterskan inte alltid ser att barnen är underviktiga. Likaså har inte föräldrarna alltid insikt i att barnen är underviktiga. Det är en risk att sjuksköterskorna inte är förberedda att möta underviktiga barn då de saknar redskap och bedömningsinstrument.

I sydöstra Sverige där intervjuerna genomfördes finns det Vårdprogram samt utarbetade riktlinjer för omhändertagande av överviktiga barn (Fåhraeus & Lingfors, 2003; Barnöverviktsenheten, 2006; Andersson & Lundström, 2008). Motsvarande Vårdprogram saknas för de barn som är underviktiga. Jag, liksom de sjuksköterskor jag samtalat med, önskar att det skulle utarbetas liknande för att kunna hjälpa de underviktiga barnen på samma sätt. Till sin hjälp för att identifiera överviktiga barn använder sig sjuksköterskorna av iso-BMI kurvor (Cole, et.al., 2000), det vore önskvärt att motsvarande fick gehör och började användas för att identifiera underviktiga barn. Det optimala vore om det utarbetades nationella riktlinjer för BHV så att alla arbetar utifrån samma mall oavsett var i Sverige de bor och arbetar.

Praktiska övervägande

Det finns ett behov av att tydliggöra inom BHV och i samhället i stort att undervikt bland barn förekommer och att det är en hälsorisk. De mätinstrument som finns behöver lyftas fram och börja användas samt nya redskap utvecklas, införas och användas. Genom ha likvärdiga bedömningsinstrument för alla barn oavsett undervikt, normalvikt eller övervikt får alla en möjlighet till en rättvisbedömning. Detta vore en kvalitetssäkring för BHV. Genom att hitta barn i riskgrupp i ett tidigt skede och sätta in åtgärder kan följsjukdomar undvikas och ett minskat lidande för barnen och deras föräldrar kan uppnås.

REFERENSER

- Andersson, C-E., & Lundström, G. (2008). *Vårdprogram/riktlinjer för övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Kalmar län*. Landstinget i Kalmar län.
- Angbratt, M., Eriksson, E., Funcke, S., Nilsson, C., Säterskog, C., & Söderlind, M. (2003). *Kartläggning av barns vikt och viktutveckling i Östergötland*. Rapport 2003:2. Folkhälsovetenskapligt Centrum i Linköping.
- Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing* 36(5), 659-667.
- Barnöverviktsenheten. (2006). *Vårdprogram för barn och ungdomar med övervikt eller fetma i Södra sjukvårdsregionen*. Region Skåne.
- Bischofberger, E., Dahlquist, G., Edwinston Månsson, M., Tingberg, B., & Ygge B-M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber.
- Blaženčić-Mladenović, V., Glibetic, M., Tepšić, J., Ristić-Medić, D., Poštić, M., Arsić, A., & Ristić, V. (2006). How much are children and their parents objective about the children's eating behaviour and body composition? *European Eating Disorders Review*, 14, 248-255.
- ter Bogt, T.F.M., van Dorsselaer, S.A.F.M., Monshouwer, K., Verdurmen, J.E.E., Engels, R.C.M.E., & Vollebergh, W.A.M. (2006). Body Mass Index and Body Weight Perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behaviour among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 39, 27-34.
- Bramhagen, A-C., Axelsson, I., & Hallström, I. (2006). Mothers' experience of feeding situations – an interview study. *Journal of Clinical Nursing* 15, 29-34.
- Brugård Konde, Å., & Woxberg, L. (2008). *Mat för små barn – från ett års ålder*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Cameron, N. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents. *British Medical Journal*, 335, 166-167.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.
- Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D., & Jackson, A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335, 194-201.
- Cooper, P.J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., & Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *British journal of psychiatry* 184, 210-215.

- Enqvist, B., & Bengtsson, K. (2005). *Orden som läker. Kommunikation och möten i vård och terapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., & Wängnerud, L. (2005). *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Nordstedts Juridik.
- Fåhraeus, C., & Lingfors, H. (2003). *Vårdprogram mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar*. Landstinget i Jönköpings län.
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are keyplayers in the Prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62(1), 39-50.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Götlind, B. (2008). Det genuina mötet. Stål, R. (Red), *Vårdkommunikation i teori och praktik*. (sid. 43-62). Lund: Studentlitteratur.
- Hagelin, E., Magnusson, M., & Sundelin, C. (2007). *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber.
- Harvey O'Brien, S., Holubkov, R., & Cohen Reis, E. (2004). Identification, evaluation, and management of obesity in an academic primary care center. *Pediatrics* 114(2), 154-159.
- He, M. (2007). Are parents aware that their children are overweight or obese? *Canadian Family Physician*, 53(9), 1493-1499.
- Jackson, A.A., Ashworth, A., & Khanum, S. (2006). Improving child survival: Malnutrition task force and the paediatrician's responsibility. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 706-710.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259-1265.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, T., & Lagercrantz, H. (2007). *Barnmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Livsmedelsverket. (2009). *Svenska näringsrekommendationer*. Hämtad från WWW 2009-04-30: www.slv.se
- Livsmedelsverket. (2009). *Kostråd, för barn och vuxna*. Hämtad från WWW 2009-05-12: www.slv.se

- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Maynard, L.M., Galuska, D.A., Blanck, H.M., & Serdula, M.K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*, *111*(5), 1226-1231.
- Monsen, R.B. (2008). The child in the community: Nursing makes a difference. Kids, weight, and health risk. *Journal of Pediatric Nursing*, *23*(3), 215-216.
- Månsson Edwinsson, M., & Enskär, K. (2000). *Pediatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Nandy, S., & Miranda, J.J. (2008). Overlooking undernutrition? Using a composite index of anthropometric failure to assess how underweight misses and misleads the assessment of undernutrition in young children. *Social Science & Medicine*, *66*, 1963-1966.
- Rolland-Cachera, M-F., Castetbon, K., Arnault, N., Bellisle, F., Romano, M-C., Lehingue, Y., Frelut, M-L., & Hercberg, S. (2002). Body mass index in 7 – 9-y-old French children: frequency of obesity, overweight and thinness. *International Journal of Obesity* *26*, 1610-1616.
- Rydell A-M., & Dahl, M. (2005). Children with early refusal to eat: follow up in adolescence. *Acta Paediatrica* *94*, 1186-1191.
- Satter, E. (1995). Feeding dynamics: Helping children to eat well. *Journal of Pediatric Health Care* *9*, 178-184.
- Socialstyrelsen. (1991). *Allmänna råd från Socialstyrelsen. Hälsoundersökningar inom barnhälsovården*.1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005-105-1). Hämtad från WWW 2008-12-14: www.socialstyrelsen.se.
- Strawbridge, W.J., Wallhagen, M.I., & Shema, S.J. (2000). New NHLBI clinical guidelines for obesity and overweight: Will they promote health? *American Journal of Public Health*, *90*(3), 340-343.
- Sundblom, E. (2006). *Övervikt och fetma hos 10-åriga barn I Stockholms län – förändrade mönster över en fyraårs period*. Rapport nr 37. Stockholms läns landsting. Centrum för folkhälsa.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Riksdagen. Stockholm. Hämtad från WWW 2008-12-27: www.riksdagen.se.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

- Svensk sjuksköterskeförening och Riskföreningen för barnsjuksköterskor. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening .
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing (2nd ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Unicef. (2008). *Handbok om barnkonventionen*. Stockholm: Unicef.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Westwood, C. (2007). Connecting with children. *Nursing standard*, 21(31), 62-63.
- World Health Organisation. (2008). *Global database on Body mass index*. Hämtad från WWW 2008-12-14: www.who.int

Bilaga I

Table 4 | International cut-off points for BMI for thinness grades 1, 2, and 3 by sex for exact ages between 2 and 18 years, defined to pass through BMI of 16, 17, and 18.5 at age 18, obtained by averaging data from Brazil, Great Britain, Hong Kong, Netherlands, Singapore, and US

Age (years)	Boys			Girls		
	16	17	18.5	16	17	18.5
2.0	13.37	14.12	15.14	13.24	13.90	14.83
2.5	13.22	13.94	14.92	13.10	13.74	14.63
3.0	13.09	13.79	14.74	12.98	13.60	14.47
3.5	12.97	13.64	14.57	12.86	13.47	14.32
4.0	12.86	13.52	14.43	12.73	13.34	14.19
4.5	12.76	13.41	14.31	12.61	13.21	14.06
5.0	12.66	13.31	14.21	12.50	13.09	13.94
5.5	12.58	13.22	14.13	12.40	12.99	13.86
6.0	12.50	13.15	14.07	12.32	12.93	13.82
6.5	12.45	13.10	14.04	12.28	12.90	13.82
7.0	12.42	13.08	14.04	12.26	12.91	13.86
7.5	12.41	13.09	14.08	12.27	12.95	13.93
8.0	12.42	13.11	14.15	12.31	13.00	14.02
8.5	12.45	13.17	14.24	12.37	13.08	14.14
9.0	12.50	13.24	14.35	12.44	13.18	14.28
9.5	12.57	13.34	14.49	12.53	13.29	14.43
10.0	12.66	13.45	14.64	12.64	13.43	14.61
10.5	12.77	13.58	14.80	12.78	13.59	14.81
11.0	12.89	13.72	14.97	12.95	13.79	15.05
11.5	13.03	13.87	15.16	13.15	14.01	15.32
12.0	13.18	14.05	15.35	13.39	14.28	15.62
12.5	13.37	14.25	15.58	13.65	14.56	15.93
13.0	13.59	14.48	15.84	13.92	14.85	16.26
13.5	13.83	14.74	16.12	14.20	15.14	16.57
14.0	14.09	15.01	16.41	14.48	15.43	16.88
14.5	14.35	15.28	16.69	14.75	15.72	17.18
15.0	14.60	15.55	16.98	15.01	15.98	17.45
15.5	14.86	15.82	17.26	15.25	16.22	17.69
16.0	15.12	16.08	17.54	15.46	16.44	17.91
16.5	15.36	16.34	17.80	15.63	16.62	18.09
17.0	15.60	16.58	18.05	15.78	16.77	18.25
17.5	15.81	16.80	18.28	15.90	16.89	18.38
18.0	16.00	17.00	18.50	16.00	17.00	18.50

Tabell 1 från Cole, et.al., 2007, s 198.

Bilaga II

INTERVJUGUIDE

- Vad har du för utbildning?
- Hur länge har du arbetat inom BVC?
- Kan du berätta för mig hur du upplever det att möta underviktiga barn och deras föräldrar?
- Kan du berätta om ett möte med ett underviktigt barn och dess förälder/föräldrar?
- Hur gör du för att bedöma om barnet är underviktigt?
- Hur agerar du efter att du konstaterat att barnet är underviktigt?
- Finns det någonting som hindrar dig från att agera?
- Vad? Kan du ge ett exempel?
- Vad tror du påverkar ditt möte med barnet och föräldrarna?
- Hur skulle du vilja utveckla dig i ditt möte med dessa barn och deras föräldrar?

Bilaga III

Högskolan i Skövde
Institutionen för Vård och Natur

2009-02-16

Till verksamhetschef eller motsvarande

Förfrågan om intervjustudie och medverkan till informantrekrytering

Jag heter Ann du Rietz Söderström och läser vidareutbildning till Barn- och Ungdomssjuksköterska på högskolan i Skövde. Som en del av min utbildning ska jag skriva en magisteruppsats. Jag har planerat att göra den som en intervjustudie.

Nutrition, undervikt och övervikt har alltid intresserat mig i mitt yrke som sjuksköterska. Andelen barn och ungdomar i dagens samhälle som är underviktiga är få. Det finns en risk att de inte får samma uppmärksamhet som de som är överviktiga. Syftet med min studie är hur barnsjuksköterskor upplever möten med underviktiga små barn och deras föräldrar.

Jag har för avsikt att intervjua en barnsjuksköterska på varje BVC inom XX sjukvårdsområde. Med detta informationsbrev vill jag fråga er om ni accepterar att studien genomförs inom ert verksamhetsområde. Om svaret är ja, vill jag gärna ha hjälp med att förmedla förslag på namn på en barnsjuksköterska med minst två års yrkeserfarenhet på BVC inom ert verksamhetsområde. Jag kontaktar dig i början av vecka 9.

Intervjun beräknas ta cirka en timma. Barnsjuksköterskan bestämmer själv var hon vill att intervjun ska genomföras. Deltagandet är helt frivilligt och deltagaren kan när som helst avbryta sin medverkan.

Har ni några frågor kontakta gärna mig via mail eller telefon:

Ann du Rietz Söderström, sjuksköterska
Tel. XX
Mail: XX

Handledare;
Elisabeth Kylberg, universitetslektor
Tel. XX
Mail: XX

Bilaga IV

Högskolan i Skövde
Institutionen för och Natur

Till intresserad barnsjuksköterska på BVC

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Jag heter Ann du Rietz Söderström och läser vidareutbildning till Barn- och Ungdomssjuksköterska på högskolan i Skövde. Som en del av min utbildning ska jag skriva en magisteruppsats. Jag har planerat att göra den som en intervjustudie.

Nutrition, undervikt och övervikt har alltid intresserat mig i mitt yrke som sjuksköterska. Andelen barn och ungdomar i dagens samhälle som är underviktiga är få. Det finns en risk att de inte får samma uppmärksamhet som de som är överviktiga. Syftet med min studie är hur barnsjuksköterskor upplever möten med underviktiga små barn och deras föräldrar.

Jag har för avsikt att intervjua en barnsjuksköterska på varje BVC inom XX sjukvårdsområde. För att delta i studien ska du vara legitimerad sjuksköterska med vidareutbildning till barnsjuksköterska. Jag vill att du har minst två års erfarenhet av att arbeta på BVC.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. Intervjun kommer att genomföras någon gång under veckorna 10 – 14 och beräknas ta cirka en timma. Intervjun kommer att spelas in på band för att sedan skrivas ut ordagrant och analyseras som text. Din identitet kommer inte att kunna utläsas i datamaterialet eller i utskrivna rapporten. Intervjun kommer att aidentifieras, inga namn, personuppgifter eller orter kommer att redovisas. Materialet är tillgängligt endast för författaren och handledaren. När uppsatsen är godkänd kommer banden att raderas.

Är du intresserad av att delta i intervjustudien kan du maila mig så jag kan kontakta dig och bestämma tid och plats för intervjun. Är du tveksam och vill veta mer, kontakta mig gärna så berättar jag.

Härmed ger jag mitt godkännande till att delta i studien

.....
Datum Namn

Har ni några frågor kontakta gärna mig via telefon eller mail.

Ann du Rietz Söderström, sjuksköterska
Tel: XX
Mail: XX

Handledare:
Elisabeth Kylberg, universitetslektor
Tel: XX
Mail: XX

Bilaga V

Innehållsanalys

Hur sjuksköterskan upplever mötet

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Jag bemöter dem inte annorlunda. Jag tror att jag är rätt så neutral vad gäller det här. Jag försöker i bemötandet att inte ha några pekpinningar och åh vad hemskt utan att man på ett bra sätt tycker jag Jag dömer inte föräldrarna liksom, oj oj vad smalt ditt barn är</i>	Inte ha några pekpinningar i bemötandet, är rätt så neutral. Dömer inte föräldrarna, oj vad ditt barn är smalt	Sjuksköterskan bör behandla alla lika.	Behandla alla lika och med respekt för enskilda individen. Vara lyhörd	Kräver stor lyhördhet av sjuksköterskan
<i>Man får ju vara lite försiktig också så här då man får ju gå lite på tå då för många föräldrar tar ju illa vid sig om det är så, det är en balansgång för ibland tycker föräldrarna att det är okej.</i>	Vara försiktig så föräldrarna ej tar illa vid sig, är en balansgång.	Sjuksköterskorna bör vara lyhörda för familjens behov		
<i>De smala barnens föräldrar är mer lyhörda. Man får försöka stötta föräldrarna i att barnet ser ut så och att det är naturligt om man vet att barnet är friskt, vilket man gör om de växer</i>	Föräldrar mer lyhörda. Får försöka att stötta föräldrarna.	Sjuksköterskorna upplever underviktiga barns föräldrar som mer lyhörda.	Föräldrarna är lyhörda, har behov av stöttning från sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplever inga hinder i mötet.	Svårt att hantera på grund av brist på redskap, positivt med lyhörda föräldrar.
<i>Hinder? Nä men jag tror att det är alltså dels tror jag att det påverkar det här att det är mer okej att vara smal än tjock.</i>	Inga hinder, påverkar att mer ok att vara smal	Sjuksköterskorna upplever inte att det finns några hinder i mötet med underviktiga barn och deras föräldrar.		
<i>Underviktiga tycker jag nästan är lite svårare att jobba med, vi har inte samma beredskap för de barnen och hur vi ska hjälpa dem. Vi har inte så mycket att komma med, något program eller så.</i>	Svårt att jobba med undervikt. Vi har inte samma beredskap, inte så mycket att komma med. Vi saknar program.	Sjuksköterskor upplever det svårare att arbeta med underviktiga barn.	Svårt att hantera mötet med underviktiga barn, saknar beredskap.	
<i>Vi kanske inte riktigt har pejl på vad smalheten står för, vi lyssnar på föräldrarna som säger att åter jättebra istället</i>	Vad står smalheten för, gör inte tillräcklig kostanamnes utan	Sjuksköterskor upplever att de ibland lyssnar för mycket på		

<i>för att göra tillräcklig kostanamnes. Man kanske landar för lätt i det då.</i>	lyssnar på föräldrarna.	föräldrarna och inte gör tillräcklig kostanamnes.		
<i>Oftast är de ju mammorna som är här att de kanske blir ledsna och rädda för att barnet inte väger så mycket även om man själv är smal och vet att man alltid och har tittat på sina kort och vet att man såg lika ut när man var så gammal. De blir ju oroliga tror att det är något fel på barnet. Rädda för att det ligger sjukdom bakom. Oroliga när de ser tillväxtkurvorna.</i>	Oro för att det är fel på barnet, oro för tillväxtkurvan. Ledsna och rädda mammor, oroliga för sjukdomar.	Mammor är rädda för att det är fel på barnet.	Föräldrars oro och rädsla. Jobbigt med underviktigt barn.	Oro
<i>Allmänhetens kommentarer är ofta jobbiga för de föräldrar också, de får ofta höra vad smal han är vad smal hon är.</i>	Allmänhetens kommentarer är jobbiga	Andras syn upplevs jobbigt.		
<i>Föräldrar med underviktiga barn tycker oftast att det är jobbigare än de som har överviktiga barn. Visst blir föräldrarna ledsna när deras barn är överviktigt men när det är underviktigt blir de mer rädd att det ska vara något farligt. De har själva redan upptäckt att deras barn är litet och tunt i jämförelse med andra barn.</i>	Jobbigare med underviktigt än överviktigt, föräldrarna är rädda att det ska vara något farligt.	Undervikt upplevs jobbigare än övervikt av föräldrarna.		

Hur sjuksköterskan bedömer barnet

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Man måste se till helheten hur de mår, när det gäller smala barn har vi kanske mycket lättare att göra det. Jag känner att normen är lättare att acceptera eller det som är utanför är lättare att acceptera när de är smala.</i>	Se till helheten, kanske gör vi det lättare när det gäller smala barn. Normen att vara smal är lättare att acceptera	Viktigt att sjuksköterskorna arbetar utifrån en helhetssyn på barnet.	Se helheten, lättare att acceptera smal	Helhetssyn på barnet
<i>Hellre tycker jag att det är bättre att barnet är lite smalare och piggt och glatt än att det är för tjockt.</i>	Hellre lite smalare och piggt	Sjuksköterskorna bedömer att det är bättre att vara lite för smal än lite för tjock		

<i>När man ser ett sådant barn som har tappat i vikt, som planar på viktkurvan, framför allt. Frågar om de varit sjuka, magsjuka, förkylning och influensa och allt som har gått nu för då vet man ju ändå att det beror på att barnet ätit sämre och att det inte är tänder på gång och så. Eller om det har hänt något i familjen eller omgivningen.</i>	Tappar i vikt, varit sjuk, magsjuka, förkylning eller influensa och ätit sämre. Är det tänder på gång. Har det hänt något.	Viktigt att sjuksköterskorna undersöker om barnet har varit sjukt och ätit dåligt.	Har barnet varit sjukt och ätit dålig	
<i>Att de håller på att träna jättemycket med motorik, om de är pigga och leker och rör sig mycket.</i>	Träna mycket motorik. Pigga och leker.	Sjuksköterskorna bedömer var barnet är i sin utveckling, om det är i en motoriskt aktiv fas.	Fysiskt aktiv	
<i>Man får ju titta på herediteten, titta på hur mamma och pappa ser ut, är de små och smala eller långa och smala? Man kan ju tänka att barnet blir likadant.</i>	Herediteten, hur ser mamma och pappa ut, smala? Små föräldrar.	Herediteten.	Herediteten, är mamma och pappa smala	
<i>Så länge de är pigga och välutvecklade och mår bra i sin mage och bra förövrigt så kan man vara lugn. Om de håller sin längd är det inte lika oroväckande som om de tappar både längd och vikt, för då kan det vara mer allvarligt. Försöker förklara att vissa barn är små.</i>	Pigga och välutvecklade och mår bra, kan vara lugn. Mer oroväckande om de tappar längd och vikt. Vissa barn är små.	Sjuksköterskorna bedömer om barnen är välutvecklade.	Barnet mår bra	
<i>Kan se ibland att de här barnen små och pluttiga och de kanske inte växer lika mycket på längden och så heller men man tänker inte så mycket på det utan ändå ja de följer sina egna kurvor då tycker vi att det är okej. Föräldrarna säger att han äter jättebra och ser ut på det här sättet. Svårt att veta vad är att äta jättebra.</i>	Små och pluttiga, följer sina kurvor och vi tycker att det är okej. Vad är att äta jättebra?	Sjuksköterskan upplever att de lyssnar på föräldrarna och inte gör en egen bedömning.		
<i>Man kan ju fundera över vilka barn är det här som är underviktiga, vems barn är det. Om man frågar föräldrarna om de har problem med maten så erkänner en del det.</i>	Vems barn är underviktigt? Föräldrarna själva har problem med maten.	Bedöma utifrån familjens förutsättningar.		

<i>Barn som äter dåligt och så tycker man ändå att ja ja men de växer ju i alla fall så det får ju vara okej då det här men det kanske ändå inte är okej. En del undervikt kan ber på att de fastnat i matvägran.</i>	Barn som äter dåligt, med växer okej, kanske inte är okej ändå. Fastnat i matvägran.	Sjuksköterskan rannsakar sig själv, har jag gjort en ordentlig bedömning?		
<i>Vi tittar på längd och viktkurvan, tillväxtkurvan. Visar den för föräldrarna varje gång.</i>	Längd och viktkurvan, tillväxtkurvan som visas varje gång.	Barnavårdcentralens viktigaste arbetsinstrument.	Tillväxtkurvan	
<i>Sedan om det är ett barn som är litet från början som har hamnat på en kanal som är minus 2 kanske och ska vara där, det få man ta hänsyn till. Man följer barnen sedan de är små, de skaffar sin egen kurva även om de ligger smalt och är smala. Vissa är små biologiskt sett, invandrabarn och adoptivbarn från Asien.</i>	Ta hänsyn till om barnet är litet från början, följer barnen sedan de är små. De är små biologiskt sett.	Ta hänsyn till människors olikheter.		
<i>Tittar på BMI på fyra och femåringar, kan få fram det på alla med nya datajournalen. Fyller inte i det eller pratar med föräldrarna om det. Används till statistik.</i>	BMI fyra och fem år. Pratar inte BMI. Endast till statistik.	Outnyttjat arbetsinstrument ?	BMI	
<i>Att man börjar prata runt omkring maten och hur man gör och hur de äter. Tar alltid en kostanamnes. De som äter sött, det söta gör ofta inte att de blir knubbiga, utan att de inte äter mat, många som blir felnärda istället.</i>	Prata runt maten, hur gör man, hur äter de, sötsaker. Kostanamnes.	Sjuksköterskorna bör vara lyhörda för familjers kostintag.	Kostanamnes	

<p>Först måste man utesluta att det inte ligger någon bakomliggande sjukdom, de får ofta utredas via barnmottagningen. Det är skillnad om längden också börjat plana, att det kan vara glutenintolerans eller mjölkallergi. Vi funderar på om det kan vara något annat i bakgrunden. Frågar hur bajset är, om de går och håller sig eller är lösa. Om det är kräkningar och eksem eller så.</p> <p>Ibland sätter vi kanske en tid till läkaren direkt så att de får titta på dem och se om de behöver ta något prov. Ofta börjar man med urinprov. Annars diskuterar vi med läkaren om vi tycker att det är en viktkurva som sviktar mycket</p>	<p>Utesluta bakomliggande sjukdom via barnmottagningen. Gluten, mjölkallergi, hur är bajset? Finns kräkningar och eksem? Tid till läkaren, de får bedöma eventuellt ta prov, urinprov. Diskutera med läkare när viktkurvan sviktar.</p>	<p>Vårdpersonalen tillsammans utreder barnet.</p>	<p>Utreda för eventuell bakomliggande sjukdom</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--

Hur sjuksköterskan agerar efter bedömning

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<p>När man vet att det inte är några fel på barnen då får man ju ha en riktig ordentlig genomgång med kosten, ge kostråd. Peppa föräldrarna att ge barnen mer kalorier, förklara att barn som växer och är väldigt aktiva behöver väldigt mycket kalorier mer än man tror. Vi pratar matprat vid alla besök. Måltidsordning och två lagade mål och inte så mycket välling. Tuggmotoriken är viktig. Vi säger ofta att de ska tillsätta extra fett.</p>	<p>Ordentlig genomgång med kosten, kostråd. Att ge mer kalorier. Måltidsordning och två lagade mål, extra fett i maten. Matprat vid alla besök.</p>	<p>Sjuksköterskorna pratar med och informerar familjerna om kosthållning vid besök på BVC.</p>	<p>Kostråd med extra fett i maten, måltidsordning. Samtala om maten vid besök.</p>	<p>Agerar och använder hjälpmedel</p>
<p>De barnen som äter dåligt och är små, matsituationen hemma är att ofta föräldrarna tjarar på dem och så äter de mindre istället, att de trugar och det blir låsningar. Att man pratar mycket om den biten istället då, hur man får till en bra situation runt matbordet, uppmuntra barnen till att äta och skapa matglädje. Att man äter tillsammans. Barnen får</p>	<p>Barn äter dåligt, prata om matsituationen hemma att föräldrarna tjarar och trugar mindre. Uppmuntra att äta, känna matglädje. Äta tillsammans. Barnen delaktiga.</p>	<p>Sjuksköterskorna uppmuntrar föräldrarna att känna glädje kring maten med sina barn.</p>	<p>Matsituationen, känna matglädje och undvika konflikter</p>	

<i>vara lite mer delaktiga.</i>				
<i>Förmedla till föräldrarna att inte skapa några konflikter runt matbordet utan där måste barnet själv som bestämmer vad den ska äta och att man som förälder har ansvar för att erbjuda mat. Inte tvinga barnen att äta. Att det är lugnt runt matbordet. TV:n på? Var äter de, äter de framför TV:n?</i>	Inga konflikter kring matbordet, barnet bestämmer vad de ska äta, ingen tvång, föräldrar ansvarar för att erbjuda mat. Lugnt runt matbordet. TV:n?	Sjuksköterskorna uppmuntrar föräldrarna att ta det lugnt kring matbordet och undvika konflikter.		
<i>Inga andra symtom så kommer de tillbaka på extra viktkontroller, minst en månad innan man väger dem eller var tredje månad eller varje halvår så att föräldrarna känner sig trygga. Om barnet alltid har varit smalt försöker jag normalisera det. Liksom att alla barn är olika.</i>	Inga andra symtom extra viktkontroller, trygga föräldrar om barnet alltid varit smalt försök till att normalisera. Barnet alltid varit smalt, försöker normalisera	Kontinuitet i viktkontroller bidrar till trygga föräldrar.	Viktkontroller	
<i>Vi hade dietist inkopplad, vi har en jättebra så. Vi har inte dietiskt knuten till BVC, men det finns en på vårdcentralen eller på barnmottagningen. Vi är frikostiga med att skriva remiss till dietisten.</i>	Dietist inkopplad, finns på vårdcentralen eller barnmottagningen. Frikostiga med remiss.	Dietisten bedömer kostintaget.	Hjälp av andra yrkeskategorier.	
<i>Vi har barnläkare här, samma som på barnmottagningen. Vi skickar inga remisser till barnmottagningen då vi har samma läkare.</i>	Barnläkare, samma som på barnmott	Barnläkaren bedömer barnet.		
<i>Vi har barnläkarkonsult en gång i månaden för annars har vi distriktsläkare och de har ju inte så mycket.... Vi har för det mesta distriktsläkare som undersöker barnen, vi har barnläkare en gång i veckan i två timmar.</i>	Distriktsläkare som undersöker barnen	Distriktsläkaren bedömer barnet.		
<i>Vi har en barnpsykolog som vi kan remittera till</i>	Barnpsykolog vi kan remittera till	Barnpsykologen bedömer familjesituationen.		

Barnsjuksköterskans påverkan i mötet

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Visst påverkar jag, om jag visar att jag blir förskräckt oj vad det har tappat i vikt eller så. Men jag har jobbat i så många år så man får försöka spela teater lite, att man inte visar hur oroad man blir. Det är nog mycket som påverkar. Det här med kontinuitet tror jag är jätteviktigt, det är a och o att ha kännedom om familjen.</i>	Visst påverkar jag, om jag visar att jag blir förskräckt. Jobbat i många år så man får försöka spela lite teater. Mycket som påverkar. Kontinuiteten är viktig.	Sjuksköterskan påverkar mötet med föräldrarna dels genom att de träffar familjen ofta och genom sin erfarenhet.	Påverkan, kontinuitet.	Påverkan
<i>Jag är ju intresserad av det här med mat och jag tycker att det är spännande</i>	Intresserad av mat, spännande	Sjuksköterskan bär med sig sina tidigare erfarenheter	Egna erfarenheter	