



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Skolsköterskans preventionsarbete med övervikt och fetma hos skolbarn.

Strategier och hinder

Litteraturstudie

Författare: Azhar Bissembayeva
Barbara Roedahl Gaul

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Skolsköterskans preventionsarbete med övervikt och fetma hos skolbarn.

Strategier och hinder

Litteraturstudie

Författare: Azhar Bissembayeva
Barbara Roedahl Gaul

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

Övervikt och fetma hos barn är ett växande hälsoproblem i västvärlden med ett brett spektrum av sjukdomar som följd i vuxenlivet. Syftet med denna litteraturstudie är att belysa strategier samt upplevda hinder för skolsköterskornas preventionsarbete. Nio vetenskapliga artiklar kring skolsköterskors metoder att bedriva preventivt arbete studerades. Av resultaten framgår att skolsköterskornas strategier vilar på medicinsk kompetens, där rollen som hälsopersonal på skolan ger möjlighet att samtala på neutral grund med det enskilda barnet. Mätning av BMI och information till barn och föräldrar utgör basen i preventionsstrategin. Detta arbete är dock oftast endast sporadiskt och tillfälligt utfört efter den enskilda skolsköterskans bedömning, på grund av olika hinder såsom brist på stöd och samarbete från föräldrar samt brist på resurser, vilket gör det preventiva arbetet improduktivt. Kunskaper inom kommunikation för att motivera familjerna effektivt är ett förslag till framtida förbättringar inom detta område.

Nyckelord

Skolsköterska, övervikt och fetma hos skolbarn, prevention, intervention, hinder

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Vård som interaktiv process	4
Barnets perspektiv	5
Skolhälsovården	7
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Datainsamling	10
Data analys	12
Etisk avvägning	13
Resultat	14
Skolsköterskans preventionsstrategier	14
Skolsköterskans upplevda hinder	16
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	21
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning	28
Referenser	29
Bilaga 1 (2)	32
Bilaga 2 (2)	33

Introduktion

Problemområde

Övervikt och fetma är ett progressivt växande folkhälsoproblem, framför allt bland barn och unga. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2012) var mer än 40 miljoner barn överviktiga år 2010 och 92 miljoner riskerade att utveckla övervikt och fetma. Forskarna de Onis, Blössner och Borghi (2010) förutspår att barnövervikt och fetma når 9.1% år 2020, med andra ord, kan 60 miljoner barn drabbas av övervikt och fetma. Enligt Börjeson Munk (2008) har övervikt bland barn i Sverige ökat väsentligt de senaste åren, till exempel är 25 % av svenska tioåringar överviktiga idag och 6 % av dessa betraktas som drabbade av fetma, vilket också bekräftas av forskare från Sahlgrenska akademien och Karolinska Institutet (Sjöberg, Moraeus, Yngve & Poortvliet, 2011).

Emellertid kan övervikt och fetma samt relaterade sjukdomar förebyggas. År 2004 antog Världshälsoorganisationen *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, en strategi för att reducera dödligheten och uppkomsten av sjukdomar genom att förbättra kost och öka fysisk aktivitet (WHO, 2012). På nationell nivå finns rapporter såsom *Att förebygga fetma hos barn och ungdom - en socioekonomisk rapport från hälso- och sjukvårdskansliet i Mariestad* (2012) samt *Övervikt bland barn - system för nationell uppföljning: fem kommuner under fem läsår* (2009) som både belyser överviktsproblematiken i Sverige, samt konsekvenser av övervikt och fetma för individ och samhälle. Dessutom föreslås olika åtgärder för att bekämpa problemet, såsom fysisk aktivitet och hälsosam kost (Statens Folkhälsoinstitut 2002, 2009). Emellertid trots insatser utförda på internationella och nationella nivåer för att främja kunskapen om problemet och utveckla preventiva åtgärder, växer problemet av övervikt och fetma bland barn (WHO, 2009).

Eftersom barnen tillbringar övervägande delen av dagen i skolan, är skolan en nyckelmiljö för hälsofrämjande åtgärder. Skolsköterskan spelar således en viktig roll i spridning av kunskap bland elever, liksom personalen i skolan. Därför är fokus på skolsköterskans preventionsstrategier i arbetet med barn som har övervikt och fetma väsentlig för att bedöma aktuella arbetssättet och effektivisera det i framtiden.

Bakgrund

Övervikt och fetma innebär avvikande, osund eller alldeles för mycket fet ackumulation som medför hälsorisker (WHO, 2010). Fett är en energireserv som kroppen snabbt kan använda sig av. När det lagrade fettet inte blir utnyttjat/förbränt, samlas fettet istället i kroppen, kaloriintaget blir för stort i förhållande till energiutgifterna. Mängden fett i kroppen ökar och kan övergå i sjukdomen fetma när kroppsvikten i förhållande till längden ökar över en viss gräns (Börjeson Munk, 2008). Emellertid klassificeras övervikt inte som sjukdom, till skillnad från fetma, vilket betyder att diagnos fetma legitimerar insatser för att förebygga och behandla fetma (Janson & Nergårdh, 2012).

Janson & Nergårdh (2012) och Börjeson Munk (2008) säger att orsaker till övervikt och fetma kan variera. Övervikt och fetma kan uppstå på grund av för högt energiintag eller för liten energiförbrukning och ofta i kombination. Genetiska och sociala arvet från föräldrar spelar en avgörande roll vid utveckling av övervikt och fetma. Den andra riskfaktorn är stillasittande livsstil. Många människor lever numera ett stillasittande liv, som begränsar rörlighet och följaktligen begränsar fettförbränningen. Även barns fritid uppfylls mer och mer med stillasittande aktiviteter såsom TV och dator. Övervikt och fetma kan utvecklas också som följd av olika sjukdomar, såsom neuropsykologiska besvär, hormonella och psykologiska faktorer kan också ha betydelse i uppkomsten av övervikt och fetma (a.a.).

Konsekvenser av övervikt och fetma

Barn med övervikt och fetma kan behålla sin övervikt även i vuxen ålder (Andersen et al., 1998). Övervikt och fetma kan leda till olika sjukdomar såsom diabetes, höga insulinnivåer, insulinresistens, besvär i rörelseapparaten med smärtor och trötthet i fotvalv, höfter och korsrygg samt allergi (Kusunoki et al., 2008; Angelopoulos, 2006; Reich et al., 2003; Zhu et al., 2005; Mossberg, 1989). En annan komplikation vid fetma är sömnapné syndrom med snarkningar och andningsuppehåll. Pojkar kan utveckla gynekomasti, dvs. utveckling av bröstkörtlarna som leder till att bröstet på män växer som tecken på förändringar i endokrina systemet när manliga könshormoner omvandlas till östrogen i fettvävnaden. Flickor kan ha menstruationsrubbingar som kan leda till fertilitetsproblem. Fetma kan också bidra till leverförfettning, när fettet lagras i levern (Janson & Nergårdh, 2012).

Fetma och övervikt har inte bara fysiologiska konsekvenser utan också psykologiska och sociala. Överviktiga barn kan utveckla lägre självkänsla och nedsatt livskvalitet (Börjeson Munk, 2008). Dessa kan påverka barns skolprestationer, vilket i sin tur kan leda till dåligt slutbetyg från grund- eller gymnasieskola och sämre möjligheter inom arbetslivet i framtiden. Även för samhället blir konsekvenserna betydande: den uppväxande generationen som har övervikt och fetma kommer att behöva ekonomiska och sociala resurser för att motarbeta övervikt och fetmas fysiologiska och psykologiska konsekvenser (Finkenstein et al., 2005; Yach et al., 2006).

Body Mass Index (BMI)

Den vanligaste mätmetoden för att bedöma om vikten är låg, normal eller hög är mätning av BMI (body mass index). BMI är ett kroppsmasseindex som uppger relationen mellan längden och vikten (Börjeson Munk, 2008). BMI uttrycker den relativa kroppsvikten och definieras som en individs vikt dividerad med individens längd i kvadrat (kg/m^2) (Andersen et al., 1998). I Sverige används de internationellt godkända gränserna som framtagits av International Obesity Task Force. Gränsvärden för vad som skall räknas som övervikt hos barn visas i Bilaga 1. En nackdel är att BMI varierar med ålder och pubertetsstatus. Vidare skiljer inte BMI mellan fettväv och muskelmassa (Andersen et al., 1998). Ytterligare värdefull mätmetod är BIA – mätning (Bioelektrisk Impedans Analys) som mäter kroppens sammansättning av fettmassa respektive fettfri massa, dvs. fördelningen av fett, vätska och kroppscellmassa (till huvudsak muskelmassa) (Börjeson Munk, 2008).

Vård som interaktiv process

Kärnan i vårdprocessen utgörs av patient – vårdare relationen, med andra ord är vårdprocessen en interaktiv process. Eriksson (1998, s, 19) uttalar, ”Att vårda är att gå bredvid, att visa vägen framåt men inte bestämma takten eller målet.” För att uppnå resultat i vårdprocessen måste en relation skapas. Det är i denna grundläggande relation som patienten får möjlighet att vara delaktig i vårdprocessen. Relationen bygger på ömsesidighet, vilket innebär att vårdrelationen gör framsteg utifrån beredvilligheten skapad hos såväl patienten som vårdare. En vårdare får inte ”forcera” en relation. En fungerande vårdrelation utgör en förutsättning för en fungerande vårdprocess. En vårdprocess som inte grundas på en relation skall reduceras enbart ”till utförandet av en rad uppgifter” (Eriksson, 1998, s. 36).

Vårdprocessen pågår kontinuerligt tills optimal hälsa har uppnåtts, vilket innebär att vårdprocessen kan fortsätta under olika organisatoriska former (sjukhus, öppen vård etc.) under en lång tidsperiod (Eriksson, 1998).

Förutom patienten själv och vårdaren deltar också patientens familj samt samhället i beslut rörande vården. Samspelet mellan olika komponenter utgör grunden för det dynamiska skeendet i vårdprocessen. Komponenter som påverkar målen är patient, vårdare, familj och samhälle (Eriksson, 1998). Familjens betydelse för hälsoarbetet är även behandlat av omvårdnadsteoretikern Kirkevold (2003), som menar att familjen har en grundläggande betydelse för människans liv och välbefinnande, och att familjen påverkar den enskilda individen både på gott och ont. Familjen spelar en viktig roll i preventiva och hälsofrämjande uppgifter särskilt när det gäller barn (Kirkevold, 2003).

Enligt Kirkevold (2003) ansvarar sjuksköterskan inte bara för behandlingen av patienten utan också för behandlingen av familjen. Dessutom är sjuksköterskans profession av sådan karaktär att hon/han möter andra specialister inom vården och etablerar kontakter mellan familjen och den aktuella specialisten. Genom att se hela familjen som en del av vårdprocessen har sjuksköterskan möjlighet att kartlägga familjens livsstil vilken spelar stor roll för barnets hälsa och välbefinnande. Vidare kan sjuksköterskan se och analysera hur familjen hanterar den aktuella situationen, vilka resurser dvs. kunskapsmässiga, sociala och ekonomiska möjligheter den familjen har. Sjuksköterskan skall stötta och hjälpa familjen att hantera situationen med hjälp av förmedling av information och kunskap, emotionellt och praktiskt stöd (Kirkevold, 2003). Således har sjuksköterskan uppgiften att möta inte bara patienten utan också hans/hennes familj.

Barnets perspektiv

År 1989 antog Förenta Nationernas generalförsamling konventionen om barnets rättigheter. De fyra bärande principerna i konventionen är: att varje barn har rätt att få del av sina rättigheter; att barnets bästa skall beaktas vid alla beslut som berör barn; att barnets utveckling och överlevnad skall säkerställas; samt att deras åsikter skall få komma fram och visas respekt. Konventionen gör varje stats regering ansvarig för att rättigheterna respekteras i landet (Regeringskansliet, 2003).

Barn har rätt till information. Barn behöver få veta vad som ska hända dem och detta ger trygghet och bekräftelse. Därför är det viktigt att kommunicera med barn och ge en adekvat information. För att nå fram med ett budskap till barn måste sjukvårdspersonal tillsammans med barn och föräldrar bygga upp ett förtroende. Personalen behöver föräldrarnas kunskaper om barnets individuella egenskaper. Föräldrarna, i sin tur, behöver kunskap och vägledning för att kunna vårda sina barn samt kunna hantera barnets känslor och reaktioner (Elander, 2008).

Att barnet skall vara medbestämmande är en människorätt, men i vilken grad är fråga som bör vara anpassad den enskilda situationen. Enligt Edwinson Månsson & Enskär (2008) förutsätter instämmande i ett beslut olika delar av information till barnet. En information bör vara anpassat till barnets ålder och mognad. Genom att söka kunskap från olika utvecklingsteorier får vi en bättre förståelse för barnets utvecklingsnivåer som förklarar hur barnet tänker och kommunicerar (Edwinson Månsson & Enskär, 2008).

Barnets psykologiska utveckling

Enligt Piaget (2008) sammanfaller skolmognaden vid sju års ålder med en avgörande vändpunkt i den psykologiska utvecklingen. Från att i hög grad vara styrt av intuitionen i småbarnsåldern, börjar det skolmogna barnet att underbygga sina handlingar och tala enligt logiska mönster. Barnet kan nu förstå och följa gemensamma regler och reflekterar och underbygger sina egna påståenden. I leken har barn i denna ålder en ömsesidig kontroll, han/hon försäkrar sig om att alla tillämpar de gemensamma reglerna. Medan barn i småbarnsåldern härmar andra barn och inte har förmåga till riktigt samarbete, kan barnet från sju års ålder däremot anpassa sig på ett mer detaljerat sätt. De kan samarbeta med ömsesidig respekt och har en utvecklat känsla för rättvisa, där lögnen uppfattas som allvarlig, särskilt bland kompisar. Utvecklingen hänger av den målinriktade viljan, således ihop med utvecklingen av en självständig moral. Barn kan i denna ålder förstå och acceptera gemensamma regler, om de förstår bakgrunden och det överensstämmer med den egna moralkodexen. Perspektivet verkar som ett underbyggande argument för att till och med de minsta av skolbarnen i hög grad ska känna sig inkluderade och informerade i samarbetet med vuxna som t ex skolsköterskan. Det finns enligt Piaget (2008) möjlighet att etablera ett samarbete med barnen utifrån information och appellerande till deras moral och logiska tänkande.

Den egentliga personlighetsutvecklingen börjar enligt Piaget (2008) från tiden mellan åtta och tolv år. Vid den tiden börjar en autonom organisation av regler och värderingar. Individerna börjar utveckla "en livsplan", som blir ett instrument för samarbetet med omvärlden och en källa till viljedisciplinering. Ungdomstiden fungerar dock som förberedelse inför vuxenlivet och här blir de många passionerna från ungdomsperioden ett underlag för människans personliga skapande. Studentliv kan förlänga denna process, medan yrkesliv förkortar den, därför att arbeta i konkreta och väldefinierade situationer, menar Piaget (2008), bringar verkligheten in i illusionerna och drömmerna. Den unga människan är så i den tidiga tonårstiden upptagen av att förstå sig själv i relation till omvärlden och är generellt mera präglad av illusioner och drömmar om framtiden än om egentliga verklighetsanknutna handlingar. Denna förståelse kan vara viktig att reflektera över i arbetet med ungdomar. Medan logik och orsakssammanhang kanske fungerar bra på en 10-åring, är det bättre att använda sig av andra argument i arbetet med en 13-14 åring. Självbilden kan spela en stor roll. Att det både finns självfördömande tankar och stor självgodhet hos den unga människan, som Piaget (2008) beskriver henne/honom, har troligen den effekten, att det finns ganska stor känslighet inför omvärldens kritik eller kanske en fullkomlig ignorans inför rådgivning från vuxna och auktoriteter.

Erikson (1993) har i sin teori om "Människans åtta åldrar" beskrivit de tidiga ungdomsåren som en tid, där barnen, medan deras kroppar förändras, samtidigt skall befästa sina roller i samhället. De är hela tiden upptagna med att sammanlänka sina färdigheter med de förebilder som finns i den miljö barnen rör sig i. Tanken om hur andra ser dem och om hur de gärna vill vara är dominerande på detta utvecklingsstadium (Erikson, 1993).

Att förstå vem den unga människan anser att hon är, kan vara en hjälp i arbetet med barn i tonårsåldern, eftersom fantasin och drömmarna så tydligt spelar roll för barnets upplevelse av sig själv i omvärlden. Det är därför viktigt att all personal som arbetar med barn skall ha kunskaper om barnets individuella utveckling samt behärska en kommunikationskonst för att utnyttja föräldrarnas erfarenheter och synpunkter.

Skolhälsovården

Eftersom barnen tillbringar övervägande delen av dagen i skolan, är skolan en nyckelmiljö för hälsofrämjande åtgärder. Enligt Socialstyrelsen (2004) är Skolhälsovården en fortsättning av

barnhälsovården. I Sverige, exempelvis, erbjuds alla barn från förskoleklass och upp till och med gymnasiet en kostnadsfri skolhälsovård. Skolhälsovårdens uppgifter är att observera och följa elevernas tillväxt och utveckling, värna och förbättra elevens fysiska och psykiska hälsa samt verka för sundare levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2004). Skolsköterskan spelar således en viktig roll i spridning av kunskap bland elever liksom personalen i skolan. Skolsköterskans uppgift är att ansvara för elever med kroniska sjukdomar samt att förebygga förekomsten av övervikt och fetma. I det övervikts- och fetma förebyggande arbetet ingår medverkande till eller drivande av hälsofrämjande insatser såsom information om goda kost- och motionsvanor, regelbundna hälsoundersökningar med längd och viktkontroll samt hälsosamtal med elever och föräldrar (Socialstyrelsen, 2004). Skolsköterskans arbete innehåller inte bara medicinsk tekniska moment, utan även hög grad av pedagogiska och psykologiska uppgifter, som kräver insikt i hur informationen och undervisningen kan förmedlas på rätt sätt.

Lärande och undervisning som viktiga delar av omvårdnadsprocessen

Illeris (2007) tror att lärandet är en viktig process i varje individs liv. Lärandet medför kunskap som ger tro till den egna förmågan, ger trygghet och egenkontroll som i sin tur leder till en ökad möjlighet att prestera effektivt i livets olika situationer och för att klara tillvaron. Det framhävs två processer av hur lärandet går till, nämligen den individuella psykologiska tillägnelsen och samspel mellan individen och omgivningen. Den individuella tillägnelseprocessen består av innehåll det vill säga det som förmedlas. För att lära någonting måste en individ ha en drivkraft, det vill säga något som sätter igång tillägnelseprocessen. Utan drivkraft kan lärandeprocessen inte genomföras. Därför tillägnelseprocessens två viktiga beståndsdelar är innehåll och drivkraft. Emellertid sker lärandet inte bara inom den enskilda individen. Omgivningen ger impulser, socialt och materiellt underlag samt sätter gränserna för vad och hur individen kan lära. För att lära något skall det finnas en motivation i form av intresse eller vilja att lära det och omgivningen kan stödja lärandeprocessen genom kommunikation och samarbete eftersom lärandet är i sig en social och mellanmännisklig företeelse (a.a.).

Ett kunskapsutbyte sker via kommunikation, det vill säga att genom ett möte och samtal delar människor kunskaper och färdigheter. Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetodik som betecknar ”en empatisk, förändringsinriktad, patientcentrerad samtalsmetodik, som används främst på livsstilsområdet och strävar efter att öka patientens motivation att ändra beteende”. (Illeris, 2007, s. 68). Inriktningen av MI således är att lyssna, försöka förstå patientens tankar

kring sin situation samt låta patienten fatta egna beslut. Sjuksköterskans uppdrag i detta fall blir att ge nödvändig information, stimulans och stöd för att patienten skulle kunna förstå sitt beteende och att vilja ändra det. Rollnick, Miller och Butler (2009) diskuterar att människor själva kan förbättra sin hälsostatus genom förändring av sitt beteende. De påstår att ingen människa är helt omotiverad, det krävs dock kunskaper att forma motivation till förändring liksom motivationen kan formas inom ramen för relationer. I hälso- och sjukvården kan professionella framkalla patienternas egen motivation till förändringar av sina beteenden för deras egen hälsas skull genom användning av motiverande samtal. Rollnick et al. (2009) betonar fyra vägledande principer i MI: 1) att motstå rättningsreflexen, 2) att förstå och utforska patientens egen motivation, 3) att lyssna med empati, och 4) att få patienten att känna egen makt över sitt liv.

En patient som är utrustad med kunskaper om sin aktuella hälsostatus, risker och framtida perspektiv, har kontroll över situationen och följaktligen har trygghet. En sådan patient är till och med en bra samarbetspartner. Tillsammans med sjuksköterskan kan patienten bevara hälsa och förebygga ohälsa. Sjuksköterskan har en bra möjlighet, som ingen annan har, att ge patienten och hans anhöriga de kunskaper som behövs. Det är viktigt att ha i åtanke att undervisning betyder att vi bör ställa i centrum den lärande individen och inte själva kunskapsförmedlingen. Därför borde alla vårdprocesser vara patientcentrerade där planering och målsättning utgår från den enskilda patientens situation eftersom varje patient har sina egna uppfattningar och värderingar om sina hälsotillstånd och beteenden (Klang Söderkvist, 2007). Om dessa två parter kunskaper förenas, blir behandlingsresultat effektivt som i sin tur leder till patientens bättre livskvalitet och sjuksköterskans professionella växt.

Patientens egenmakt och delaktighet i vårdprocessen har en beteckning ”patient empowerment” (Fossum, 2007; Klang Söderkvist, 2007). Patient empowerment växer fram från kunskaper och färdigheter som är nödvändiga för att påverka hans eget och andras beteenden för att förbättra livskvalitén. Emellertid måste patienten vara motiverad för att själv vilja förändra beteendet. Det krävs patientens engagemang: patienten bör vara en aktiv deltagare och inte bara passiv lyssnare och åskådare. Emellertid krävs det att inte bara patienten ändrar sitt beteende utan också både personal och organisation ändrar sina värderingar och beteenden för att åstadkomma verklig empowerment. Sjuksköterskan bör se patienten som en partner som har full rätt och förmågan att medverka i behandlingen. Därför

är metoden att ”säga åt” patienten vad han skall göra och inte göra inte verkningsfullt när det gäller att påverka patientens beteende (Fossum, 2007; Klang Söderkvist, 2007).

Syfte

Syftet är att belysa preventionsstrategier och eventuella hinder i skolsköterskans arbete med att förebygga övervikt och fetma hos skolbarn.

Metod

Studien utfördes som en litteraturstudie, där 9 vetenskapliga artiklar analyserades: 5 studier med kvalitativa ansatser och 4 studier med kvantitativa ansatser. Evidensbaserad omvårdnad definieras som ”en medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga bevis och beprövade erfarenheter i den vardagliga kliniska omvårdnaden” (Forsberg & Wengström, 2006, s. 20). Evidensbaserad omvårdnad syftar till att hitta de omvårdnadsåtgärder som är mest effektiva för patienten. För att hitta svaret på frågan om det effektivaste sättet att hjälpa barn med övervikt och fetma som har ett vetenskapligt stöd, genomfördes en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie medför en metodisk sökning, kritisk analys och sammanställning av litteraturen inom ett valt problemområde för att kombinera data från tidigare genomförda studier och att dra slutsatser och finna beslutunderlag för behandlande verksamhet (Forsberg & Wengström, 2006; Polit & Beck, 2006).

Urval

Litteratursökningen genomfördes i medicinska databaser och databas inom omvårdnad och hälso- och sjukvård såsom Cinahl, PubMed och MedLine med MeSH-termerna ”Children and Obesity”, ”Childhood and Obesity”, ”Overweight children”, ”School Nursing”, ”Intervention” och ”Preventive Strategies”. Samma MeSH-termer som användes i databasen PubMed användes även i Cinahl och MedLine-databaserna.

Datainsamling

Inklusionskriterierna var svenskspråkiga och engelskspråkiga artiklar, publikations datum från 2000 till 2013, kvantitativa studier, kvalitativa studier med artiklar som handlar om grundskolebarn och skolsköterskor. Artiklar granskades, och de artiklar som motsvarade vårt syfte användes. Artiklar som handlade om vårdcentralers, dietisters och distriktssköterskors arbete med överviktiga barn togs således bort. Dessutom valdes de artiklarna bort som fokuserade sig på föräldrarnas synvinkel och inte skolsköterskans. Exklusionskriterier är bland annat review artiklar, artiklar skrivna på andra språk än engelska och svenska samt rekommendationer och riktlinjer.

Tabell 1 Sökschema för sökning i MedLine.

Databas MedLine	Sökord	Antal Träffar	Urval 1	Granskade	<i>Valda artiklar</i>
# 1	Obesity and children	3954	0	0	0
#2	#1 AND School nursing	74	0	0	0
#3	#1 AND #2 AND Prevention	52	21	9	2
#4	#1 AND #2 AND Intervention	13	5	3	0

Tabell 2 Sökschema för sökning i CINAHL

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Granskade	<i>Valda artiklar</i>
---------------------------	---------------	--------------------------	----------------	------------------	---------------------------

# 1	Obesity and children	1402	0	0	0
#2	#1 AND School nursing	27	27	27	2
#3	Overweight children	443	0	0	0
#4	#3 AND School nursing	7	7	7	1

Tabell 3 Sökschema för sökning i PubMed

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Granskade	<i>Valda artiklar</i>
# 1	Obesity and children	16643	0	0	0
# 2	#1 AND School nursing	259	0	0	0
# 3	#1 AND #2 AND Intervention	56	56	41	2
#4	#1 AND #2 AND Prevention	150	150	16	2

Data analys

Först lästes artiklarnas sammanfattning/abstrakt i de fall titlarna passade ihop med undersökningens mål. Sedan granskades de artiklar som motsvarade vårt tema i sin helhet. Därefter valdes artiklar som uppfyllde kravet, dvs. handlade om samma ämnesområden och motsvarade vårt syfte till analys.

Analysen ska vara induktiv, eftersom litteraturstudien inte redan har en hypotes eller existerande teori som skall bekräftas eller falsifieras (Willman & Bahtsevani, 2012). Litteraturstudiens avsikt är att genom en sammanställning av artiklarnas resultat sammanfatta olika tema, problem och mönster som repeteras i olika berättelser. Medan studier kan vara såväl kvantitativa som kvalitativa i sina metoder och infallsvinklar, är det litteraturstudiens syfte att samla ”trådarna” i en beskrivande kvalitativ undersökning. Denna analys siktar på att generera ny vetenskap genom att kartlägga strukturer och självklarheter i materialet. Meningsbärande enheter i forskningsmaterialet möjliggör identifiering av centrala teman och kategorisering (Forsberg & Wengström, 2006). Det insamlade materialet ska vara grundläggande för teman med siktet på att hitta de relevanta strukturerna och belysa de specifika frågeställningarna.

För att resultaten ska kunna få användning i klinisk praxis, måste det finnas bevis för reliabilitet/trovärdighet samt validitet/rimlighet i studien. Alla vetenskapliga artiklar bedömdes enligt Willmans & Bahtsevanis (2012) *Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod* samt *Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod*. Artiklar som uppfyllde samtliga kriterier enligt Willman & Bahtsevani (2012) bedömdes vara av bra kvalitet och analyserades. Utifrån bedömningsmallen värderades artiklar från av Hög till Låg kvalitet. De artiklarna som valdes för systematisk analys märktes med asterisk (*) i referenslistan.

Forskningsetiska avvägningar

Forskningar inom medicin kan ställa till olägenheter och därför är det viktigt att iaktta människornas autonomi och integritet och skydda deras hälsa och rättigheter. Enligt Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration (1964) skall sårbara grupper visas särskilt stöd.

Barnen som tillhör till den särskilt sårbara populationen behöver särskild uppmärksamhet. Särskild hänsyn måste tas till barnets och familjens integritet, autonomi och självbestämmande (Milton, 2001). De artiklar som användes i vårt arbete hade erhållit etisk guidning av vederbörlig forskningsetisk Kommitté samt att alla deltagare informerades om forskningen. Deltagarna hade valt fritt om de vill medverka eller inte. Samtliga deltagare hade garanterats anonymitet och skydd mot att obehöriga skulle ta del av uppgifterna.

Resultat

Efter analys av de utvalda vetenskapliga artiklarna framträdde några huvudområden under två teman. Temat ”Skolsköterskans preventionsstrategier” innehåller subteman *Skolsköterskans medicinska kompetens*, *BMI-screening* samt *Undervisning och information*. Under temat ”Skolsköterskans upplevda hinder” samlades subteman *Brist på resurser*, *Otillräckligt samarbete med föräldrar* samt *Brist på kunskap och kompetens*.

Skolsköterskans preventionsstrategier

Skolsköterskans kompetens

Skolsköterskornas upplevelse av sig själva som skolans medicinskt ansvariga är en dimension, som är tydlig i alla de lästa artiklarna. Det är en roll som ger dem mycket ansvar, men som samtidig ger dem särskilt position i relation till barnen, vilket upplevdes positivt (Müllersdorf et al., 2010; Morrison-Sandberg et al., 2010; Steele, 2010). Müllersdorf et al. (2010) intervjuade 6 skolsköterskor som deltog i en aktionsplan som inkluderade kommunikation, information och undervisning om övervikt och fetma samt motivation och beteende. Studien visade att skolsköterskorna upplevde arbetet med de överviktiga barnen som en självklar del av arbetet, dels för att de var närvarande på skolan och dels därför att de inte kunde se att andra skulle kunna åta sig uppgiften. Att överlämna detta till föräldrarna uppfattades inte som en möjlighet. Skolsköterskorna definierade sin egen roll som neutral, ”It is seen as ok to visit the school nurse, but it is frowned upon to visit the school welfare officer, because then something is wrong (...)” (Müllersdorf et al., 2010, s. 133). Själva skolsköterskans rum blev uppfattat som neutralt för skolans elever. Ofta kunde barnen komma till skolsköterskan med ett annat problem än fetma, men fortfarande få råd om just övervikt.

För att inte stigmatisera barnet fanns det en strategi att fokusera på fetman som en sjukdom med medicinska termer. Skolsköterskorna kände sig även tryggare professionellt med att använda en neutral terminologi. Studien av Morrison-Sandberg et al. (2010) hade som mål att studera aktuella övervikts relaterade praktik hos skolsköterskor samt att ta reda på deras åsikter angående övervikt och fetma preventionsprogram. Intervjuer med 23 skolsköterskor visade att skolsköterskans rum uppfattades bland eleverna som ett säkert ställe, där de kunde komma bort från vardagen.

Skolsköterskornas strategi i arbetet var att fokusera på hälsoaspekterna och inte på utseende eller livsstil för att bevara neutraliteten. Just diskretionen kring frågan upplevdes som viktig, eftersom familjerna uppfattade problemet som känsligt och privat (Müllersdorf et al., 2010; Morrison-Sandberg et al., 2010; Kubik et al., 2007; Steele et al., 2010; Moyers et al., 2005; Hendershot et al., 2008). Stalter et al. (2010) ämnade sig att identifiera medverkande faktorer och barriärer i BMI screeningspraktiken bland skolsköterskor. Studien visade att 40 % av 25 intervjuade skolsköterskorna använde sig av andra anledningar än fetma, när de kontaktade föräldrarna, exempelvis ett högt blodsocker eller högt blodtryck hos barnet. Erfarenheten var att kontakten som skapades med föräldrarna blev bättre, för att de medicinska problemställningarna hade större acceptans hos dessa. Skolsköterskans medicinska kompetens blev på det sättet ett legitimt underlag för att lägga sig i familjens privata angelägenheter, utan att problemet blev uppfattat som varande av personlig karaktär för både skolsköterskan och föräldrarna. Moyers et al. (2005) hade för avsikt att belysa vilka barriärer det fanns i behandlingen av barnövervikt och fetma samt vilken roll hade skolsköterskor i prevention och behandling av barn med övervikt och fetma. Semistrukturerad intervju med 106 skolsköterskor visade att föräldrar, som *inte* var eniga om att barnet var överviktigt, ändå gjorde ändringar i kosten, om fokus låg på rådgivning kring detta. Det var således möjligt att hjälpa familjerna med att förebygga ytterligare fetma genom att använda sig av rent medicinska/hälsomässiga aspekter. Det neutrala tilltalet var inte så skuldbeläggande som det hade varit om skolsköterskan fokuserat sig på familjens livsstil eller på utseende/kroppsideal. Nauta et al. (2009) studerade skolsköterskors kunskap och praktik relaterade till barn övervikt och fetma. Av strukturerade intervju med 103 skolsköterskor framgick det att vissa skolsköterskor endast kontaktade föräldrarna, om det fanns någon annan orsak än fetma. Rådgivningen erbjöds endas av 25 % av 103 skolsköterskor om andra hälsoproblem fanns. Samma förhållande finns beskrivet i studie av Steele et al. (2010) som syftade att analysera 22 skolsköterskors upplevda barriärer vid adressering av frågor gällande vikt till barn och

föräldrar. Intervjuade skolsköterskorna sade bland annat att de skulle kunna prata om vilka medicinska problem som helst, men dock ej om övervikt, vilket upplevdes som känsligt.

BMI-screening

I alla nio analyserade artiklarna var skolsköterskorna överens om betydelsen av att bibehålla normal vikt och om den skadliga verkan övervikt och fetma har på det fysiska och psykiska tillståndet. I sex av åtta artiklar använder skolsköterskor BMI som instrument för att bedöma barnets viktstatus (Hendershot et al., 2008; Moyers et al., 2005; Nauta et al., 2009; Kubik et al., 2007; Morrison-Sandberg et al., 2011; Stalter et al., 2010). Emellertid använder inte alla skolsköterskor detta instrument. Mer än hälften av dem använder inte BMI eller andra kontroller av vikt och längd som mätinstrument för identifiering av övervikt och fetma. Med andra ord, även om övervikt och fetma ansågs som ett växande problem, används inga objektiva kontroller eller observationer. Hendershot et al. (2008) studerade skolsköterskors upplevda barriärer samt upplevda förmån med BMI screening hos elever i skolor som hade implementerat BMI screenings policy jämfört med skolor som inte hade implementerat sådan policy. Studien uppgav att 20 % av de 2629 intervjuade skolsköterskorna inte visste hur BMI mäts. I en annan studie av Nauta et al. (2009), svarade 65 % av 103 skolsköterskor att de ibland, sällan eller aldrig använder BMI för att mäta övervikt. I Kubiks et al. (2007) studie som syftade att bedöma skolsköterskors ansvar för prevention och behandling av övervikt och fetma hos skolbarn samt att ta reda på deras åsikter angående skolbaserade preventionsstrategier, mäter 59 % av 221 skolsköterskor aldrig BMI, och 12 % använder BMI ibland. Det kan noteras att i skolor som har mandat att utföra viktkontroller var skolsköterskor mer benägna att mäta BMI än skolsköterskor i skolor utan sådant uppdrag. Bland skolsköterskor som hade mandat att utföra kontroller indikerade 51,5 % att de kunde konvertera längden och vikten till BMI (Hendershot et al., 2008; Stalter, et al., 2010).

Undervisning och information

I sex av nio analyserade artiklar erbjöd skolsköterskor någon form av undervisning och information (skriftlig, muntlig eller i klassrum) till barn och föräldrar angående hälsosam nutrition och vikten av fysisk aktivitet (Moyers et al., 2005; Kubik et al., 2007; Morrison-Sandberg et al., 2011; Hendershot et al., 2008; Nauta et al., 2009; Magnusson et al., 2012). Emellertid inte alla skolsköterskor kände sig kompetenta i rådgivningen och undervisningen om nutrition. Dessutom var undervisningen och information inte regelbundna utan sporadiska. Det framkom även att skolsköterskor inte alltid gav råd till barn och föräldrar även om barnet

uppenbarligen var överviktig. I en studie av Moyers et al. (2005), rekommenderade endast 51,9 % av 106 skolsköterskor behandlingen för de barn och föräldrar som bad om råd och hjälp. Ytterligare viktigt moment är att inte alla skolsköterskor kontaktade och informerade föräldrar om deras barns viktstatus (Moyers et al., 2005; Kubik et al., 2007; Morrison-Sandberg et al., 2011; Hendershot et al., 2008; Nauta et al., 2009; Magnusson et al., 2012).

Skolsköterskans upplevda hinder

Brist på resurser

Ett av de hinder som nämndes av skolsköterskor i deras arbete med övervikt och fetma hos skolbarn var bristen på resurser som omfattade brist på tid, avsaknad av administrativa och institutionella stöd samt frånvaro av en gemensam aktionsplan. I sju studier av nio indikerade skolsköterskor bristen på resurser som den viktigaste orsaken till otillfredsställande arbete (Moyers et al., 2005; Morrison-Sandberg et al., 2011; Hendershot et al., 2008; Nauta et al., 2009; Stalter et al., 2010; Steele et al., 2011; Müllersdorf et al., 2010).

Skolsköterskor uppgav att åtgärder mot kroniska sjukdomar såsom diabetes, allergi, astma och psykiska sjukdomar var mer prioriterade än övervikt och fetma. Eventuella behandlingar och kontroller av dessa kroniska sjukdomar uppslukade all tid så det inte fanns tid kvar för preventiva arbetet mot övervikt och fetma (Moyers et al., 2005; Morrison-Sandberg et al., 2011; Hendershot et al., 2008; Nauta et al., 2009; Stalter et al., 2010; Steele et al., 2011; Müllersdorf et al., 2010).

Brist på administrativa och institutionella stöd bestod av personal brist, ostrukturerade och varierande BMI screeningsprogram samt avsaknad av gemensamma och omfattande strategier. I en studie av Stalter et al. (2010) berättade exempelvis en skolsköterska om problemet med frånvaro av en gemensam och klar aktionsplan: "... why label a kid fat without a valid plan?" (Stalter et al., 2010, s. 323). Bristen på ett gemensamt och omfattande grundläggande handlingsprogram ledde till att skolsköterskor inte kände sig berättigade att kontrollera viktstatus och ge råd till barn och föräldrar: "I just need a leg to stand on. What if I get sued by an angry parent for not finding an obesity related co-morbidity or because a kid committed suicide because I label him or her fat" (Stalter et al., 2010, s. 342), eller som en annan skolsköterska uttryckte: "But it may have negative consequences for me" (Stalter et al., 2010, s. 324). Ett till viktigt problem var förknippat med språkliga barriärer (Morrison-

Sandberg et al., 2011; Magnusson et al., 2012). Det var kommenterat att det kunde vara bra om skoladministrationen anlidade tolk. Skolsköterskor menade att mycket berodde på administrationen och olika institutionella enheter, som en av skolsköterskorna uttryckte det: “If you get the principals on board you can make anything happen. But if the principals aren't on board, you can forget it, they're going to shut it down” (Steele et al., 2011).

Otillräckligt samarbete med föräldrar

I Nauta et al. (2009) var 71, 6 % av 103 skolsköterskorna av den uppfattningen, att en av huvudorsakerna bakom barnfetma var brist på föräldraengagemang. I Hendershot et al. (2008) tyckte 55,2% av de 2629 medverkande skolsköterskorna, att negativ respons utgjorde ett hinder i arbetet med övervikt. I Kubik et al. (2007) kontaktade 67 % av de 221 tillfrågade skolsköterskorna aldrig eller sällan föräldrar angående viktproblem hos barnet, medan samma procenttal aldrig eller sällan erbjöd rådgivning till föräldrar kring barnfetma. I Moyers et al. (2005) tyckte 86,8% av 106 skolsköterskor att det var svårt, men inte omöjligt att ge föräldrar råd om fetma. I samma studie tyckte endast 39,6% att det gav dem ”professionell bekräftelse ” att prata med familjerna om denna problematik. I Steele et al. (2010) nämner de flesta av studiens 22 intervjuade skolsköterskor att några av föräldrarna inte ser övervikt som ett problem och därför inte är motiverade att prata om det. Det uttrycktes oro för föräldrarnas reaktion när de mottog information om övervikt och att de kanske klagade över detta hos skoladministrationen. En tredjedel av skolsköterskorna i studien berättade om tidigare dåliga erfarenheter med föräldrar som kände sig trampade på, skolinterventioner utan succé, samt dålig följsamhet från familjer i program som syftade till att motverka övervikt. Skolsköterskor upplevde sig att inte vara kompetenta att motivera föräldrar och barn, som inte redan var motiverade. Familjens bakgrund och kultur kan vara ett viktigt hinder. Sociala problem och/eller språkförbistring pga. utlandsfödda föräldrar, andra kroppsideal eller brist på kunskap var bland de faktorer, som ledde till samarbetsvårigheter. Liknade svårigheter omtalas i studie av Magnusson et al. (2012) som ämnade sig att analysera 14 skolsköterskors rådgivning till barn med övervikt och fetma i mångkulturella miljö i Sverige. Skolsköterskorna hade problem att hitta rätt informationsnivå och förstå den familj de hade framför sig. När det informerades om mest hälsosamma tillagningssättet utgick skolsköterskan från svensk matlagning och hade dessutom språkliga problem. Ofta undervärderades nödvändigheten av en tolk, och försöket att informera föräldrarna drunknade i språkliga problem och helt generella råd.

I Müllersdorf et al. (2010) påtalar skolsköterskorna att involverandet av familjen resulterar i att neutraliteten försvinner. Känslan av att de går över gränsen för familjens privata sfär när familjen kontaktas angående ett problem av denna karaktär, var tydlig för sköterskorna. Särskilt nämndes svårigheten med att påtala övervikt hos barnet för föräldrarna första gången. Det uttrycktes osäkerhet kring vilken metod, som var bäst, när de kontaktade föräldrarna. Det upplevdes att det ofta uppfattades som skuldbeläggande för föräldrarna, och att de därför inte önskade denna information. Informanterna var eniga om att det krävdes försiktighet inför frågan, eftersom ett felavvägt ord skulle kunna få negativa konsekvenser för barnet, som var beroende av att samarbetet med föräldrarna fungerade. Den aspekt finns beskriven på liknande sätt i Morrison-Sandbergs et al. studieresultat (2010): ” When you talk about obesity with students and their parents, they have to feel respected and not shamed (...), they have to understand, that you want to support them” (Morrison-Sandberg et al., 2010, s. 16-17). Enligt skolsköterskorna var det svårt med just frågan om barnövervikt att det inte gick att skicka remiss till annan vårdgivare/hälsoverksamhet, utan att det var ett problem som skulle lösas i familjen. Föräldrarna skulle få hjälp att ändra den hela familjens livsstil och inte enbart barnets.

Brist på kunskap och kompetens

Skolsköterskornas känsla av att inte ha rätt bakgrund/utbildning för arbetet med de överviktiga barnen framkommer i flera av artiklarna. I Moyers et al. (2005) kände 25 % av de 106 intervjuade sig kompetenta att klara uppgiften, och i Kubik et al. (2007) tyckte endast 29 % av de 221 medverkande skolsköterskorna att de hade den nödvändiga kompetensen. I Hendershot et al. (2008) visste 20 % av 2629 skolsköterskorna inte hur BMI mäts. I Magnusson et al. (2012) påpekas det, att skolsköterskorna i studien gav oprecisa förklaringar till relationen mellan energi, kalorier, socker och fett eller relationen mellan energi och övervikt. Som en skolsköterska sade: ”So you realize that you don’t get fat from eating (...), because choosing proper food doesn’t make you fat” (Magnusson et al., 2012, s. 2455). Det var typiskt att de gav vaga råd som kunde tolkas fritt. Exempelvis blev energi omtalat som såväl negativt som positivt (t ex i form av frukost) utan att skolsköterskan gjorde det klart varför det ena var dåligt och det andra var bra energi. Det var brist på tydlighet i hur mycket godis som var bra att äta när det formulerades som ” lite en gång i veckan”.

I studier (Nauta et al., 2009; Moyers et al., 2005; Steele et al., 2010) påvisades det att skolsköterskorna hade ganska bra kunskaper, men inte visste hur informationen skulle

förmedlas på ett bra sätt. Om t ex det frågades direkt, vad orsaken till barnfetma var enligt skolsköterskorna, var de i stort eniga om att orsakerna var multifaktoriella, vilket visade en viss medvetenhet kring problemets komplexitet. I Nauta et al. (2009) angav 97-99 % av 103 skolsköterskorna således ”dåliga matvanor”, ”för mycket kalorier” och ”ett stillasittande liv” som de främsta orsakerna till barnfetma, men arv och kulturella faktorer var också högt på listan över de många förhållanden, som spelade roll. Samma resultat angående kunskap om fetma finns i Moyers et al. (2005), där ”dålig mat”, ”stor konsumtion av kalorier” och ”stillasittande livsstil” anges som bakgrund för barnfetma. Skolsköterskorna i denna studie var vidare eniga om, att barnövervikt var allvarligt, att det var ett ökande problem och att barnen inte bara växte ifrån fetman. Studien visade att 95,3 % av 106 skolsköterskorna var av uppfattningen att övervikt bidrar till högt blodtryck, och 94,3% att den bidrar till diabetes mellitus typ 2.

I Steele et al. (2010) berättade skolsköterskorna angående kunskapsbrist, att de inte visste hur de skulle prata med barnen eller föräldrarna om fetma därför det var ett känsligt ämne. Dessutom visste de inte vilka möjligheter det fanns för barnen avseende behandling som olika offentliga institutioner erbjöd. Det visade sig att 25 % av 22 skolsköterskorna i denna studie kände sig inte kompetenta till uppgiften att kommunicera med familjen och motivera dem till att arbeta med överviktsproblematiken. Samma gör sig gällande i Müllersdorf et al. (2010), där det nämns att förväntningarna på skolsköterskorna att föra ett motiverat samtal är stora fast de inte hade adekvata kunskaper, vilket komplicerade arbetet. Det uttrycktes i denna studie ett stort behov av träning i motiverande samtal eftersom det upplevdes att det oftast handlade mera om att motivera barnen än att informera dem.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Det kan diskuteras om en systematisk litteraturstudie ska inkludera kunskap från både kvalitativ och kvantitativ forskning. Enligt Axelsson (2012) kan en kombination emellertid vara en fördel inom hälsoområdet just för att kunna studera ett problem utifrån olika perspektiv. Detta ger en bättre möjlighet att förstå verkligheten (Axelsson, 2012). Enligt

Forsberg & Wengström (2006) bygger evidensbaserad omvårdnad på såväl vetenskapliga studier som beprövade erfarenheter. Katie Eriksson har kritiserat den vårdvetenskapliga forskningen i Sverige för den fokuserar på att utveckla metoder för att ta fram vetenskapliga bevis, på bekostnad av innehåll och substans. Eriksson menar att man bör titta på flera olika dimensioner, baserade såväl på naturvetenskapliga som humanistiska synsätt (Forsberg & Wengström, 2006).

Denna litteraturstudie är baserad på artiklar, som alla bygger på studier inom samma problemområde, men som har helt olika metoder för att undersöka skolsköterskans arbete, just för att kunna beskriva verkligheten och de erfarenheter, som skolsköterskorna har. Således presenteras i litteraturstudien studier på bakgrund av deskriptiv statistik och enkätundersökningar (Kubik, 2007, Moyers, 2005, Hendershot, 2008, Nauta, 2009), kvalitativa djupintervjuer (Müllersdorf, 2010, Morrison-Sandberg, 2010), fokusgrupp (Stalter, 2010, Steele, 2010) samt observationsstudier (Magnusson, 2012). Medan det finns faktorer inom detta område, som går att mäta statistiskt, t ex användningen av BMI-mätning, finns det också faktorer, som kräver ett kvalitativt synsätt. Skolsköterskans upplevelser av BMI-mätningens nackdelar och bristen på stöd från skolan och föräldrarna, blev centrala teman i de kvalitativa artiklarnas resultat. Således gav vår valda metod en bättre förståelse för komplexiteten i arbetet, än om vi hade valt uteslutande att fokusera på effekten av t ex BMI-mätning rent kvantitativt. Kvalitativa studier innebär att man studerar helheten och inte enskilda variabler. Resultaten i den kvalitativa studien är i sig själv en helhet, vilket ska tas i beaktning i litteraturstudien (Axelsson, 2012). Således är citat från informanter inte uttryck för hela studiens resultat, utan en enskild skolsköterskas uppfattning. Allt ska ses utifrån helheten, dvs. den bild som artiklarna tillsammans ger av det analyserade problemområdet.

Diskussion av framtaget resultat

Litteraturstudien visade att generellt var skolsköterskor överens om att preventionen av övervikt och fetma var en viktig uppgift som ingick i deras yrkesutövning. Till de vanligaste preventionsstrategierna som används av skolsköterskor i deras arbete med övervikt och fetma hos skolbarn hör BMI screening, undervisning och information samt skolsköterskans användning av sin medicinska kompetens. Emellertid visade denna studie att inte alla skolsköterskor använde BMI screening som mätinstrument för att bedöma barnets viktstatus (Müllersdorf et al., 2010; Morrison-Sandberg et al., 2010; Kubik et al., 2007; Steele et al.,

2010; Moyers et al., 2005; Hendershot et al., 2008). Studien visade även att skolsköterskor inte alltid informerade föräldrar om barnets viktstatus (Moyers et al., 2005; Kubik et al., 2007; Morrison-Sandberg et al., 2011; Hendershot et al., 2008; Nauta et al., 2009; Magnusson et al., 2012). Ytterligare ett fynd var att skolsköterskor inte alltid undervisade och informerade barn och föräldrar om övervikt och fetma (Moyers et al., 2005; Kubik et al., 2007; Morrison-Sandberg et al., 2011; Hendershot et al., 2008; Nauta et al., 2009; Magnusson et al., 2012).

Vems ansvar?

Det kan inte påstås att det görs absolut ingenting för att förebygga och bekämpa övervikt och fetma hos skolbarn, men det är obestridligen att skolsköterskor använder olika ovannämnda strategier mycket sällan, inte regelbundet utan sporadiskt. Den ena förklaringen till att preventionsstrategier inte används på regelbunden basis kan vara att skolsköterskor förutsätter sig att BMI kan mätas av föräldrar och att det finns tillräckligt med information om hälsosam nutrition och fysisk aktivitet i media. Emellertid kan det inte utgå från att alla har utförliga kunskaper om hälsosam nutrition.

Den andra förklaringen kan vara att skolsköterskor anser att identifiering, förebyggandet och bekämpning av övervikt och fetma hos barn ligger under föräldrarnas ansvar. Den inställningen är också felaktig eftersom det kan vara ett svårt uppdrag ur emotionell synvinkel att säga, påpeka till det egna barnet om hans/hennes osunda vikt vilket även Booth et al. (2009) visar. Dessutom kan det inte förväntas att alla föräldrar har nödvändiga kunskaper om övervikt och fetma, dess orsaker och konsekvenser. Ytterligare inte alla föräldrar uppfattar sina barn som överviktiga och det framkommer även i andra studier (Hudson et al., 2012; Jaballas et al., 2011; Jones et al., 2011; Vuorela et al., 2010; Tshamler et al., 2010; Akerman et al., 2007).

Hälsa eller ohälsa?

Den tredje förklaringen kan vara skolsköterskans, barns och föräldrars uppfattning av begreppet ”övervikt och fetma”, dvs. om övervikt och fetma ses som hälsa eller ohälsa. Enligt Eriksons (1998) omvårdnadsteori är hälsan att vara ”hel eller integrerad”. Wilhelmson (2008) är av samma mening som Erikson. Hon redogör att barn beskriver hälsan som att ”ha det bra” och ”att kunna göra olika saker” medan vuxna skildrar hälsa som möjligheten att ”utföra sina dagliga göromål” (Wilhelmson (2008, s. 21). Med andra ord omfattar hälsa olika komponenter av det mänskliga livet såsom fysiska, psykiska, sociala och andliga, dvs. om

individens har en rubbning av vissa funktioner så påverkas så småningom hans/hennes känslor, upplevelser samt ökar påfrestningar i det vardagliga livet, dvs. psykiska och sociala sfärer. Det är viktigt dock att notera att hälsa och ohälsa är en subjektiv upplevelse, dvs. hälsa och ohälsa kan definieras enligt individens egen upplevelse av hälsa och frånvaro av hälsa. Även samhället (media, sociala och ekonomiska valmöjligheter) bidrar till hur hälsa och ohälsa bedöms, hur sund eller osund levnadsstil definieras. Sålunda kan övervikt och fetma upplevas av barn både som hälsa eller ohälsa. Det finns barn som klarar vardagens krav och påfrestningar och det finns barn som kan ha svårigheter att anpassa sig och klara påfrestningar. Det är viktigt att se hela bilden dvs. fysiska, psykiska och sociala avståndsförhållanden när ett barn anses ha övervikt och fetma. Det är viktigt att se barnet och hans värld och respektera den samt utgå från ”inte skada” principen.

Rättighet eller skyldighet?

Berlin (2001) definierar friheten som möjligheten att agera och inte aktionen själv. För det första handlar frihet om friheten från yttre tvång och påtryckningar dvs. individens frihet att inte vara betvingad till andras auktoritet. Det betyder att individen är fri att göra vad han/hon vill göra. Den friheten skisserar det området inom vilket individen kan agera eller som Berlin uttrycker det, ”Over what area am I a master?” (Warburton, 2001, s. 5). När en individ stör en annan individs aktion, då kränks hans/hennes rättighet/frihet. För det andra, handlar frihet om frihet från inre påtryckningar. Den friheten handlar om kontrollen över eget liv. En individ kan kränkas i sin frihet endast av inre faktorer såsom rädsla att agera, okunskap eller ovilja. Således beror det på individen själv att agera eller inte agera. Emellertid handlar friheten inte endast om självbestämmandet utan också om individens herravälde över samhället i vilket han/hon lever. Den friheten kan vara inskränkt när individen har barriärer att utöva hans/hennes frihet som sätts av samhället. Enligt Berlin (1958) är sann frihet kontroll över livet samt möjligheten att välja att agera eller inte agera.

Emellertid finns det andra meningar som hävdar att en sann frihet betyder ”subduing the personal will to the general will” (Warburton 2001, s. 115). Enligt Rousseau handlar ”general will” om allmänna intresset. Individer har sina egna intressen, önskningar och behov, men de kan inte agera i deras eget intresse utan i allmänna intresset, dvs. för samhällets bästa. Just det perspektivet, dvs. agerandet i samhällets bästa, rättfärdigar påtryckningar att göra människan fri, dvs. en individ är fri om han/hon uppfyller allmänt intresse. Dessutom kan inte alla människor veta om egna sanna önskningar och behov, som Marcuse säger, ” “We can make

mistakes about what we really want to do” (Warburton 2001, p. 122). Andra människor kan veta bättre om vad som för individen är gott och hur individen borde agera eftersom en individ inte kan veta om sina sanna behov och intressen, vad som är mest signifikant för hans eget bästa som leder i sin tur till irrationell val. Sålunda är det bäst som Rousseau säger, “to force [me] to be free” (Warburton 2001, p. 112).

Det är viktigt att skolsköterskan främjar hälsa och förebygger övervikt och fetma hos skolbarn. Emellertid är det, utan tvekan, viktigt att iaktta barns och föräldrars rättighet att agera som de vill. Barn och föräldrar har rätt till att vägra undersökningar och behandlingar och ingen kan inskränka deras rättigheter. Vill föräldrar och barn inte vägas, undervisas och informeras, så kan skolsköterskan inte agera mot deras vilja. Det är, som Berlin uttrycker, deras sanna frihet. Samhället kan inte heller påtvinga barn och föräldrar att genomgå regelbundna kontroller, undersökningar och behandlingar eftersom dessa skall upplevas som inskränkning av rättigheter.

Vid första anblicken kan Rousseaus påstående om undertryckning av sitt eget intresse till förmån för allmänt intresse ses som oacceptabelt. Emellertid kan det ses positivt ur ekonomiskt perspektiv. Barn med övervikt och fetma kan behålla sin övervikt även i vuxen ålder som kan leda till ansevärd kostnader för samhället i samband med behandling av överviktens och fetmans konsekvenser.

Teori och praktik

Att vårda med utgångspunkt i att skapa en relation till patienten med respekt för dennas delaktighet, medbestämmande och autonomi, är ett perspektiv som Eriksson (1992) har beskrivit i sin omvårdnadsteori i *Vårdprocessen* (Eriksson, 1992). I verkligheten är det dock inte alltid enkelt att omsätta idealet till praktik. Som litteraturstudiens artiklar har visat finns det trots goda intentioner hos skolsköterskorna många hinder i arbetet med de överviktiga skolbarnen. Således försvårar bristen på stöd från samhället, i form av nödvändiga resurser, och från föräldrarna, i form av samarbete, skolsköterskans preventiva arbete. Samtidig avslöjas det i studien, att en egentlig brist på självförtroende också ligger till grund för skolsköterskornas sviktande insatser på området. Känslan av att inte veta hur föräldrarna skall kontaktas eller kommuniceras med får så stor betydelse att skolsköterskan i många fall helt undviker kontakten. Konsekvensen av detta blir att ännu fler barn inte får den nödvändiga hjälpen innan de drabbas av allvarliga sjukdomar och social stigmatisering.

Underprioriteringen av det förebyggande arbetet

Oavsett ursprungsland och typ av studie var de deltagande skolsköterskor eniga om att barnfetma var relativt underprioriterat, och att det saknades såväl tid, handlingsplaner som stöd från skoladministrationen. Medan kroniska sjukdomar, som t ex diabetes och astma prioriterades högt, bland annat med utvidgat samarbete med andra skolor och skolsköterskor med hjälp från andra discipliner och vårdpersonal, läkare, dietister osv. fanns det i artiklarna en frustration över att det på området med övervikt inte fanns något lika etablerat samarbete. I flera fall kände skolsköterskorna inte ens att de hade skoladministrationens moraliska stöd. Emellertid visar studier (Hollar et al., 2010; Johnston et al., 2012) att holistiskt preventionsarbete där inte bara skolsköterskan utan även andra lärare, andra specialister och skoladministrationen agerar mot övervikt och fetma, är ett effektivt sätt att bekämpa övervikt och fetma hos barn. Samstämmighet rådde också om bristen på riktlinjer. Skolsköterskorna upplevde att föräldrarna skulle konfronteras med problemet på deras eget initiativ och att det fattades lagmässigt stöd. Om föräldrarna inte var motiverade eller tog frågan på allvar, var det således inget skolsköterskorna kunde göra. Det var svårt för skolsköterskorna att diskutera familjernas kultur och kroppsideal vilket även en studie av Hackie & Bowles (2007) redogör. Frågan kom alltså att handla mycket hur problemet tolkades, och många, varken sköterskan, föräldrarna eller skolledningen, uppfattade problemet som så allvarligt att det krävde stora insatser från alla parter. Samma uppfattning hade varit svår att föreställa sig, om det hade rört sig om diabetes eller en allvarlig allergi. Detta trots att barnfetma, som det beskrivits i denna studie, har minst lika allvarliga konsekvenser på längre sikt, om den inte åtgärdas.

Otillräckliga signaler om problemets allvar

Att det förebyggande arbetet generellt nedprioriteras ligger inte alls i linje med att man i skolan träffar på alla barn i samband med redan etablerade hälsoundersökningar och därmed missar en viktig chans att påverka en ohälsosam livsstil. I Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovård (2004) finns det ganska mycket rum för tolkning och prioritering av hur frågan ska behandlas. Som det har beskrivits tidigare, står det att ”medverkan till hälsofrämjande insatser omfattar information om goda kost- och motionsvanor samt regelbundna hälsoundersökningar med längd och viktkontroll samt hälsosamtal med barn och föräldrar” (Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovård, 2004). Det finns således i Sverige stöd i form av riktlinjer för att aktivt gå in i frågan om barnfetma. Men samma rådgivning och återkoppling som finns för de 0-5 åriga barnen är det inte alls tal om, när barnen börjar skolan. Här finns

det, enligt studiens resultat, på ett annat sätt förväntningar om att barnet eller föräldrarna ska önska information och aktivt vilja träffa en skolsköterska för att få hjälp i frågan. Men som studien också visade hade föräldrarna inte den nödvändiga kunskapen, och upplevde inte sina barn som överviktiga, vilket indikerar att de inte vill kontakta skolsköterskan på eget initiativ. För vem vill egentligen söka vård utan att känna sig sjuk eller i behov av hjälp? Här sviker man barnen, därför att signalerna från myndigheter och samhälle inte är tillräckligt tydliga.

I FN:s *Barnkonvention* finns det belegg för, att barnet har rätt till information som berör hans/hennes hälsotillstånd, samt att denna information bör motsvara barnets utvecklingsnivå. Som det tidigare har beskrivits om Piagets utvecklingsteori (2008), finns det inga anledningar att tro, att skolbarnen inte har förutsättningar för att förstå att deras livsstil har inflytande på deras hälsa. Redan från barnet är ca 7 år är det kapabelt att ingå i ett samarbete och att följa gemensamma regler. Således borde det finnas förutsättningar för, att man i överensstämmelse med det enskilda barnets behov och kapacitet kan ingå överenskommelser om motion, kost och livsstil. I relation till Eriksons vårdprocess (1992) och Kirkevolds teori om familjens betydelse för hälsoarbetet (2003) är det just utifrån delaktigheten i vården, som barnet och familjen ska hitta sin motivation till egenvård och tillfriskande. Som Eriksson nämner, är omvårdnad inte att utföra en rad av handlingar (i detta avseende kontroll av längd, vikt, BMI etc.), utan att etablera en relation till patienten och med bakgrund av denna i samarbete med patienten komma fram till de olika stegen i den av Erikson benämnda ”vårdprocessen” (1992). Det bör alltså aldrig uppfattas som skolsköterskans projekt att ett barn eller familj ska ändra på sin livsstil, utan barnet och familjens eget projekt och önskan om att uppnå en bättre hälsa. Skolsköterskans uppgift är att ge all möjlig stöd; kunskapsmässig och emotionell för att familjen skall klara situationen.

Behovet av utbildning kommunikation som stöd i det förebyggande arbetet

I studiens resultat framgick det att brist på kunskap och kompetens är en av anledningarna till att skolsköterskorna känner tvekan inför att kontakta föräldrarna. Särskilt upplevdes det som svårt att hitta ett bra sätt att förmedla information på, därför att man visste att föräldrarna kunde uppleva denna information som ett intrång i privatlivet, och man vinnlade sig således om att uttala sig väldigt försiktigt. Samtidig var upplevelsen att det inte var informationen i sig som var viktig, utan att motivera föräldrarna, och i den frågan kände man sig inte kompetent. Fler av skolsköterskorna önskade utbildning i motiverande samtal (MI), vilket hänger bra ihop med själva idén om att göra patienten delaktig och ta ansvar för sin egen

hälsa, som tidigare diskuterats i anslutning till vårdprocessen. Rollnick, Miller och Butler (2009) påstår att ingen människa är helt omotiverad, men att det krävs kunskap om hur motivation kan formas till förändring. Om skolsköterskan kan använda MI tekniken, får hon verktyg att förstå, vilket inflytande hon själv har i syftet att få patienten att förstå informationen på rätt sätt och att forma den så den medför de nödvändiga livsstilsförändringarna. *Patientempowerment* (Fossum, 2007) gör patienten till en likvärdig partner i omvårdnadsprocessen. En patient, som har känslan av att ha kontroll över situationen, är en trygg patient, som också kan samarbeta kring att sätta nya mål för vården.

Slutsats

Övervikt och fetma är ett tilltagande hälsoproblem som drabbar våra barn. Övervikt och fetma kan ha allvarliga fysiska och psykologiska konsekvenser under barndom, ungdom och även i vuxenlivet. Emellertid kan denna problematik lösas genom olika preventionsåtgärder. Skolsköterskan, som förutom att ha kunskaper, har en speciell ställning som tillåter henne/honom att dagligen träffa barn i skolan, kan bidra till förebyggandet och bekämpning av övervikt och fetma. BMI screening, information och undervisning hör till de mest enkla och ekonomiskt fördelaktiga metoderna som kan användas av kvalificerade skolsköterskor oproblematiskt.

Dock visar det sig att övervikt och fetma växer bland barn och unga. Frågan som kommer upp är varför trots de möjligheter och potentialer som skolsköterskan har, de användes inte i förebyggande och bekämpning av övervikt och fetma? Studien visade att det påträffas olika barriärer i skolsköterskans utövande av sin yrkesroll som hindrar ett effektivt arbete med övervikt och fetma problematiken bland barn och unga.

För att effektivisera det preventiva arbetet med barn med övervikt och fetma behövs det systematisk och dynamisk samarbete mellan samhällets alla enheter. Skolans resurspersoner såsom kökspersonal, gymnastik lärare, andra lärare samt andra specialister såsom dietister och kommunledningen kan bidra till att arbetet med övervikt och fetma hos skolbarn skall vara konsekvent och organiserat. Dynamiken i preventionsarbetet kan fullgöras genom regelbundna samtal som skulle hjälpa familjen. Barn och föräldrar skall inte lämnas ensamma med problemet. Moderna teknologier och moderna familjemönster medför nya villkor för barnets fritid och detta skall uppmärksammas så att strukturella ändringar i samhälle

avspeglas i skolans erbjudande av olika aktiviteter. Tillgängliga avgiftsfria extra sportsaktiviteter efter lektioner och under lov, såsom kurser i hälsosam matlagning, scoutorganisationen och friluftsliv kan vara bra alternativ. Det krävs dock en politisk vilja och beslut för att arrangera hälsosam livsstil för våra barn och ungdom.

Emellertid måste barns och familjens rättigheter iakttas och respekteras. Skolsköterskans främsta uppgift är att förvärva sig kunskaper inom kommunikation som innefattar färdigheter inom motiverad samtal. Motivation är avgörande för att barn och föräldrar skall ändra sina livsstilar och acceptera olika preventionsstrategier utan att känna sig kränkta. Den är viktig även för att barn och föräldrar ska känna att det är de som tar beslut och har kontroll över sina liv och inte en auktoritet.

Kliniska implikationer

Som beskrivits i bakgrunden till denna studie kan övervikt och fetma medföra olika allvarliga sjukdomar, och har sociala och psykiska konsekvenser. Dessa kan påverka barns skolprestationer, vilket i sin tur kan leda till dåligt slutbetyg från grund- eller gymnasieskola och sämre möjligheter inom arbetslivet i framtiden.

Även för samhället blir konsekvenserna betydande: den uppväxande generationen som har övervikt och fetma kommer att behöva ekonomiska och sociala resurser för att bekämpa övervikt och fetmas konsekvenser i vuxenlivet. Förebyggande strategier kan bespara kostnader för individer och samhället på lång sikt. Att insamla och beskriva den vetenskap som finns på området är relevant för att uppnå en större förståelse för hur problemet skall bemötas. Skolsköterskan har möjligheter för att identifiera riskfaktorerna innan de utvecklas ytterligare. I detta syfte skall skolsköterskan behärska kunskaper i att motstå rättningsreflexen, förstå och utforska patientens egen motivation, att lyssna med empati och att få patienten att känna egen makt över sitt liv.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författarna har bidragit till litteraturstudien i lika grad. Arbetets gång planerades och utfördes gemensamt. Alla delar av uppsatsen genomlästes och diskuterades av båda författarna för att fastställa strukturen, innehåll och slutsatsen.

Referenser

- Akerman, A., Williams, M., Meunier, J. (2007). Perception versus Reality. An Exploration of Children's Measured Body Mass in Relation to Caregivers' Estimates. *Journal of Health Psychology*, Vol 12 (6), 871-882.
- Angelopoulos, P., Milionis, H., Moschonis, G., Manios, Y. (2006). Relations between obesity and hypertension: preliminary data from a cross-sectional study in primary schoolchildren: The children study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2006, 60, 1226-1234.
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudier. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Booth, M., King, L., Pagnini, D., Wilkenfeld, R., Booth, S. (2009). Parents of school students on childhood overweight. The Weight of Opinion Study. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 45, 191-198.
- Börjeson Munk, U. (2008). Övervikt och fetma. I M. Edwinston Månsson & K. Enskär (Red.), *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- de Onis, M., Blössner, M., Borghi, E., (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.*, 2010 Nov; 92(5):1257-64.
- Edwinston Månsson, M., Enskär, K. (Red.). (2008). *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Elander, G. (2008). Barn och medbestämmande. I M. Edwinston Månsson & K. Enskär (Red.), *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Erikson Homburger, E. (1993). *Barnet och samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eriksson, K. (1998). *Vårdprocessen*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fossum, B. (Red.). (2007). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Studentlitteratur.
- Hackie, M., Bowles, C. (2007). Maternal Perception of Their Overweight Children. *Public*

Health Nursing, Vol 24, No 6, pp. 538-546.

*Hendershot, C., Telljohann, S., Price, J., Dake, A., Mosca, N. (2008). Elementary School Nurses' Perceptions and Practices Regarding Body Mass Index Measurement in School Children. *The Journal of School Nursing*, 2008, 24: 298.

Hollar, D., Lambardo, M., Lopez-Mitnik, G., Hollar, T., Almon, M., Agatston, A., Messiah, S. (2010). Effective Multi-level, Multi-sector School-based Obesity Prevention Programming Improves Weight, Blood Pressure, and Academic Performance, Especially among Low-Income, Minority Children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Volume 21, Number 2, May 2010, Supplement, 93-108.

Hudson, E., McGloin, A., McConnon, A. (2012). Parental Weight (Mis)Perceptions: Factors Influencing Parents' Ability to Correctly Categorize Their Child's Weight Status. *Matern Child Health Journal*, 2012, 16, 180-189.

Illeris, K. (2007). *Lärande*. Lund: Studentlitteratur AB.

Jaballas, E., Clarc-Ott, D., Clasen, C., Stolfi, A., Urban, A. (2011). Parents' Perceptions of their Children's Weight, Eating Habits, and Physical Activities at Home and at School. *Journal of Pediatric Health Care*, Vol 25, Number 5.

Jerlang, E. (Red.). (2009). *Utvecklingspsykologiska teorier*. Stockholm: Liber.

Johnston, G., Moreno, J., El-Mubasher, A., Gallagher, M., Tyler, C., Woehler, D. (2012). Impact of a School-Based Pediatric Obesity Prevention Program Facilitated by Health Professionals. *Journal of school health*, 83, 171-181.

Jones, A., Parkinson, K., Drewett, R., Hyland, R., Pearce, M., Adamson, A. (2011). Parental perceptions of weight status in children: the Gateshead Millennium Study. *International Journal of Obesity*, 35, 953-962.

Kirkevold, M., Strömsnes Ekern, K. (Red.). (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Liber AB.

Klang Söderkvist, B. (Red.). (2007), *Patientundervisning*. Studentlitteratur.

*Kubik, M., Story, M., Davey, C. (2007). Obesity Prevention in Schools: Current Role and Future Practice of School Nurses. *Prev Med*. 2007, June, 44 (6), 504-507.

Kusunoki, T., Morimoto, T., Nishikomori, R., Heike, T., Ito, M., Hosoi, S., Nakahata, T. (2008). Obesity and the prevalence of allergic diseases in schoolchildren. *Pediatr Allergy Immunol*, 2008, 19, 527-534.

*Magnusson, M., B., Kjellgren, K., Winkvist, A. (2012). Enabling overweight children to

improve their food and exercise habits – school nurses' counselling in multilingual settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2452-2460.

Milton, A. (2001). *Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration, Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. Läkartidningen, Nr 11, 2002, Volym 99.*

*Morrison-Sandberg, L., Kubik, M., Johnson, K. (2010). Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 2011, 27: 3.

Mossberg, H. (1989). 40-year follow-up of overweight children. *Lancet*, 1989; 2:491-3.

*Moyers, P., Bugle, L., Jackson, E. (2005). Perceptions of School Nurses Regarding Obesity in School-Age Children. *The Journal of School Nursing*, Volume 21, Number 2.

*Müllersdorf, M., Martinson Zuccato, L., Nimborg, J., Eriksson, H. (2010). Maintaining professional confidence – monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010, 24, 131-138.

*Nauta, C., Byrne, C., Wesley, Y. (School Nurses and Childhood Obesity: An of Knowledge and Practice Among School Nurses As They Relate to Childhood Obesity. *Issues in Contemporary Paediatric Nursing*, 32: 16- 302009).

Piaget, J. (2008). *Barnets själsliga utveckling*. 2. uppl. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Polit, D., F., Beck, C., T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet, (2003). *Konvention om barnets rättigheter*. Stockholm.

Reich, A., Muller, G., Gelbrich, G., Deutscher, K., Godicke, R., Kiess, W. (2003). Obesity and blood pressure: results from the examination of 2365 schoolchildren in Germany. *International Journal of Obesity*, 2003, 27, 1459-1464.

Rollnick, S., Miller, W., Butler, C., (2009). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård. Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur AB.

Segesten, K. (2011). *Vårdforskningens begrepp*. Lund: Studentlitteratur AB.

Sjöberg, A., Moraeus, L., Yngve, A., Poortvliet, E. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban-rural gradient in Sweden.

Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården*.

*Stalter, A., Chaudry, R., Polivka, B. (2010). Facilitating Factors and Barriers to BMI Screening in Schools. *The Journal of School Nursing*, 2010, 26: 320.

Statens Folkhälsoinstitut, (2002, 2009).

*Steele, R., Wu, E., Jensen, C., Pankey, S., Davis, A. (2011). School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach. *Journal of School Health*, Vol. 81, No. 3.

Tshamler, J., Conn, K., Cook, S., Halterman, J. (2010). Underestimation of Children's Weight Status: Views of Parents in an Urban Community. *Clinical Pediatrics*, 49 (5), 460-476.

Vuorela, N., Saha, M-T., Salo, M. (2010). Parents underestimate their child's overweight. *Acta Paediatrica*, 99, pp. 1374-1379.

Warburton, N. (2001). *Freedom: an introduction with readings*. London: Routledge, 2001.

WHO (World Health Organization). (2012).

Wilhelmsson, O. (2008). *Omvårdnad*. Bonnier Utbildning AB.

Willman, A, Stoltz, P., Bahtsevani, C. (2012). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Zhu, W., Li, M., Huang, X. (2005). Association of hyperviscosity and subclinical atherosclerosis in obese schoolchildren. *European Journal of Pediatrics*, 2005, 164: 639-645.

Bilaga 1

BMI för barn (1177, Region Skåne, 2010)

Pojke År	Flicka iso BMI 25	Pojke iso BMI 25	Flicka iso BMI 30	Pojke iso BMI 30
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43

Bilaga 2

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Müllersdorf et al. 2010 Sverige	Maintaining Professional Confidence – Monitoring Work With Obese School-Children with Support of an action Plan	Att beskriva hur skolsköterskor upplever arbetet med barn med övervikt och fetma med stöd av en aktionsplan.	Skolsköterskor i en kommun i Centrala Sverige där en aktionsplan för arbete med skolbarn med övervikt och fetma var implementerad, intervjuades med hjälp av in- depth intervjuer. Aktionsplan inkluderade kommunikation, information och undervisning om övervikt och fetma, samt motivation och beteende förändring. Data analyserades med hjälp av manifest content analys enligt Graneheim & Kundman (2003). Data genomgick även triangulation.	6 (0)	Skolsköterskor förutom att kontrollera barns BMI, utförde även kommunikation och undervisning om hälsosam kost. Barnen fick information om övervikts skadliga inverkan på hälsan samt motiverades att ändra hälsobeteenden. Skolsköterskor ansåg dock att frånvaro av en gemensam strategi försvårade arbetet. Även brist på kunskaper om kommunikation, motiverande samtal samt brist på resurser ledde till att arbetet upplevdes som komplicerat.	Kvalitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Morrison- Sandberg et al. 2010 USA	Obesity Prevention of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews with Licensed School Nurses in Minnesota	Att studera aktuell övervikts relaterade praktik hos skolsköterskor, att ta reda på deras åsikter angående övervikt och fetma preventionsprogram samt att ta reda på om skolsköterskor är intresserade i implementationen av preventionsplanen.	Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med skolsköterskor. Data analyserade med hjälp av kvalitativ innehålls analys enligt Graneheim & Lundman (2004). Oberoende forskare testade och kontrollerade metod och data. Studiens trovärdighet säkerställdes genom forskarnas samstämmighet.	23 (2)	Skolsköterskor kontrollerade ibland BMI samt informerade om hälsosam nutrition. De samarbetade även med gymnastik lärarna. Skolsköterskor ansåg dock att preventionsstrategin är otillräcklig och okoordinerat. Brist på resurser och personal var också ett problem. Ytterligare upplevde skolsköterskor att föräldrarnas negativa reaktioner samt språkliga hinder utgjorde en barriär i preventionsarbetet.	Kvalitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Kubik et al. 2007 USA	Obesity Prevention in Schools: Current Role and Future Practice of School Nurses	Att bedöma skolsköterskors ansvar för prevention och behandling av övervikt och fetma hos skolbarn, att ta reda på deras åsikter angående skolbaserade preventionsstrategier.	Strukturerad intervju genomfördes med skolsköterskor. Frågor var baserade på forskningslitteratur. Innehålls validitet styrtes av experter. Deskriptiv statistik användes för att testa spridning av nyckel variabler. Cronbach's alpha användes för att ta reda på hur de enskilda frågorna i en skala samvarierade.	221 (6)	10 % skolsköterskor kontaktade aldrig föräldrar angående barnens viktstatus, 31 % kontaktade ibland, 2 % kontaktade ofta. 21 % aldrig följde upp överviktiga barns BMI, 31 % följde upp BMI ibland, 2 % följde upp BMI ofta. 59 % aldrig använde BMI för att identifiera barnets viktstatus, 12 % använde BMI ibland, 6 % använde BMI ofta. 32 % aldrig undervisade om nutrition, 30 % undervisade ibland, 3 % undervisade ofta. Brist på administrativt stöd, resurser.	Kvantitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Steele et al. 2010 USA	School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach	Att analysera skolsköterskors upplevda barriärer vid adressering av frågor gällande vikt till barn och föräldrar.	Fokus grupper bestående av skolsköterskor genomgick semistrukturerade intervjuer. NVIVO 80 användes för bedömning av text. Även diskussion och återkoppling genomfördes med fokusgruppen.	22 (0)	Skolsköterskor kontrollerade BMI, tog kontakt med föräldrar. Brist på kunskap, resurser samt brist på föräldrars och barns motivation försvårade skolsköterskors arbete. Även tidsbrist och brist på administrativt stöd utgjorde hinder för preventiva arbeten. Otillräckligt samarbete mellan skolsköterskor och familjer var också en betydlig barriär.	Kvalitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Nauta et al. 2009 USA	School Nurse and Childhood Obesity: An Investigation of Knowledge and Practice Among School Nurses As They Relate to Childhood Obesity	Att studera skolsköterskors kunskap och praktik relaterade till barns övervikt och fetma.	Strukturerade intervjuer genomfördes med skolsköterskor. Innehålls validitet upprättades av tre oberoende experter. Deskriptiv statistik användes. Chronbach's alpha användes för att ta reda på hur de enskilda frågorna samvarierade. Spearman correlation koefficient användes för att beskriva hur strakt ett samband mellan olika variabler var.	103 (0)	35 % skolsköterskor upplevde sig kompetenta i rekommending av viktminskningsprogram för barn.43 % rekommenderade behandling för överviktiga barn.40 % använde BMI för att bedöma viktstatus.77 % tyckte att skolor inte ger tillräcklig hjälp för att eliminera övervikt och fetma. Preventionsarbetet upplevdes som besvärligt och tyngande. Dessutom var det stressigt att	Kvantitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	informerar föräldrar. Resultat	Typ/Kvalite
Moyers et al. 2005 USA	Perceptions of School Nurses Regarding Obesity in School-Age Children	Att belysa vilka barriärer finns det i behandlingen av barnövervikt och fetma samt vilken roll har skolsköterskor i prevention och behandlig av barn övervikt och fetma.	Semistrukturerad intervju med skolsköterskor. Innehålls validitet upprättades av tre oberoende experter, efter vilket ändrades några frågor. Cronbach's alpha användes för att kontrollera internvaliditet och internreliabilitet.	106 (0)	Klinisk överblick och BMI användes för bedömning av viktstatus. 26, 4 % upplevde sig kompetenta i rekommending av viktminskning, 48 % rekommenderade inte viktminskning. 20, 8 % upplevde rådgivningen som besvärlig, 93, 4 % tyckte att en gemensam, klar plan borde utarbetas. Till andra barriärer hörde låg kompetens och föräldrarnas reservation och ovilja att samarbeta.	Kvantitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Hendershot et al. 2008 USA	Elementary School Nurses' Perceptions and Practices Regarding Body Mass Index Measurement in School Children	Att studera skolsköterskors upplevda barriärer samt upplevda förmån i BMI mätningen hos elever i skolor som har implementerat BMI policy jämfört med skolor som inte har implementerat BMI policy.	Semistrukturerad intervju genomfördes med skolsköterskor. Frågeformuläret var baserat på litteratur review för att upprätthålla innehålls validitet. Frågeformuläret även kontrollerades av sju experter och pilottestad för att upprätthålla reliabilitet genom test-retest.	2629 (0)	51 % skolsköterskor trodde att BMI kontroller skulle hjälpa att implementera preventionsprogram 26 % trodde att regelbunden informering av föräldrar angående barnens BMI skulle hjälpa barn att behålla sund vikt. 57, 6 % tyckte att det inte finns tillräckliga resurser för att följa upp överviktiga barn, 55, 2 % upplevde svårigheter med föräldrars reaktion. 10, 3 % upplevde inga barriärer i att mäta BMI.	Kvantitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Magnusson et al. 2012 Sverige	Enabling Overweight Children to Improve Their Food and Exercise Habits – School Nurses’ Counselling in Multilingual Settings	Att analysera skolsköterskors rådgivningsprocess till barn med övervikt och fetma i mångkulturella miljö med fokus på kost och fysisk aktivitet samt hur detta förmedlades.	Överviktiga barn (som gick i skolor lokaliserade i områden med hög koncentration av invandrare och flyktingar) och dess föräldrar genomgick counselling om övervikt och fetma samt om viktminskningsmetoder ledda av skolsköterskor. Data transkriberades och överfördes till NVIVO 2.0. Meningsbärande enheter kondenserades och kodades.	14 (0)	Skolsköterskors upplysningar om energi, kalori, socker och fet var otydliga och av dålig kvalité. Språkliga hinder bidrog också till dåliga förklaringar. Skolsköterskor tenderade att ge generella råd, dvs. rådgivningen inte var patientcentrerad och individuell.	Kvalitativ/ Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat	Typ/Kvalite
Stalter et al. 2010 USA	Facilitating Factors and Barriers to BMI Screening in Schools	Att identifiera medverkande faktorer och barriärer i BMI mättingspraktiken bland skolsköterskor	Tre fokusgrupper inkluderande skolsköterskor genomgick semistrukturerad intervju. Frågeformuläret granskades först av två oberoende skolsköterskor, efter vilket omformulerades några frågor. Rekommendationer av Krueger & Casey (2000) angående fokusgrupp intervjuering följdes. Efter att frågorna besvarades tog en diskussion plats där skolsköterskor lämnade även feedback. Även multipel triangulation utfördes.	25 (0)	Skolsköterskor tyckte att BMI mätning var en tidskrävande process. Tidsbrist var en av barriärerna. Brist på system policy och gemensamma och tydliga riktlinjer utgjorde också ett hinder som i sin tur ledde till svårigheter i follow-upp processen.	Kvalitativ/ Hög

