



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors upplevelser i arbetet med överviktiga barn inom barn- och elevhälsovård

En systematisk litteraturstudie

Författare: Sibel Dahl och Katarina Wendel

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Sjuksköterskors upplevelser i arbetet med överviktiga barn inom barn- och elevhälsovård

En systematisk litteraturstudie

Författare: Sibel Dahl och Katarina Wendel

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: Övervikt och fetma hos barn är ett av de allvarligaste globala hälsoproblemen. Detta orsakar både medicinska och psykosociala konsekvenser, vilket inte går i linje med FN:s barnkonvention. Tidigare studier visar att sjuksköterskors arbete är inkonsekvent, vilket skulle kunna kopplas till hög arbetsbelastning. **Syfte:** Syftet var att genom en systematisk litteraturstudie beskriva sjuksköterskors upplevelse i arbetet med överviktiga barn inom barn- och elevhälsovård. **Metod:** En systematisk litteraturstudie med totalt nio inkluderade studier med kvalitativ ansats från Sverige, Danmark och Norge. **Resultat:** Fyra övergripande teman bildades. Ansvar för arbetet med överviktiga barn ligger på föräldrar och samhället, Motstridiga tankar och känslor kring när och hur övervikt ska förmedlas är problematiskt, Motiverade föräldrar underlättar den hälsofrämjande kommunikationen samt Brist på stöd från ledare och organisation försvårar det hälsofrämjande arbetet. **Slutsats:** Studien kan användas till förbättring i det preventiva arbetet utifrån sjuksköterskans perspektiv, och belysa problematik som sedan kan ligga till grund för vidare forskning i de nordiska länderna.

Nyckelord

barn, barnhälsovård, sjuksköterska, skolhälsovård, systematisk litteraturstudie, övervikt

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	6
Barncentrerad vård	6
Familjefokuserad omvårdnad	6
Definitioner	6
Definition av barn	6
Definition av övervikt och IsoBMI	7
Definition av MI	7
Värdetiska och samhällsliga aspekter	7
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Inklusionskriterier	10
Exklusionskriterier	10
Datainsamling	10
Analys av data	11
Syntesens första steg	12
Syntesens andra steg	12
Syntesens tredje steg	12
Syntesens fjärde steg	13
Förförståelse	13
Resultat	13
Ansvar för arbetet med överviktiga barn ligger på föräldrar och samhället	14
Motstridiga tankar och känslor kring när och hur övervikt ska förmedlas är problematiskt	15
Motiverade föräldrar underlättar den hälsofrämjande kommunikationen	18
Brist på stöd från ledare och organisation försvårar det hälsofrämjande arbetet	19
Diskussion	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Slutsats och implikationer	26
Referenser	28

Introduktion

Problemområde

Det senaste decenniet har det skett en ökning av övervikt och fetma, och år 2016 hade mer än hälften av befolkningen i Sverige övervikt eller fetma, varav 36 % hade övervikt och 15 % fetma (Folkhälsomyndigheten, 2018). Enligt World Health Organisation (WHO) har fetma globalt sett tredubblats sedan 1975 (2018). Barnfetma är ett av de allvarligaste hälsoproblemen (WHO, u.å.) och under år 2016 så hade över 340 miljoner barn i åldrarna 5-19 år övervikt eller fetma (WHO, 2018). Det finns en stor risk att överviktiga och feta barn kommer att få sjukdomar som diabetes och hjärt-kärlsjukdomar vid en ung ålder och att de kommer ha ett fortsatt högt Body Mass Index (BMI) även som vuxna (WHO, u.å.). Övervikt och fetma är något som kan förebyggas och bör därför prioriteras högt, vilket WHO betonar (a.a.).

Prevention mot fetma bör ha ett folkhälsofokus med insatser redan från födseln (Barlow & the Expert Committee, 2007). Det är av vikt att hälso- och sjukvårdspersonal arbetar förebyggande, är involverade i hälsoutbildning för familjer (Rabbitt & Coyne, 2012) och ger det stöd till barn och familjer som krävs (Barlow & the Expert Committee, 2007). Ett hälsosamt beteende hos barnen bör etableras tidigt med fokus på kost och fysisk aktivitet för att förhindra framtida fetma (a.a.).

I FN:s konvention för barns rättigheter står det att alla barn har rätt till utbildning, sjukvård och bra hälsa (Unicef, u.å.). Barnhälsovården erbjuder alla barn i åldrarna från födsel till skolstart insatser och hälsoförebyggande arbete (Socialstyrelsen, 2014). Detta ska främja barns hälsa, utveckling och välbefinnande (a.a.). Skolsjuksköterskan ska erbjuda alla barn från skolstart hälsobesök och allmänna hälsokontroller (Skollag, SFS 2010:800, kap. 2, 27 §). I alla de nordiska länderna erbjuds förebyggande barn- och skolhälsovård (Ringsberg, 2013). Länderna strävar efter liknande mål, men det finns vissa organisatoriska skillnader och skillnader i hur det hälsofrämjande perspektivet betonas (a.a.).

En studie genomförd under hälsobesök hos sjuksköterska med barn i åldrarna 3-5 och 7-16 år visade att övervikt hos barn var en av de faktorerna som starkast bidrog till oro för barnet (Poutiainen, Hakulinen, Mäki & Laatikainen, 2016). Hälsosamtal bör utvärdera de faktorer som påverkar hälsa och välbefinnande och är enligt studien ett bra sätt att identifiera stödbehov för att sedan kunna erbjuda eventuellt stöd till barn och föräldrar (a.a.).

Diskussion kring skolsjuksköterskans roll i det preventiva arbetet har förts i forskning (Garmy & Sivberg, 2007). Det reflekteras kring att skolsjuksköterskan är den enda personen på skolan som träffar alla elever och på så vis är i position att genom uppmuntran och information kunna påverka det hälsofrämjande arbetet (a.a.). I det preventiva arbetet skolsjuksköterskan har med överviktiga barn används flera olika sätt och metoder, där var och en får hitta sitt eget sätt att arbeta (Leissner & Lundevall-Överby, 2014). Att belysa övervikt alternativt fetma med barn och föräldrar innebär utmaningar för personal inom hälso- och sjukvård (Mikhailovich & Morrison, 2007). En litteraturgenomgång kring kommunikationen om barns övervikt och fetma visar att lite forskning kring ämnet finns. En mängd faktorer kan påverka föräldrarnas reaktion vid samtal och personal bör vara förberedda på en variation av reaktioner från föräldrar, när ämnet lyfts. Barn och föräldrar är i behov av tydlig information och stöd från personalen. Föräldrarna kan vara rädda för att barnen ska bli stigmatiserade eller känsliga för attityder från personal som skulle kunna vara skuldbeläggande. Det diskuteras därför att det är viktigt att skapa stöd och partnerskap för barn och familj i kommunikationen (a.a.).

En studie genomförd i Göteborg uppmärksammade att skolsjuksköterskor i invandrartäta områden hade otillräckliga färdigheter och brister i det preventiva arbetet (Magnusson, Kjellgren & Winkvist, 2012). Istället för att ha en individuellt anpassad rådgivning gavs allmänna råd om nutrition. Studien visar på svårigheter i arbetet med familjer med ett främmande språk och matkultur som skiljer sig åt från den svenska matkulturen (a.a.). Tidigare forskning belyser i en litteraturstudie (Quelly, 2014) att skolsjuksköterskans deltagande i det preventiva arbetet är inkonsekvent och att olika sorters strategier används. Inkonsekvensen kan bero på brist på självförtroende i arbetet mot barnfetma, där ett undvikande av att lyfta problemet innebär att rekommendationer till barn och föräldrar uteblir. Även hög arbetsbelastning minskar möjligheter till att arbeta konsekvent i det preventiva arbetet (a.a.).

Bakgrund

Barncentrerad vård

I den barncentrerade vården ska barnens intressen och deltagande vara i centrum i tänkande och agerande (Shields, 2015). Barncentrerad vård ser till hela barnet och inte bara barnets specifika tillstånd eller sjukdom. Barnet ses som huvudpersonen och vårdpersonal måste här se till barnet och att barnets och föräldrarnas synsätt inte alltid stämmer överens (a.a.). Barn- och familjecentrerad vård kan dock inte separeras helt från varandra (Franck & Callery, 2004). Detta eftersom att barnet lever i en social kontext nära familjen och att den familjecentrerade vården har huvudfokus på barnet (a.a.).

Familjefokuserad omvårdnad

Den familjefokuserade omvårdnaden kan, enligt svensk sjuksköterskeförening, delas in i familjecentrerad- och familjerelaterad omvårdnad (2015). Den familjecentrerade omvårdnaden har sin grund i ett systematiskt perspektiv där alla familjemedlemmar ses som en del och där summan av alla delar i familjen blir större än summan av delarna var för sig. I den familjerelaterade omvårdnaden är det patienten eller en närstående som sätts i centrum och övriga familjemedlemmar utgör en kontext (a.a.). Barnhälsovården bjuder in både barn och vårdnadshavare för hälsosamtal, insatser och hälsofrämjande arbete (Socialstyrelsen, 2014). Det är under dessa möten av vikt att man utgår från barns och föräldrars behov och lyssnar (a.a.). Enligt skollagen ska alla elever i grundskolan under skolåren erbjudas minst tre hälsobesök (Skollag, SFS 2010:800, kap. 2, 27 §). Första hälsobesöket på skolor i Sverige erbjuds vanligen första gången när barnet är sex år (Hillman, 2007). Skolsjuksköterskan bjuder in både barn och vårdnadshavare att närvara under besöket (a.a.). Familjefokuserad omvårdnad stämmer väl överens med författarnas utgångspunkt för arbetet med denna studie.

Definitioner

Definition av barn

Enligt FN:s barnkonvention definieras individer under 18 år som barn (Unicef, u.å.). Alla nordiska länder erbjuder barn- och skolhälsovård (Ringsberg, 2013). Barnhälsovården erbjuder alla barn från födsel upp till skolålder insatser med hälsobesök, rådgivning och

hälsofrämjande arbete (Socialstyrelsen, 2014). I alla nordiska länder föreligger skolplikt alternativt läroplikt för barn med start vid sex års ålder (Prop. 2017/18:9.). Enligt svensk skollag (Skollag, SFS 2010:800, kap. 2, 27 §) ska alla elever i grundskolan under skolåren erbjudas minst tre hälsobesök. Författarna kommer i detta arbete att inrikta sig på barn från födsel till och med grundskolans slut, alltså individer mellan 0-16 år.

Definition av övervikt och IsoBMI

Mått på barns BMI benämns The Impact of Age and Sex Adjusted Body Mass Index (IsoBMI). Man kan genom IsoBMI se om barnet är över gränsen för normalvikt och har övervikt eller fetma. Beräkningen av IsoBMI baseras på förhållandet mellan längd och vikt hos barnet, där även hänsyn tas till ålder och kön (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Definition av MI

Samtalsmetoden motivational interviewing (MI), som även benämns motiverande samtal, används vid rådgivning och behandling kring förändringar i beteenden och motivation. Samtalsmetoden går ut på att få barnet eller föräldrarna att sätta ord på sin problematik, stödja dem i att finna incitament för förändring och stärka dem i de beslut och åtagande de beslutar att genomföra (Socialstyrelsen, u.å.).

Vårdetiska och samhällsliga aspekter

Skolsjuksköterskans arbete beskrivs i kompetensbeskrivning som ett hälsofrämjande arbete för att barnen ska kunna uppnå de utbildningsmål som är uppsatta av skollagen (Riksföreningen för skolsköterskor och Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Detta bekräftas i svensk skollagstiftning (Skollag, SFS 2010:800, kap. 2, 25 §). Att främja barns hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa utgör barnhälsovårdens arbete och lyfts i Socialstyrelsens vägledning för barnhälsovården. (Socialstyrelsen, 2014). Riksföreningen för skolsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening beskriver att det i ett hälsofrämjande arbete bör finnas ett fokus på ett personcentrerat perspektiv, där det finns stöd och medverkan till att elever är hälsosamma (2016). Att arbeta utifrån ett folkhälsovetenskapligt perspektiv där övervikt är ett ökat hälsoproblem, som i vissa fall inte prioriteras av alla i befolkningen kan utgöra etiska konflikter för skolsjuksköterskan (a.a.). Nordisk förening för sjuka barns behov beskriver att barn och föräldrar, efter grundlig information, har rätt att få vara delaktiga i beslut som gäller behandling och vård (NOBAB, u.å.). Vårdnadshavare ansvarar för sina

barns välmående (Föräldrabalk, SFS 1949:381, kap. 6, 2 §), men även i skola har man ett ansvar (Regeringskansliet, 2014). I enlighet med barnkonventionen (a.a.) ska barn och ungas bästa vara centralt i all verksamhet i svensk skola (Skollag, SFS 2010:800, kap.1, 10 §).

Övervikt hos barn och ungdomar får både medicinska och psykosociala konsekvenser (Whitaker, Wright, Pepe, Seidal och Dietz, 1997). Hos ett barn eller ungdom med ett högt BMI ökar dessutom risken att utveckla olika sjukdomar som vuxen (Berentzen, Gamborg, Holst, Sørensen och Baker, 2014). Levercancer är ett exempel där man har kunnat se ett samband kopplat till övervikt hos barn (a.a.). Enligt barnkonventionen ska barnets bästa komma i främsta rummet (Regeringskansliet, 2014). Barnets föräldrar ska hjälpa barnet att få det barnet har rätt till, men det är politikerna som bär det huvudsakliga ansvaret (a.a.). Genom att inte arbeta mot övervikt riskerar barnet medicinska konsekvenser, såsom högt blodtryck, kardiovaskulär sjukdom, hyperlipidemi och insulinresistens (Riley, Hernandez och Kuznia, 2018), men även sämre livskvalitet och psykosocialt välbefinnande (Williams, Wake, Hesketh, Maher och Waters, 2005). Övervikt och dess konsekvenser går inte linje med barnets bästa och här har både föräldrar och politiker, enligt barnkonventionen, alltså ett ansvar (Regeringskansliet, 2014). Likaså har sjuksköterskan, som är ålagd att följa socialstyrelsens riktlinjer, ett ansvar (Socialstyrelsen, 2014). Barnhälsovården ska arbeta hälsofrämjande och tillsammans med barn och familj kan sjuksköterskan diskutera matvanor och fysisk aktivitet. Under samtalet kan riskfaktorer uppmärksammas och eventuellt förebyggande insatser sättas in (a.a.). På samma sätt har skolsjuksköterskan ett ansvar att arbeta hälsofrämjande mot övervikt (Socialstyrelsen, 2016).

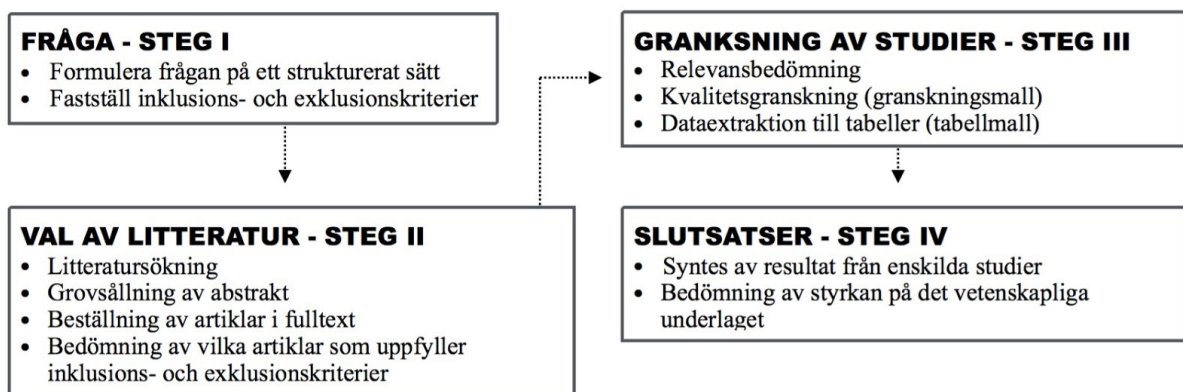
Barn som är överviktiga löper också en risk att bli feta som vuxna (Whitaker et al., 1997). Fetma hos vuxna ökar risken för ett flertal sjukdomar (Berentzen et al., 2014). Detta innebär ekonomiska kostnader för samhället (SBU, 2002). Flera internationella studier visar att cirka två procent av utgifterna för hälso- och sjukvården beror på fetma och följsjukdomar. I Sverige innebär detta i praktiken en ungefärlig kostnad på 3 miljarder kronor per år. Utöver detta tillkommer kostnader relaterade till fetma för samhället på grund av sjukfrånvaro och förtidspensioner (a.a.). Det är därför av samhällsekonomiska orsaker av stor betydelse att arbeta mot övervikt hos barn och på så sätt minska de medicinska och ekonomiska konsekvenserna som följer av det.

Syfte

Syftet var att genom en systematisk litteraturstudie beskriva sjuksköterskors upplevelser i arbetet med överviktiga barn inom barn- och elevhälsovård.

Metod

En systematisk litteraturstudie har gjorts enligt fyra steg utformade av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU (2017), se Figur 1. I en systematisk studie ska samtliga vetenskapliga studier som svarar på syftet inkluderas, man ska alltså göra en fullständig kartläggning inom området (a.a.). De fyra stegen utgörs av att författarna formulerar en frågeställning och fastställer inklusions- och exklusionskriterier för att sedan gå vidare till steg två där den aktuella litteratursökningen genomförs. Steg två omfattas även av artiklarnas relevans i relation till syftet. När artiklarna från litteratursökningen är inkluderade alternativt exkluderade påbörjas steg tre. Steg tre omfattas av granskning av studierna, genom relevans - och kvalitetsgranskning. Slutligen nås steg fyra för evidensgradering och slutsatser, där syntes av resultatet från studierna genomförs samt diskussion kring styrkan på det vetenskapliga underlaget förs (a.a.).



Figur 1. Inspirerad av SBU:s fyra steg (SBU, 2017, s. 13).

Urval

Artikelgranskningar skedde enligt bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Olsson & Sörensen, 2011, s. 285), se Bilaga 1. Bedömningsförfarandet sker genom att varje område i bedömningsmallen graderas från noll till tre poäng. Poängsumman räknas sedan om till en procentsats. Uppnår artikeln efter granskning 80-100 % av bedömningsmallens poängsumma motsvarar denna grad ett, hög kvalitet. Artiklar som uppnår 70-79 % efter granskning

motsvarar grad två, medel kvalitet. Om artikeln får 60-69 % uppnås grad tre, låg kvalitet. Studier som uppnår en procentsats under 60 % bedöms inte vara möjliga att inkludera i resultatredovisningen (a.a.). Vid urvalet av studier granskas artiklarna av författarna var för sig oberoende av varandra (SBU, 2017).

Efter att artiklarna granskats individuellt av författarna diskuterades om likvärdiga bedömningar hade gjorts. I de fall då variation för poäng förekom diskuterades och argumenterades för de val som författarna var för sig gjort och därefter valdes den lägre poänggraderingen.

Inklusionskriterier

Alla kvalitativa studier som svarade på syftet och som, enligt bifogad bedömningsmall, uppnådde över 60 % inkluderades. Inklusionskriterier för denna studie var att studierna skulle gå att erhålla på engelska, svenska, danska eller norska. Sjuksköterskans upplevelse behövde baseras från arbete inom barnhälsovård eller elevhälsovård och barnen skulle vara i åldrarna 0-16 år. Alla studier från Norden, det vill säga Sverige, Danmark, Norge, Finland och Island, som svarade på syftet och var inom tidsfönstret 1998-2018, inkluderades.

Exklusionskriterier

Samtliga kvantitativa studier exkluderades.

Datainsamling

Systematisk litteratursökning genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Sökningarna skedde genom blocksökning tillsammans med booleska operatorer (SBU, 2017). Sökorden Sweden, Denmark, Norway, Finland och Iceland kom att innefatta en sökning med den booleska operatoren OR mellan sig. Därefter användes sökordet nurse och sedan applicerades sökordet overweight. Slutligen länkades alla sökningar ihop genom att använda den booleska operatoren AND som sattes mellan de olika blocksökningarna. Se sökschema, Bilaga 2.

Den systematiska litteratursökningen i vardera databaser genererade artiklar där samtliga titlar lästes igenom individuellt av författarna, som i sin tur markerade de titlar de ansåg skulle inkluderas till nästa steg. Författarna förde därefter en diskussion tillsammans för att

säkerställa samstämmighet. Abstrakt lästes därefter igenom individuellt, urval I. De abstrakt som inte svarade på syftet markerades av författarna, för att sedan gemensamt diskuteras och åter enas om samstämmighet. Artiklarna lästes därefter individuellt i fulltext för att säkerställa att de svarade på studiens syfte, urval II. De artiklar som inte svarade på studiens syfte markerades för att lyftas gemensamt för eventuell exklusion. Slutligen genererades ett antal artiklar som nådde artikelgranskning, urval III, se Bilaga 2.

Totalt genererades nio artiklar för artikelgranskning från de tre databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Flera av artiklarna återkom i mer än en databas. PubMed genererade åtta artiklar, artikel nummer ett - sju samt artikel nummer nio. CINAHL genererade fem artiklar, artikel nummer två - fyra samt artikel nummer åtta - nio. PsycINFO genererade fem artiklar, artikel nummer ett - två, nummer fem samt nummer åtta – nio, se artikelmatrix, Bilaga 3.

Analys av data

En kvalitativ analys kom att användas för att analysera det insamlade materialet i detta arbete (Olsson & Sörensen, 2011). De två perspektiv som vanligen används inom forskning är den deduktiva eller den induktiva. I det deduktiva perspektivet utgår forskaren från en teori, har ett antagande om verkligheten och presenterar detta i en hypotes. I det induktiva perspektivet får forskaren sina upptäckter genom datamaterialet och analysen av materialet sker utan att forskaren använt sig av en teori med ett antagande om verkligheten (a.a.). Ett induktivt perspektiv användes i detta arbete.

Nio artiklar granskades enligt bedömningsmall (Olsson & Sörensen, 2011). Innan studierna granskades diskuterades bedömningsmallen och vilka aspekter som var viktiga för granskning. Sex artiklar erhöll grad ett, hög kvalitet och tre stycken grad två, medelkvalitet. Samtliga artiklar inkluderades, se Referenslista med markering (*) för de inkluderade artiklarna. Av de nio inkluderade artiklarna var sex artiklar från Sverige, två artiklar från Norge och en artikel från Danmark, se Bilaga 3. Därefter påbörjades syntesen där studierna skrevs in i en tabell och grupperades (SBU, 2017). Syntesen ska göras av minst två personer som var för sig arbetar oberoende av varandra och därefter enas i gemensamma diskussioner (a.a.). I denna studie utförde de båda författarna till uppsatsen analysförfarandet av de studier

som inkluderats var för sig och diskussioner fördes sedan dem emellan för att nå samstämmighet. Syntesen kom att göras i fyra steg (SBU, 2017).

Syntesens första steg

I steg ett granskades samtliga artiklar som inkluderats för att hitta teman (SBU, 2017). Dessa teman bildade första nivåns teman (a.a.). Författarna läste samtliga artiklar individuellt, och analysförfarandet påbörjades genom att föra in artikelns resultat som svarade på studiens syfte i en tabell. Därefter sammanställdes resultatet till meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna färgmarkerades med olika färger utifrån innebörd som bildade teman. Författare A hade identifierat 16 teman och författare B hade identifierat 13 teman. Diskussion fördes författarna emellan efter första tematiseringen.

Syntesens andra steg

I steg två reducerades och omarbetades de teman som var relaterade till varandra i första nivåns tema till andra nivåns teman (SBU, 2017). Författarna diskuterade likheter de analyserat och skapade nya gemensamma teman. Där variation förekom, fördes diskussion och vidare analys gjordes. Författarna uppmärksammade att lika delar av resultatet som individuellt analyserats förekom under likvärdiga teman, dock med olika benämningar. Fyra teman skapades; Föräldrar och samhället bär ansvar, Ambivalens och känsligt ämne, Olika upplevelser av kommunikationen och Varierande former av förutsättningar och stöd. Under varje tema skapades även underteman.

Syntensens tredje steg

I steg tre problematiserades de teman som var besläktade i andra nivån (SBU, 2017). De teman som besläktades i andra nivåns teman omarbetades till tredje nivåns teman (a.a.). Vidare diskussion fördes författarna emellan och fyra slutliga teman bildades; Ansvaret för arbetet med överviktiga barn ligger på föräldrar och samhället, Motstridiga tankar och känslor kring när och hur övervikt ska förmedlas är problematiskt, Motiverade föräldrar underlättar den hälsofrämjande kommunikationen samt Brist på stöd från ledare och organisation försvårar det hälsofrämjande arbetet.

Syntesens fjärde steg

I steg fyra ska en bedömning av underlaget göras och resultat samt slutsatser formuleras utifrån detta (SBU, 2017). Författarna i studien gjorde en bedömning av det framtagna underlaget för varje tredje nivåns teman och resultat samt slutsatser formulerades utifrån detta, vilket redovisas i löptext.

Förförståelse

Den kunskap inom forskningsområdet som författaren bär med sig, kallas förförståelse (SBU, 2017). Denna förförståelse påverkar forskaren under arbetets gång. Det är av vikt att medvetet förhålla sig till sina erfarenheter inom området för att begränsningar inte ska uppstå (a.a.). Båda författarna är mödrar och har med anledning av det personlig erfarenhet av barn- och elevhälsovård. Ingen av författarna har arbetat inom forskningsområdet, men författare A har en nära anhörig som arbetar inom elevhälsovården. Författare B har yrkeserfarenhet som sjuksköterska inom pediatrik slutenvården och författare A har yrkeserfarenhet som sjuksköterska inom både vuxen- och pediatrik öppenvård.

Resultat

Med denna systematiska litteraturstudie har fyra teman bildats genom syntetisering enligt SBU, 2017; Ansvar för arbetet med överviktiga barn ligger på föräldrar och samhället, Motstridiga tankar och känslor kring när och hur övervikt ska förmedlas är problematiskt, Motiverade föräldrar underlättar den hälsofrämjande kommunikationen samt Brist på stöd från ledare och organisation försvårar det hälsofrämjande arbetet, se Figur 2.



Figur 2. Illustration av tematiseringen.

Ansvar för arbetet med överviktiga barn ligger på föräldrar och samhället

Både sjuksköterskor inom barn- och elevhälsan uttryckte att föräldrarna sågs som ansvariga för livsstilsförändringar hos barnet (Bonde, Bentsen & Hindhede, 2014; Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, 2012; Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman, & Dykes, 2013; Regber, Mårild & Hanse, 2013). Något som upplevdes problematiskt var att barnen tog efter föräldrarnas levnadsvanor med hur matkultur och fysisk aktivitet såg ut (Isma et al., 2012). Det uttrycktes vidare att heltidsarbetande föräldrars livsstil med stress, brist på tid och dålig mat, ansågs föras över till barnen och att mat ibland gavs som ersättning för kärlek (a.a.). Med anledning av brist på fysisk aktivitet hos barnen fanns hos sjuksköterskan inom barnhälsovården en stress av att ständigt behöva uppmuntra till aktiv lek (Regber et al., 2013). Det upplevdes att en del föräldrar inte såg någon anledning till oro för överviktsproblem om de tyckte att deras barn var för små, men att de flesta trots det var villiga att göra något åt problemet (Isma et al., 2012). Sjuksköterskorna gav uttryck för att övervikt kändes

provocerande, att negativa tankar om familjers vardagliga liv fanns och att arbetet med överviktiga barn därför var känslomässigt krävande och laddat (Isma et al., 2012; Thorstensson, Blomgren, Sundler & Larsson, 2017).

Inom barn- och elevhälsovården uttrycktes ett ansvar i att identifiera övervikt (Isma et al., 2013; Thorstensson et al., 2017). Gick det inte att motivera och involvera föräldrarna upplevdes känslor av misslyckande och ledsamhet (Thorstensson et al., 2017; Regber et al., 2013). Tankar om att ett annorlunda tillvägagångssätt hade kunnat användas uppstod (a.a.). Sjuksköterskorna inom barnhälsovården ansåg att de hade ansvar i att ge information om kost och stöd, vilket de tyckte att de hade tillräckliga kunskaper om (Isma et al., 2013; Isma et al., 2012), men att familjerna skulle hänvisas till annan instans, såsom dietist eller barnfetma-enhet om de var i behov av mer professionell vägledning (Isma et al., 2013).

Det fanns en upplevelse av att synen hos det svenska samhället och vårdpersonal hade ändrats gällande vad som var en hälsosam vikt hos förskolebarn (Isma et al., 2012). Det betonades dock att det i det svenska samhället fanns en medvetenhet om överviktsproblematiken, men att det hela tiden var en fråga om prioriteringar och resurser (a.a.). Samhället borde, enligt sjuksköterskan, ta ansvar för barns övervikt (Isma et al., 2013; Bonde et al., 2014), där även förskolan borde ha ett större ansvar eftersom att barnen spenderade mycket tid där (Isma et al., 2013). Det uttrycktes även att andra strategier än motiverande samtal och rådgivning skulle kunna användas (Bonde et al., 2014). Föräldrarnas ekonomi och utbildningsnivå var avgörande för val av kost och aktivitetsnivå hos barnet, och barn till föräldrar med dålig ekonomi och låg utbildningsnivå borde därför, enligt sjuksköterskorna, prioriteras av barnhälsovården (Isma et al., 2012).

Motstridiga tankar och känslor kring när och hur övervikt ska förmedlas är problematiskt

Det var utmanande och känsligt för sjuksköterskan att närma sig övervikt och fetma (Regber et al., 2013; Helseth, Riiser, Fagerlund, & Misvær, 2017; Isma et al., 2013; Thorstensson et al., 2017), eftersom det vid sidan av övervikten ofta fanns andra större problem (Helseth et al., 2017). Samtal om kost med föräldrar var svårt att initiera när orsaken till barnets ätande var tröst och arbetet innebär att en syn på hela personen var nödvändig. En känsla av att vara fast i en inre konflikt uppstod för sjuksköterskorna när de ville förhindra övervikt och dess negativa

konsekvenser. Rädslor för att skada ungdomen, som befann sig i en sårbar utvecklingsfas, med risker som att provocera fram ätstörningar uttrycktes (a.a.). Sjuksköterskan ville inte riskera att stigmatisera barnet, men såg det samtidigt som ett svek om ingen information om övervikten gavs (Bonde et al., 2014). Upplevelsen var att eftersom barnets välbefinnande påverkades av övervikt behövdes ett stöd för att kunna stärka barnet och motivera till en hälsosammare livsstil (Thorstensson et al., 2017). Ibland behövdes både stöd till barn och föräldrar eftersom att föräldrarna kunde tro att samtal om övervikt var förenat med ätstörningar (Thorstensson et al., 2017). Det upplevdes att föräldrar hade en känsla av skam och ovilja att prata om övervikt, och en oro för att förolämpa föräldrarna uppstod därför (Isma et al., 2012).

Om föräldrarna inte var mottagliga för problemet väntade sjuksköterskorna med att lyfta ämnet, detta eftersom att det enligt dem inte gick att hjälpa någon som inte ville bli hjälpt (Isma et al., 2012; Nordstrand, Fridlund & Sollesnes, 2016; Bonde et al., 2014). Omotiverade föräldrar upplevdes som utmanande (Thorstensson et al., 2017; Isma et al., 2012; Regber et al., 2013), men genom att använda sig av ett defensivt tillvägagångssätt kunde en god relation med familjen upprätthållas (Isma et al., 2012; Regber et al., 2013). Svårigheter upplevdes när barn och föräldrar befann sig på olika stadier i sin motivation och hade olika syn på viktproblematiken (Bonde et al., 2014; Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2008). Sjuksköterskorna såg med anledning av det ett behov av att arbeta separat med föräldrarna (a.a.). Det betonades att det var viktigt att respektera föräldrarna, men uppmärksammade samtidigt att det var ett familjeproblem där hela familjen borde få stöd (Isma et al., 2012). Dilemman uttrycktes när barnet kände sig olyckligt och ville gå ner i vikt, medans föräldrarna inte såg det som ett problem och samtidigt gav fickpengar till barnet som kunde användas till skräpmat och läsk (a.a.). En utmaning uppstod för sjuksköterskorna när föräldrar, efter påverkan från äldre släktingar, önskade att deras barn skulle bli överviktiga (Regber et al., 2013). Det var en utmaning att få föräldrar att ändra sina vanor med att servera för stora portioner till sina barn, (a.a.). Ambivalenta känslor uppstod när sanningen enligt sjuksköterskorna inte alltid kom fram i samtalen med föräldrarna (Isma et al., 2012). Det fanns en uppfattning om att papporna sa sanningen, men att mammorna inte gjorde det och att sjuksköterskan då vände sig till barnen för att få ärliga svar (a.a.).

Det upplevdes lättare för sjuksköterskorna att diskutera viktproblematik om barnet endast hade övervikt och inte fetma (Regber et al., 2013). Det belystes att föräldrar, med anledning

av förnekelse eller en känsla av förolämpning, inte alltid var mottagliga för samtal (Söderlund et al., 2008; Regber et al., 2013; Isma et al., 2012). Om föräldrarna själva var överviktiga eller feta fanns av sjuksköterskorna en upplevelse av kritik mot föräldrarnas egen övervikt och livsstil, medan det i de fall där föräldrarna var normalviktiga uttrycktes en känsla av att de anklagade föräldrarna för dåligt föräldraskap (Regber et al., 2013). Missförstånd kunde uppstå där föräldrar tog den givna informationen som att de misslyckats i sin föräldraroll, vilket medförde ilska och sorg (Thorstensson et al., 2017). Sjuksköterskorna försökte då använda sig av motiverande samtal och att vara ödmjuka för att kunna påverka till förändring (a.a.). Ett dilemma uppstod mellan att arbeta utifrån MI, där barnets och familjens självständighet respekterades och att bibehålla sitt professionella ansvar med att ta hand om det överviktiga barnets hälsa (Bonde et al., 2014).

Det var svårt för sjuksköterskorna att arbeta när föräldrarna nedvärderade sin egen kapacitet på grund av sin egna misslyckade viktnedgång, men det var då viktigt att respektera att föräldrarna befann sig i en svår period i livet (Thorstensson et al., 2017). När föräldrar, trots positiv attityd till förändring, ignorerade rekommendationer, uppstod en oro hos sjuksköterskan (Isma et al., 2013).

Det fanns känslor av ambivalens, gällande att tillämpa MI när barnet var överviktigt, men där sjuksköterskan inte hade någon direkt motivation till att agera (Söderlund et al., 2008). Tankar kring att övervikt och fetma var självförvällat fanns och att det skulle kunna vara en av orsakerna till att ämnet var svårt att närma sig (Helseth et al., 2017). Bidragande till känslan av ambivalens var ett intryck av att det inte fanns någon tydlig definition av övervikt och att det därför fanns en för svag grund för att lyfta problemet (Söderlund et al., 2008). Övervikt och fetma sågs av sjuksköterskan som något naturligt och inte ett problem som behövde åtgärdas (a.a.), utan att barnet, om det inte förelåg uppenbar fetma, med stigande ålder skulle växa ur sin övervikt (Söderlund et al., 2008; Isma et al., 2012).

Trots kunskap kring de internationella riktlinjerna för övervikt, med BMI som grund, upplevdes det utmanande när ungdomar, som till synes inte upplevdes som överviktiga, låg på ett BMI strax över 25, vilket var interventionsgränsen (Helseth et al., 2017). När BMI beräknades togs det endast hänsyn till kilon och inte fett eller muskler. Upplevelsen var att sjuksköterskan i kommunikationen om övervikt tvingade på ungdomen hjälp. Detta eftersom

att ungdomen inte själv sökt hjälp men som nu genom BMI-screening uppmärksammats om övervikt. Ifrågasättande av BMI som mätmetod lyftes därför (a.a.).

I små samhällen på landsbygden upplevdes det svårt att arbeta med överviktiga barn (Nordstrand et al., 2016). Dels på grund av stora avstånd, men också med anledning av föräldrars oro för stigmatisering av barnen (a.a.).

Motiverade föräldrar underlättar den hälsofrämjande kommunikationen

Motiverande samtal (MI) var ett arbetssätt att vägleda till förändring med respekt för barnet och familjens autonomi, (Thorstensson et al., 2017; Bonde et al., 2014; Nordstrand et al., 2016) och var förenligt med sjuksköterskornas normer och värderingar i arbetet med övervikt och fetma (Söderlund et al., 2008; Söderlund, Malmsten, Bendtsen & Nilsen, 2010). Det ansågs av sjuksköterskorna att det oftast var de som tog initiativ till samtal om övervikt, men att arbetet blev mer framgångsrikt när föräldrar själv sökte hjälp eftersom sjuksköterskan då bara behövde finnas som en stödjande funktion (Regber et al., 2013). Motiverade föräldrar bidrog till att MI upplevdes som en effektiv problemlösare (Söderlund et al., 2008). När MI användes blev det enklare att lyssna på och förstå föräldrar samt barn, som då kunde sätta ord på sina egna tankar, istället för att följa förslag från sjuksköterskan (Söderlund et al., 2008; Bonde et al., 2014).

För att få barnet att själv prata användes BMI-kurvan med MI som stöd (Bonde et al., 2014). Genom MI, visades respekt till barnet och familjen genom att låta dem själv berätta och avgöra vad som var normalt för dem. Det användes även andra metoder än MI i arbetet med övervikt och en teknik som användes var en skala där barnet skulle ange en siffra mellan ett - tio kring hur motivationen till förändring såg ut (a.a.). Sjuksköterskorna tyckte även att frågeformulär om hälsa och livsstil var ett bra verktyg i arbetet (Thorstensson et al., 2017).

Det uttrycktes att det överviktiga barnet var i behov av stora livsstilsförändringar, men att de lade fokus på att dem skulle vara små och stegvisa (Thorstensson et al., 2017). Arbetet skedde steg för steg genom exempelvis motivation till att sluta äta godis på vardagar, vilket gav hållbara resultat för barnet. Målet var att förändra negativa beteenden, stärka barnets självkänsla och välbefinnande samt att stoppa ytterligare viktökning. Stöd och uppmuntran till fysiskt aktiv och att umgås med vänner, gavs även för att lyfta barnet (a.a.). Under samtal med

barnen gavs positiv förstärkning genom att betona de bra sakerna barnen sa och att ignorera de dåliga (Bonde et al., 2014).

Det fanns svårigheter i arbetet med identifiering av överviktiga barn och det upplevdes som uppenbart när ett barn var äldre och överviktig, men svårare att se när barnet var yngre (Isma et al., 2013). Det uttrycktes att det fanns en osäkerhet kring bedömning av BMI och hur BMI-diagrammet skulle användas (Isma et al., 2013; Regber et al., 2013) och att barnen därför undersöktes visuellt framför BMI-mätning (Isma et al., 2013). Den visuella inspektionen upplevdes som inkonsekvent och att överviktiga barn med denna metod kunde uppfattas som normalviktiga (Regber et al., 2013; Thorstensson et al., 2017). Fördelar med BMI-diagrammet var enligt sjuksköterskorna att barnets vikt på ett objektivet sätt kunde kommuniceras utan att involvera sjuksköterskornas åsikter. Det lyftes även att det var enkelt att förstå det visuellt, vilket underlättade för dem som inte kunde läsa (Regber et al., 2013). Mätmetoder som tillväxtkurvan var till hjälp vid BMI-bedömningen och ett viktigt redskap i samtal med barn och föräldrar (Thorstensson et al., 2017). Sjuksköterskorna uttryckte att föräldrar förväntade sig att deras barn skulle se ut som genomsnittet och många samtal fick därför ett stort fokus på denna problematik (Isma et al., 2012). Föräldrarna till överviktiga barn ansågs söka hjälp på grund av orsaker som oro för att deras barn skulle bli mobbat och utanför och oro för barnets fysiska förmåga (a.a.).

Brist på stöd från ledare och organisation försvårar det hälsofrämjande arbetet

Sjuksköterskor uttryckte ett behov av stöd från arbetskollegor och ledare (Helseth et al., 2017; Nordstrand et al., 2016), men ansåg att ansvaret i arbetet med övervikt oftast vilade på dem (Helseth et al., 2017) och att stöd från hälso- och sjukvårdsansvariga inte fanns (Isma et al., 2013; Nordstrand et al., 2016). Detta resulterade i att det inte gjordes några större ansträngningar för att organisera verksamheten avseende övervikt (Isma et al., 2013). Inom både barn- och elevhälsan upplevdes riktlinjerna som omfattande och krävande (Nordstrand et al., 2016; Helseth et al., 2017; Isma et al., 2013). Sjuksköterskorna kände sig inte involverade i beslut som fattats av myndigheter gällande hur riktlinjerna i arbetet mot övervikt och fetma skulle genomföras (Helseth et al., 2017). Mer vägledning kring hur man skulle arbeta med övervikt önskades, eftersom att de nuvarande riktlinjerna endast beskrev när och vad man skulle arbeta med och inte hur (Helseth et al., 2017). Av den orsaken att de befintliga riktlinjerna upplevdes vara oklara, korta och generella åtgärdade sjuksköterskor problem på

egna, individuella sätt (Isma et al., 2013). Att implementera riktlinjerna kändes svårt eftersom att de inte var integrerade inom andra organisatoriska nivåer (Nordstrand et al., 2016).

En del upplevde att de hade ett positivt organisationsstöd och att det var möjligt att påverka personer vid makten (Nordstrand et al., 2016). De tyckte att riktlinjerna var värdefulla i arbetet och att de ledde till bättre omvårdnad för familjerna (a.a.). Skolsjuksköterskorna upplevde stöd från sina överordnade och kollegor i tillämpningen av MI (Söderlund et al., 2010).

Färdigheter och verktyg för att på ett adekvat sätt kunna arbeta med övervikt och fetma saknades (Isma et al., 2013). Upplevelser av det fanns för begränsade resurser för att kunna genomföra mätningar av höjd och vikt i grundskolan beskrevs (Helseth et al., 2017). När riktlinjer för BMI-screening infördes, uttrycktes ambivalens för sjuksköterskorna inom barn- och elevhälsovård eftersom att det inte fanns tillräckligt med tid att utföra den, samt att det enda som kunde erbjudas som åtgärd var hälsosamtal (Nordstrand et al., 2016).

För sjuksköterskor inom barnhälsovården fanns en upplevelse av att det ställdes stora krav från överordnade men att det, tillsammans med andra uppgifter, fanns för lite tid för arbetet med överviktiga barn och att andra arbetsuppgifter därför prioriterades (Isma et al., 2013; Isma et al., 2012; Regber et al., 2013). Det uttrycktes också att barnen sågs för sällan för att en skillnad skulle kunna göras (Isma et al., 2013). Det var svårt att prata om övervikt eftersom en känsla av maktlöshet fanns på grund av resursbrist (Helseth et al., 2017). När tid och resurser fanns var det inte svårt att lyfta ämnet (a.a.).

På grund av resursbrist uttrycktes det att för lite samarbete mellan barnhälsovården, barnfetma-enheter, mödrahälsovård och förskolor fanns och att detta begränsade arbetet med övervikt (Isma et al., 2013). Barnfetma-enheter avvisade ibland remisser utfärdade av barnhälsovården och då upplevdes maktlöshet i arbetet med överviktiga barn och dess familjer (Isma et al., 2012). Det lyftes att det fanns en brist på dietister som av sjuksköterskorna upplevdes vara en viktig resurs i arbetet mot övervikt (Isma et al., 2013; Isma et al., 2012). Tidvis fungerade samarbetet i barnteamet inte optimalt (Regber et al., 2013). Sjuksköterskorna hade upplevt att läkare avfärdat problematiken till föräldrarna och på så vis lugnat dem. Ansträngningar och försök till att motivera föräldrarna kändes då förgäves (a.a.).

Diskussion

Metoddiskussion

Datansamlingen för denna studie genomfördes enligt SBU:s handbok (SBU, 2017). Författarnas kunskap kring forskningsområdet var begränsat och därför inleddes arbetet med en testsökning av det aktuella forskningsläget. SBU belyser att en testsökning är nödvändig för att bland annat utvärdera huruvida studiens syfte är väldefinierad eller om det behöver korrigeras (SBU, 2017). Syftet var inledningsvis att belysa skolsjuksköterskors upplevelser i arbetet med överviktiga barn. Senare korrigerades syftet till att belysa sjuksköterskors upplevelser och att även inkludera barnhälsovården. Fler studier kunde på så vis inkluderas och författarna kunde jämföra ett större antal studier och se på likheter och skillnader dem emellan. Detta ses som en styrka eftersom att det ökade möjligheterna att få fler perspektiv på problemställningen som studerats.

Genom att använda sig av fritextord i litteratursökningen kan studier som ännu inte erhållit indexeringsord i de aktuella databaserna inkluderas (SBU, 2017). Indexeringsord är databasernas egna ord som beskriver artikelns innehåll (a.a.). I systematiska litteraturöversikter bör en bred sökning eftersträvas (SBU, 2017). Genom att författarna förhållit sig till enbart fritextord ses detta som en svaghet, då indexeringsord kan komplettera till en bredare sökning.

Samtliga titlar och abstrakt granskades individuellt för att inte riskera att någon relevant studie, på grund av den mänskliga faktorn, skulle missades. Detta ses som en styrka och ökade tillförlitligheten till metoden och studien (SBU, 2017). De tre databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO användes och det ses som en styrka att samma studier gick att finna i flera olika databaser (SBU, 2017).

Genom en uppbyggnad i sökstrategin där metoden setting, perspective, comparison/control and outcome (SPICE) rekommenderas att användas vid kvalitativa studier, kan en effektiv litteratursökning genomföras (SBU, 2017). Författarna hade genom sin testsökning uppmärksammat att mängden artiklar inte var tillräckligt omfattande och valde därför att genomföra sökningarna utan SPICE-metoden. Detta kan ses som en svaghet eftersom att SBU:s rekommendation är att använda sig av SPICE ur effektivitetssynpunkt. Med en

litteratursökning enligt SPICE hade arbetet alltså kunnat ske mer effektivt och författarna hade tidigare kunnat hålla ett större fokus på andra delar i studien.

Testsökning med sökorden *school health care nurse* och *public health care nurse* användes men valdes att exkluderas och istället breddas till sökordet *nurse*. I testsökningen användes även sökordet *children* och en filterfunktion med åldrarna 0-16 år, men detta valdes att exkluderas då resultatet av antalet funna studier minskade markant. Granskning av abstrakt genomfördes inte med sökordet *children* och applicerad filterfunktion avseende ålder. Detta kan ses som en svaghet, eftersom att det hypotetiskt sett kan ha varit så att samtliga utav de inkluderade artiklarna funnits med i den första sökningen. Huvudsökningen kan därför ha medfört onödigt arbete med läsning av abstrakt och relevansbedömning.

En artikelgranskningsmall utformades och modifierades enligt bedömningsmall (Sörensen och Olsson, 2011, s 285). Modifieringen innebar att bedömningskriteriet *patienter med t.ex. lungcancerdiagnos* exkluderas från mallen, eftersom att den inte kunde appliceras i den aktuella kvalitetsgranskningen. Det ses som en styrka att författarna, enligt SBU:s rekommendationer, oberoende av varandra, granskade samtliga studier var för sig (SBU, 2017). En kvalitetsgranskning görs för att kunna avgöra i vilken utsträckning studiens resultat beror på systematiska fel/bias. Granskarna får sedan själv bedöma hur mycket studiens brister påverkar tillförlitligheten (a.a.). Innan studierna granskades diskuterades bedömningsmallen och vilka aspekter som var viktiga för granskning. Detta för att författarna skulle utföra en enhetlig granskning. Diskussionsförfarandet ses som en styrka, men däremot kan en svaghet avseende kvalitetsgranskningen vara att ingen testgranskning genomfördes enligt rekommendation av SBU (2017). Genom att använda sig av en granskningsmall förstärks tillförlitligheten (a.a.). Det ses som en styrka att författarna individuellt granskat de funna artiklarna med en enhetlig bedömningsmall och kommit fram till liknande resultat. Detta har ökat tillförlitligheten och giltigheten för metoden och studien.

Enligt SBU används kvalitativa forskningsmetoder för att få en djupare förståelse för individuella upplevelser, vilket kvantitativa studier inte kan visa på samma sätt (2017). I denna studie inkluderades enbart kvalitativa artiklar vilket bidrog till att ge studien ett mer detaljerat och djupt resultat, vilket ses som en styrka.

Författarna behärskade endast ett begränsat antal språk. En svaghet med språkbegränsningen i studien är att artiklar på andra språk än inklusionskriterierna skulle kunna ha missats. Inga artiklar behövde dock exkluderas på grund av denna begränsning. Tidsfönstret som var mellan 1998-2018 bidrog till att ett större antal studier kunde inkluderas och jämföras. En svaghet med det stora tidsfönstret är att barn- och elevhälsovården under tjugo år troligtvis har förändrats. De studier som kom att inkluderas var dock inte äldre än tio år. Endast studier från Sverige, Danmark och Norge finns med i studien. Det ses som en svaghet att studier från hela Norden inte lyckats identifierats, utan att endast studier från Skandinavien finns med.

Om en studie har hög överförbarhet är det ett mått på att resultatet är generaliserbart i det sociala sammanhang som undersöks (SBU, 2017). Med anledning av att studien enbart innehåller artiklar från Sverige, Danmark och Norge skulle studiens resultat kunna ses som enbart överförbart i dessa länder. Alla de nordiska länderna har liknande barn- och elevhälsovård och studien skulle därför, enligt författarna, till viss del kunna ses som överförbart även till Finland och Island.

Studiens analysförfarande skedde inledningsvis individuellt och författarna fann under detta arbete ett flertal likvärdiga teman. De teman som identifierades var inte exakt likadant definierade, men det fanns inga meningsskiljaktigheter eftersom att innehållet var detsamma. Detta ses som en styrka eftersom att arbetet utförts av författarna var för sig, oberoende av varandra. Genom att använda sig av ett tabellsystem där all data från resultaten fördes in säkerställdes att ingen data som svarade på syftet försvann. Med en väl beskriven metodik ses analysförfarandet, som en styrka som ökat resultatets trovärdighet.

Författarna hade en begränsad erfarenhet av arbete med studier och syntetisering vilket ses som en svaghet. Det fanns en förförståelse inom forskningsområdet eftersom att båda författarna har arbetat som sjuksköterskor med barn, vilket kan ha påverkat deras objektivitet. Författare A har även en nära anhörig som arbetar som skolsjuksköterska. Arbetet med studien kan ha påverkats eftersom att författare A har tagit del av den anhörigas personliga upplevelser av arbetet med överviktiga barn. Författarnas medvetenhet om varandras förförståelse har varit en central roll i studiens analysförfarande. Detta för att minimera påverkan på objektiviteten. Tillförlitligheten i studien har stärkts av hur metodarbetet har genomförts avseende urvalsprocess, relevansbedömning och kvalitetsgranskning. Genom att ha ett öppet och kritiskt förhållningssätt, har subjektiva åsikter kunnat diskuteras.

Resultatdiskussion

Med anledning av det belysta problemområdet med övervikt och fetma bland barn och som föreligger globalt, ville författarna till denna systematiska litteraturstudie lyfta ämnet utifrån sjuksköterskans perspektiv inom barn- och elevhälsovården. Genom bland annat hälsosamtal träffar sjuksköterskan inom barn- och elevhälsovård, i princip alla barn i Sverige och därför behövs ny kunskap om sjuksköterskans upplevelse.

Resultatet uppmärksammar att det fanns en upplevelse av att föräldrar ansvarar för förändringar i barnets livsstil (Bonde, Bentsen & Hindhede, 2014; Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, 2012; Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman, & Dykes, 2013; Regber, Mårild & Hanse, 2013). Det uttrycktes även att samhället sågs som ansvariga för barns övervikt (Isma et al., 2013; Bonde et al., 2014). Barnkonventionen betonar att barnets bästa ska komma i främsta rummet och att det är föräldrarna som ska hjälpa barnet, men att det är politikerna som bär det huvudsakliga ansvaret (Regeringskansliet, 2014). Att prioritera och arbeta förebyggande med övervikt och fetma betonas av WHO (WHO, u.å.). Insatser i det preventiva arbetet bör ske redan från födseln (Barlow & the Expert Committee, 2007).

Det var utmanande och känsligt att närma sig övervikt som ämne (Regber et al., 2013; Helseth, Riiser, Fagerlund, & Misvær, 2017; Isma et al., 2013; Thorstensson et al., 2017) och en orsak till det var att det ofta fanns andra och större problem vid sidan av övervikten (Helseth et al., 2017). Det fanns en rädsla för att skada ungdomen (a.a.) och en känsla av att riskera att stigmatisera barnet (Bonde et al., 2014). Resultatet bekräftas i tidigare forskning där föräldrar kan reagera med starka känslomässiga reaktioner på grund av en rädsla för stigmatisering av barnet och en känsla av skuldbeläggande från personalen (Mikhailovich & Morrison, 2007). Det betonades att det trots utmaningar var viktigt att ge stöd till barnen (Thorstensson et al., 2017), och att om ingen information om övervikten lämnades upplevdes ett svek mot barnen (Bonde et al., 2014).

I den föreliggande studien tas även upp att sjuksköterskorna upplevde känslor av ambivalens när de kände sig omotiverade att använda sig av MI i arbetet (Söderlund et al., 2008). Tankar om att barnet själv var orsaken till sin övervikt kunde uppstå (Helseth et al., 2017). Kopplat till den barncentrerade vården är det centralt att tänkande och agerande hela tiden ska ha fokus på barnens intresse (Shields, 2015).

Tidigare forskning visar att personal inom hälso- och sjukvård möter utmaningar i kommunikationen med barn och föräldrar gällande barns övervikt (Mikhailovich & Morrison, 2007). Det är viktigt för sjuksköterskan att skapa ett stöd och partnerskap i kommunikationen med barnet och dess familj (a.a.). Vår studie belyser att MI var ett sätt att visa respekt för barnets och familjens autonomi samtidigt som vägledning till förändring kunde ske (Thorstensson et al., 2017; Bonde et al., 2014; Nordstrand et al., 2016). Genom föräldrars motivation ansåg sjuksköterskorna att MI blev ett effektivt arbetssätt (Söderlund et al., 2008). Detta gjorde att föräldrar och barn, istället för att följa förslag från sjuksköterskan, kunde uttrycka sina egna ord och tankar (Söderlund et al., 2008; Bonde et al., 2014). Enligt den barncentrerade vården ska barnets intressen stå i centrum (Shields, 2015). Resultatet i denna studie visar att MI möjliggör att både den barncentrerade och den familjefokuserade omvårdnaden beaktas, genom att barnet och föräldrarna själv får uttrycka vad de vill.

Hälsosamtal ses i tidigare forskning som ett sätt att identifiera olika former av behov och att utifrån dessa erbjuda stöd (Poutiainen et al., 2016). I vår studie lyfts det av sjuksköterskorna att det oftast var de som tog initiativ till samtal om övervikt, men att de upplevde att de endast behövde finnas som en stödjande funktion och att arbetet blev mer framgångsrikt när föräldrar själv sökte hjälp (Regber et al., 2013).

Tidigare har en studie belyst skolsjuksköterskors arbete i invandrartäta områden och visat att det på grund av skillnader i språk och matkultur uppstod svårigheter i arbetet med övervikt (Magnusson et al., 2012). Vårt resultat belyser att genom BMI-diagrammet kunde sjuksköterskan på ett objektiva sätt kommunicera kring barnets vikt. En fördel med BMI-diagrammet var även att det var enkelt att förstå visuellt (Regber et al., 2013). BMI-kurvan kunde användas som ett stöd tillsammans med MI i samtalet med barnet (Bonde et al., 2014), men även andra arbetsmetoder som exempelvis skattningsinstrument gällande hur motivationen till förändring såg ut användes (a.a.). Det bekräftas i en tidigare studie att olika sätt och metoder används av skolsjuksköterskan i det preventiva arbetet och att varje skolsjuksköterska fick hitta sitt individuella arbetssätt (Leissner & Lundevall-Överby, 2014). Det stärks vidare i en litteraturstudie att det fanns en inkonsekvens i skolsjuksköterskans arbete och strategier och att anledningar till det skulle kunna bero på brist på självförtroende, men även hög arbetsbelastning (Quelly, 2014).

Resultatet visar att svårigheter upplevdes när barn och föräldrar inte hade samma motivation i arbetet med övervikt (Bonde et al., 2014; Söderlund, Nordqvist, Angbratt & Nilsen, 2008), och att det var viktigt med respekt till föräldrarna, men att samtidigt stödja både barn och föräldrar (Isma et al., 2012). Detta kan kopplas till den barncentrerade vården vilken belyser att barn och föräldrar inte alltid har samma synsätt, men att barnet alltid ska ses som huvudperson (Shields, 2015).

I föreliggande studie lyfts att arbetsbelastningen för sjuksköterskorna inom barn- och elevhälsovården var ett hinder eftersom att det inte fanns tillräckligt med tid för BMI-screening (Nordstrand et al., 2016). Det framkom även att det på grund av begränsade resurserna inte fanns möjlighet att utföra mätning av höjd och vikt hos grundskoleeleverna (Helseth et al., 2017). Inom barnhälsovården uttrycktes det att stora krav ställdes, men att tid för arbetet med överviktiga barn inte fanns (Isma et al., 2013; Isma et al., 2012; Regber et al., 2013). Detta står i motsats till FN:s barnkonvention om att alla barn har rätt till bra hälsa och WHO:s betoning på att arbetet med övervikt och fetma kan förebyggas och därför bör prioriteras (Unicef, u.å; WHO, u.å).

Slutsats och implikationer

Resultatet i denna studie visar på att det fanns en upplevelse av att föräldrar och samhället bär ansvar för arbetet med överviktiga barn. Sjuksköterskorna ansåg sig ha en del i detta ansvar, detta genom identifiering av övervikt hos barn, men även genom att finnas som en stödjande funktion när barn och föräldrar själv önskade hjälp. Det var problematiskt när motstridiga tankar och känslor uppstod. Sjuksköterskan såg det som ett svek om ingen information om övervikten gavs, men ville samtidigt inte riskera att stigmatisera barnet. Kommunikationen underlättades om föräldrarna var motiverade och själva sökte hjälp för sitt barns övervikt. Något som försvårade arbetet var brist på stöd från ledare och organisation och det önskades mer vägledning kring hur arbetet med övervikt skulle se ut.

Studien bidrar till identifiering av den forskning som belyser sjuksköterskors upplevelser i arbetet med överviktiga barn inom barn- och elevhälsovård. Resultatet kan användas till förbättring i det preventiva arbetet utifrån sjuksköterskans perspektiv. Problematik som lyfts kan ligga till grund för vidare forskning i de nordiska länderna. Sjuksköterskorna uttryckte i denna studie att de önskade mer vägledning kring hur arbetet med övervikt skulle se ut. Här

skulle mer forskning kring framgångsrikt arbete mot övervikt kunna bidra till att mer tydlig vägledning kan tas fram av ledare och organisation. Detta skulle i sin tur kunna bidra till att sjuksköterskorna känner att de har bättre vägledning och att arbetet mot övervikt därmed skulle förbättras.

Referenser

- Barlow, E. S., & the Expert Committee. (2007). Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics*, *120*(4). doi: 10.1542/peds.2007-2329C
- Berentzen, T. L., Gamborg, M., Holst, C., Sørensen, T. I., & Baker, J. L. (2014). Body mass index in childhood and adult risk of primary liver cancer. *Journal of Hepatology*, *60*(2), 325-330. doi:10.1016/j.jhep.2013.09.015.
- * Bonde, H. A., Bentsen, P., & Hindhede, L. A. (2014). School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity. *The Journal of School Nursing*, *30*(6), 448-455. doi: 10.1177/1059840514521240
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. *2000*; *320*(7244):1240-3. Från https://www-jstor-org.ludwig.lub.lu.se/stable/25224434?&seq=1#page_scan_tab_contents
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *(10)*, 248-251. Från <http://journals.sagepub.com.ludwig.lub.lu.se/doi/pdf/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). Övervikt och fetma. Hämtad 23 mars, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/overvikt-och-fetma/>
- Franck, L. S., & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health & Development*, *30*(3), 265-277. doi: 10.1111/j.1365-2214.2004.00412.x
- Garmy, P., & Sivberg, B. (2007). Overweight and lifestyle in ten-year-old children. *Vård i Norden*, *27*(1), 27-30 ISSN: 0107-4083.
- Garmy, P., Clausson, E. K., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2014). Overweight and television and computer habits in Swedish school-age children and adolescents: a cross-sectional Study. *Nursing & Health Science*, *16*(2), 143-148. doi: 10.1111/nhs.12076.
- Garmy, P., Clausson, E. K., Nyberg, P., & Jakobsson, U. (2018). Insufficient Sleep Is Associated with Obesity and Excessive Screen Time Amongst Ten-Year-Old Children in Sweden. *Journal of Pediatric Nursing*, *39*, e1-e5. doi: 10.1016/j.pedn.2017.11.009.
- * Helseth, S., Riiser, K., Fagerlund, H. B., & Misvær, N. (2017). Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity - School nurses' perceptions of the challenges involved. *Journal of Clinical Nursing*, *26*, 4716-4725. doi:10.1111/jocn.13823
- Hillman, O. (2007). *Skolhälsovård - introduktion och praktisk vägledning*. Stockholm: Gothia Förlag

* Isma, E. G., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2012). Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(57). Från <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1471-2296-13-57>

* Isma, E. G., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2013). Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. *BMC Family Practice*, 14(143). Från <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/143>

Leissner, M., & Lundevall-Överby, H. (2014). *Praktisk handbok för skolläkare och skolsköterskor*. Lund: Studentlitteratur AB.

Magnusson, M. B., Kjellgren, K. I., & Winkvist, A. (2012). Enabling overweight children to improve their food and exercise habits--school nurses' counselling in multilingual settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2452-2460. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04113.x.

Mikhailovich, K., & Morrison, P. (2007). Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *Journal of Child Health Care*, 11(4), 311–322. doi: 10.1177/1367493507082757

Nationalencyklopedin (u.å.). Norden. Hämtad 26 april, 2018, från Nationalencyklopedin, <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/norden>

Nordisk förening för sjuka barns behov (u.å.). Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård. Hämtad 1 april, 2018, från Nordisk forening for syke barns behov, http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/NOBABS_plansch.pdf

* Nordstrand, A., Fridlund, B., & Sollesnes, R. (2016). Implementation of national guidelines for the prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents: a phenomenographic analysis of public health nurses' perceptions. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), doi: 10.3402/qhw.v11.31934

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). Bilaga 1. *Forskningsprocessen*. (s. 285). Stockholm: Liber AB.

Poutiainen, H., Hakulinen, T., Mäki, P., & Laatikainen, T. (2016). Family characteristics and parents' and children's health behaviour are associated with public health nurses' concerns at children's health examinations. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 584-595. doi: 10.1111/ijn.12478

Prop. 2017/18:9. Regeringens proposition: Skolstart vid sex års ålder. Hämtad 26 april, 2018, från Regeringskansliet, <https://www.regeringen.se/4a6c02/contentassets/132f05e0c9a749979236b2cde7f6c37a/skolst-art-vid-sex-ars-alder-prop.-2017189.pdf>

Quelly, S. B. (2014). Childhood obesity prevention: a review of school nurse perceptions and practices. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19(2014), 198-209. doi: 10.1111/jspn.12071.

Rabbitt, A., & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21(12), 731-735. doi: 10.12968/bjon.2012.21.12.731

* Regber, S., Mårild, S., & Hanse, J. J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 12(27). Från <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1472-6955-12-27>

Regeringskansliet (2014). *Konventionen om barnets rättigheter. Med strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. Stockholm: Socialdepartementet. Från <http://www.regeringen.se/contentassets/586fa7da22e74ed7a9e8a5bd41d101fe/konventionen-om-barnets-rattigheter---med-strategi-for-att-starka-barnets-rattigheter-i-sverige-s2014.025>

Riksföreningen för skolsköterskor och svensk sjuksköterskeförening (2016). *Kompetensbeskrivning för skolsköterska inom elevhälsans medicinska insats, EMI*. Stockholm. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.skolskoterska_2016_webb.pdf

Riley, M., Hernandez, A-K., & Kuznia, A-L. (2018). High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Am Fam Physician*, 98(8), 486-494. Från: <https://www.aafp.org/afp/2018/1015/p486.html>

Ringsberg, K. C. (2013). Nordiska Livsstilsverkstan. En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsende och forskare - Slutrapport : Slutrapport. København: Nordisk ministerråd. <https://doi.org/10.6027/TN2013-503>

SFS 1949:381. Kap. 6, 2 §. Föräldrabalk. Hämtad 1 april, 2018, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381

SFS 2010:800. Kap. 1, 10 §. Skollag. Hämtad 1 april, 2018, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800

SFS 2010:800. Kap. 2, 27§. Skollag. Hämtas 1 april, 2018, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800

SFS 2010:800. Kap. 2, 25 §. Skollag. Hämtad 23 mars, 2018, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800

Shields, L. (2015). What is “family-centered care”? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 139-144. Från <http://ubplj.org/index.php/ejpch/article/view/993/993>

Socialstyrelsen (u.å.). MI (Motiverande samtal). Hämtad 16 November, 2018, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiv erandesamtal>

Socialstyrelsen (2014). Vägledning för barnhälsovården. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>

Socialstyrelsen (2016). Vägledning för elevhälsan. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20394/2016-11-4.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok*. Stockholm. Från <http://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). Figur 1. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok* (s. 13). Stockholm. Från <http://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2002). SBU:s sammanfattning och slutsatser. Stockholm. Från <https://www.sbu.se/contentassets/5feb5706ab904687835b28d526f3229a/sammanfattning.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Hämtad 23 mars, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2015). *Svensk sjuksköterskeförening om familjefokuserad omvårdnad*. Hämtad 1 april, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>

* Söderlund, L. L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2008). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3), 442-449. doi: 10.1093/her/cyn039

* Söderlund, L. L., Malmsten, J., Bendtsen, P., & Nilsen P. (2010). Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal*, 69(4), 390-400. doi: 10.1177/0017896910373136

* Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, J. A., & Larsson, M. (2017). To break the weight gain—A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 251-258, doi: 10.1111/jocn.13924

Unicef. (u.å) Barnkonventionen. Hämtad 23 mars, 2018, från Unicef, <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337(13), 869-873. Från <http://www.nejm.org.ludwig.lub.lu.se/doi/pdf/10.1056/NEJM199709253371301>

Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, BA. E., & Waters, E. (2005). Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. *JAMA*, 293(1), 70-76. doi: 10.1001/jama.293.1.70

World health organisation (2018). Obesity and overweight. Hämtad 23 mars, 2018, från WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

World health organisation (u.å). Childhood overweight and obesity. Hämtad 23 mars, 2018, från WHO, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.

BEDÖMNINGSMALL FÖR STUDIER MED KVALITATIV METOD				
TITEL:				
FÖRFATTARE:				
POÄNGSÄTTNING	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
METOD				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
RESULTAT				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citatt, kod, teorier etc.)	Ej acceptabel	Låg	Medel	Tydlig
DISKUSSION				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
SLUTSATSER				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
TOTAL POÄNG (MAX 46 P)	p	p	p	p
GRAD I, HÖG: > 80 %				p
GRAD II, MEDEL: 70 % - 79 %				%
GRAD III, LÅG: 60 % - 69 %				Grad

Bilaga 2

PUBMED 181017	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR	URVAL I	URVAL II	URVAL III	URVAL IV
		Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Artiklar att granska	Inkl. artiklar
# 1	Overweight	217 752				
# 2	Sweden OR Denmark OR Norway OR Iceland OR Finland	770 092				
# 3	Nurse	359 919				
# 4	#1 AND #2 AND #3	136	82	21	8	8
PSYCINFO 181022						
# 1	Overweight	14 535				
# 2	Sweden OR Denmark OR Norway OR Iceland OR Finland	139 649				
# 3	Nurse	65 333				
# 4	#1 AND #2 AND #3	37	21	13	5	5
CINAHL 181022						
# 1	Overweight	24 244				
# 2	Sweden OR Denmark OR Norway OR Iceland OR Finland	69 292				
# 3	Nurse	434 872				
# 4	#1 AND #2 AND #3	38	27	11	5	5

FÖRFATTARE, (ÅR). TITEL. LAND.	SYFTE	POPULATION	METOD / ANALYSMETOD	RESULTAT	STUDIE KVALITE
1. Bonde, Bentsen & Hindhede, (2014). <i>School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity.</i> Denmark.	Att undersöka hur skolsjuksköterskor tillämpade och upplevde motiverande samtal i rådgivning med överviktiga (men inte feta) barn och deras föräldrar i daglig praxis.	Tolv skolsjuksköterskor.	Kvalitativ fallstudie. Djupgående semistrukturerade intervjuer, som visade hur skolsjuksköterskor anpassade motiverande samtal och integrerade dem i sitt dagliga arbete. Detta tillsammans med andra metoder som de kände till sedan tidigare.	Tre dilemma för skolsjuksköterskor uppenbarades: när barnet var allvarligt överviktigt och föräldrarna inte uppfattade detta som ett problem, när barnet och föräldrarna befann sig i olika stadier till motivation att förändras och när man tillämpade ett individualiserad tillvägagångssätt, såsom motiverande samtal för att förhindra ett komplext samhällsproblem, i detta fall fetma.	Hög
2. Høieth, Riser, Fagerlund & Misvær, (2017). <i>Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity - School nurses' perceptions of the challenges involved.</i> Norway.	Att få en bättre förståelse för skolsjuksköterskomas uppfattning om utmaningarna i genomförandet av nationella riktlinjer för hantering av ungdomar med övervikt och fetma.	21 skolsjuksköterskor.	En kvalitativ design med fokusgruppintervjuer med sex intervjuer. Data analyserades genom kvalitativa innehållsanalyser.	Nationella riktlinjer gav nya anvisningar för hantering av övervikt och fetma i skolhälsovården. Skolsjuksköterskor fick nya uppgifter och ansvarsområden, som de ansåg att de inte var tillräckligt förberedda för eller stöddes av genom extra resurser. Utmaningar i genomförandet av riktlinjerna identifierades på olika nivåer: systemnivå (genomförandestrategi, tillgängliga resurser, utbildning och stöd, yrkesmässigt samarbete, remissalternativ); individuell skolsjuksköterske nivå (uppfattad kompetens, ansvarslagande, attityder och känslor); ämnesnivå (känslighet för viktrelaterade frågor); och professionell nivå (skepticism mot ett BMI 25 som utgångspunkt för intervention).	PubMed PsyncINFO Medel
3. Isma, Brambagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, (2012). <i>Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study.</i> Sweden.	Att belysa uppfattningar av barns övervikt, inklusive fetma, bland BVC-sjuksköterskor.	18 BVC-sjuksköterskor.	En kvalitativ studie med fenomenografiskt tillvägagångssätt baserat på öppna intervjuer	Fyra kategorier framkom av datan: Uppfattning om förändringar av övervikt i barndomen, övervikt hos yngre barn, en försummad oro, övervikt som en känslig fråga och betydelsen av familjeliv. Övervikt hos barn upplevdes som en följd av föräldrarnas livsstil och deras medvetenhet om problemet, som BVC-sjuksköterskorna ansåg som en känslig och provocerande fråga. Övervikt hos barn ansågs inte tas på allvar under förskolan och att oro för övervikt hos yngre barn främst handlade om utseendet och inte barnets hälsa. BVC-sjuksköterskor upplevde att andelen överviktiga barn hade ökat, vilket svenskt samhälle och BVC-sjuksköterskor har anpassat sig till. Denna anpassning gjorde det svårt för BVC-sjuksköterskor att definiera de barn som är överviktiga.	Hög PubMed CINAHL PsyncINFO

FÖRFATTARE, (ÅR). TITEL. LAND.	SYFTE	POPULATION	METOD / ANALYSMETOD	RESULTAT	STUDIE KVALITE
4. Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, (2013). <i>Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden.</i> Sweden.	Att belysa och beskriva hur BVC-sjuksköterskor uppfattar sitt arbete med att förebygga barnomsöversvikt och fetma på BVC.	18 BVC-sjuksköterskor.	En kvalitativ studie baserad på öppna intervjuer. Fenomenografisk inriktning.	Två kategorier framkom från datan: Interna hinder för BVC-sjuksköterskornas arbete med övertikt hos barn och externa hinder för hantering av övertikt hos barn. BVC-sjuksköterskor uppfattade att deras arbete med övertikt i barnhälsovården var komplicerat och begränsat av flera hinder. Detta beroende på sjuksköterskornas personliga prioriteringar, kunskap, ansvar och brist på resurser och samarbete, samt brist på enhetliga riktlinjer för att förebygga och hantera övertikt i barndomen och även en bristande förvaltningsorganisation.	Hög PubMed CINAHL
5. Nordstrand, Fridlund & Sollesnes, (2016) <i>Implementation of national guidelines for the prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents: a phenomenographic analysis of public health nurses' perceptions.</i> Norway.	Att utforska och beskriva hur barnsjuksköterskor uppfattar genomförandet av en nationell riktlinje riktad mot övertikt och fetma, bland barn och ungdomar.	18 barnsjuksköterskor inom barn- eller skolhälsovården.	En explorativ beskrivande design genomfördes genom individuella intervjuer. Analys enligt den fenomenografiska traditionen.	Fyra implementeringsstrategier beskrevs och tilldelades en metafor: den strukturerade sjuksköterskan, den pragmatiska sjuksköterskan, den kritiska sjuksköterskan och den avgående sjuksköterskan. Kompetens, patientmottaglighet, intern konsensus, tvärvetenskapligt samarbete, resurser och organisatorisk inbäddning var de identifierade faktorerna som oftast påverkar genomförandet, och dessa determinanter fördelades på olika nivåer i organisationen. Omfattningen av främjande lycktes avgöra vilken genomförandestrategi som skulle användas.	Hög PubMed PsycINFO
6. Regber, Mårild & Hanse, (2013). <i>Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers.</i> Sweden.	Att undersöka sjuksköterskors uppfattning om samverkan mellan sjuksköterskor och föräldrar på BVC och utvärdera hinder för och diskussioner i denna interaktion som syftar till att främja hälsosam viktökning, samt förebygga fetma.	15 sjuksköterskor som arbetade inom barnhälsovården.	Halvstrukturerade intervjuer. Data analyserades deduktivt enligt fördefinierade teman, med hjälp av en innehållsanalys.	Resultatet resulterade i 16 subteman och sex huvudteman. Subtemena identifierade och beskrev hinder och hjälpmedel för att förebygga barnomsfetma inom barnhälsovården. Huvudteman inkluderade bedömning av barnets viktstatus, initiativ, ett känsligt ämne, föräldransvar, åtgärder och livsstilsmonster. Även om ett BMI-diagram underlättade erkännandet av ett barns avvikande viktstatus än det traditionella diagrammet för vikt och höjd, använde sjuksköterskor det inkonsekvent. Övertikt var ett känsligt ämne. För det mesta var det sjuksköterskorna som inledde diskussioner om ett barns övertikt eller fetma.	Medel PubMed

