



SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

# BHV-sjuksköterskans upplevelser av att förebygga barnobesitas

En systematisk litteraturöversikt

**Khanem Noory och Hu Bei**

---

Magisteruppsats:	15 hp
Program och/ eller kurs: mot	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning distriktsköterska, OM5310
Nivå:	Avancerad nivå
Termin	Ht/2017
Handledare	My Engström
Examinator	Eva Lidén

Titel (svenska):	BHV-sjuksköterskans upplevelser av att förebygga barnobesitas.
Titel (engelska)	Child health care nurses' experience of preventing childhood obesity
Uppsats/ Examensarbete:	15 hp
Program och/ eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Distriktsköterska, OM5310
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/ år:	Ht/2017
Handledare:	My Engström
Examinator:	Eva Lidèn
Nyckelord:	Preventing, obesity, overweight, health care, pre-school, review

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Obesitas hos barn är ett växande världsproblem och så även i Sverige. Studier har påvisat att tidiga insatser skall sättas in vid barnobesitas eftersom det då har som bäst effekt. Obehandlad barnobesitas ökar riskerna för att utveckla kroniska sjukdomar så som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, låg livskvalitet och stigmatisering.

**Syfte:** Syftet med studien är att undersöka BHV-sjuksköterskans upplevelser av att förebygga barnobesitas.

**Metod:** Studien är en systematisk litteraturöversikt som är baserad på vetenskapliga artiklar publicerade från år 2007–2017. Artikelsökningarna gjordes i databaserna PubMed och Cinahl och även via manuell sökning. Artiklarna som inkluderades i studien berörde barnobesitas och BHV- sjuksköterskans erfarenhet i samband med det förebyggande arbetet.

Relevansbedömning, kvalitetsgranskning och sammanställande av resultatet gjordes initialt av båda författarna i studien, därefter diskuterades resultaten gemensamt. Resultaten från de granskade artiklarna presenteras i en narrativ översikts tabell samt i löpande text.

Resultat: Endast åtta artiklar uppfyllde inklusionskriterierna för studien och sju av dessa bedömdes ha en hög studiekvalitet och en medelhög. Fem av artiklarna hade en kvalitativ ansats och tre en blandad metod, sk ”mixed method”. Resultatet visar att det som BHV-sjuksköterskan upplevde i samband med det förebyggande arbetet med barnobesitas var många olika former av hinder som hen stötte på i sitt arbete. Vilket resulterade i två teman; *BHV-sjuksköterskan i organisation* och *BHV-sjuksköterskan i sin profession*. Dessa teman bygger på ett flertal sub-teman som var *förutsättningar, teamsamverkan, normer, ansvar och prioriteringar* samt *föräldrars roll*.

Slutsats: Genom att BHV-sjuksköterskan får tid, resurser, kunskap verktyg och rutiner finns det bättre möjligheter till att förebygga barnobesitas i tidig ålder enligt BHV-sjuksköterskorna. Med en fungerande teamsamverkan och en god relation som är byggd på ömsesidighet och respektfullhet för föräldrarna ökar möjligheten att förebygga barnobesitas. Förslag på framtida forskning är mer studier kring riktade insatser som förbättrar omhändertagandet av denna kroniska sjukdom, så att evidensen i framtiden kan beskriva mer konkret vad som behöver implementeras för att underlätta BHV-sjuksköterskan förebyggande roll mot barnobesitas.

Nyckelord: Preventing, obesity, overweight, health care, pre-school, review

## Abstract

Background: Childhood obesity is a growing epidemic worldwide as well as in Sweden. Studies have shown that early interventions are most effective when it comes to childhood obesity. Untreated childhood obesity increases the risk of developing chronic diseases such as diabetes, cardiovascular disease, low quality of life and stigmatization. Aim: The aim of the study was to investigate child health care nurses' experiences of preventing childhood obesity. Method: The study is a systematic literature review based on peer reviewed articles, published between year 2007-2017. Articles were identified from PubMed and Cinhal databases as well as manual search. Identified articles which were considered relevant initially was relevance assessed and study designed rated first by each author individually and thereafter together, same procedure was performed when reading included articles results. Included articles are presented in a narrative overview table and in text.

Results: Only eight articles meet the inclusion criteria's, of which, seven were considered having a high quality and one medium. Five articles had a qualitative design and three were mixed method. The result shows how child health care nurses experience several different barriers in their preventing work against childhood obesity. Two main themes were identified: *Child health care nurses as part in an organisation* and *Child health care nurse view of her profession*. These themes are based on several sub-themes; *circumstances, teamwork, norms, responsibilities and priorities*, as well as the *role of parents*.

Conclusion: By providing the child health care nurse with more time, resources, knowledge and routines could lead to better opportunities to prevent childhood obesity according to the child health care nurses. Together with good teamwork and good relations based on mutual and respect for the parents, these opportunities will increase further. Suggestions for future research are more studies on targeted interventions that improve the treatment of this chronic disease, so that the evidence in the future can describe more specifically what needs to be implemented to facilitate the BHV-nurse preventive role against childhood obesity.

## **Förord**

Vi vill först och främst tacka vår handledare My Engström som har givit oss mycket stöd genom processen! Tack Eva Lidén för dina förslag som förbättrade arbetet ytterligare! Även våra familjer vill vi tacka för deras stöttning och tålamod.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	1
Definition av övervikt och fetma.....	2
Orsaker till obesitas.....	3
<i>Kost, fysisk aktivitet och gener</i> .....	3
<i>Sociala och kulturella faktorer</i> .....	3
Behandling.....	4
Distriktsköterskors roll.....	4
Familjecentrerad vård .....	5
<i>Delaktighet</i> .....	6
<i>Information</i> .....	6
<i>Samarbete och samverkan</i> .....	6
<b>Problemformulering</b> .....	6
<b>SYFTE</b> .....	7
<b>Metod</b> .....	7
<i>Urval</i> .....	8
<i>Datainsamling</i> .....	9
<i>Dataanalys</i> .....	10
<i>Etisk övervägande</i> .....	11
<b>Resultat</b> .....	12
Att begränsas i sitt förebyggande arbete av organisatoriska skäl.....	12
Bristande förutsättningar.....	13
Avsaknad av teamsamverkan.....	15
Normer och normalitet.....	15
Förmågan att ta professionellt ansvar.....	16
Att ta ansvar och prioritera.....	16
Att skapa relation och ansvar med föräldrarna.....	18
<b>Diskussion</b> .....	19
Metoddiskussion.....	19
Förförståelse.....	20
Resultatdiskussion.....	21
Förslag till implementering.....	25

<b>Slutsatsen</b> .....	25
<b>Referenser</b> .....	26
Bilagor	
<b>Figur</b>	
Figur 1. Flödesschema över datainsamlingen i aktuell studie.....	11

## **Inledning**

Intresset för ämnet hos författarna väcktes under kursen barns och familjers hälsa och i samband med den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) då det observerades att övervikt och fetma verkade vara ett problem inom barnhälsovården (BHV). Författarna träffade både överviktiga och barn som led av fetma, vilket väckte en önskan att fördjupa sig inom ämnet och undersöka hur distriktssköterskor upplever sina möjligheter att förebygga övervikt och fetma (obesitas) hos barn. Forskning visar att barnobesitas behöver förebyggas så tidigt så möjligt för att förhindra ökad risk för kvarstående problematik i vuxenåldern och dess följsjukdomar. Distriktssköterskor på BHV är en betydelsefull samhällsaktör som arbetar med hälsofrämjande samt förebyggande metoder såsom hälsosamtal om levnadsvanor i samråd med familjen. Författarna har valt familjecentrerad vård som teoretisk referensram då familjen är en viktig pusselbit för att förebygga barnobesitas.

## **Bakgrund**

Obesitas har senaste decennierna blivit avsevärt vanligare hos barn (1) och är ett fortsatt växande globalt folkhälsoproblem i stora delar av världen och så även i Sverige (1, 2). Under senaste 40 åren har enligt en stor internationell studie publicerad 2017 andelen barn och ungdomar med obesitas ökat tiofaldigt i stora delar av världen. Om utvecklingen fortsätter kommer år 2022 andelen barn och ungdomar med obesitas vara mer förekommande än barn med undervikt, vilket idag är 192 miljoner barn (3). World Health Organization's (WHO) beräkning från 2015 visade att cirka 42 miljoner barn under fem års ålder lider av övervikt i världen och att det är mer förekommande i lägre socioekonomiska område (2). Enligt Socialstyrelsen är cirka 20–25 % överviktiga och cirka 3 % lider av fetma av alla 10 åringar i Sverige (4). Cirka 80 procent av de barn som är överviktiga i 6–7 årsåldern kommer även att som tonåren och vuxen ålder lida av obesitas (4, 5). En studie från Australien visade att förekomsten av övervikt och fetma i tidig ålder liknar de övriga utvecklingsländer, där cirka 5 % lider av fetma i åldrarna två till fyra år. Studien visade på ett samband mellan fetma och dålig kost och otillräcklig fysisk aktivitet vilket enligt författarna kommer leda till allvarliga konsekvenser i framtiden som bland annat sämre livskvalité och dyra samhällskostnad (6). Utöver det individuella lidandet för patienten och anhöriga, är obesitas även i kostsam



sjukdom. År 2003 uppskattades den totala kostnaden för obesitas i Sverige till cirka 16 miljarder kronor, i dessa kostnader ingår sjukvårdskostnader, produktionsbortfall, sjukskrivningar och för tidigt död (7).

Barnfetma associeras med en mängd olika kroniska sjukdomar, såsom typ 2-diabetes, högt blodtryck, leversjukdom, sömnapné, ortopediska komplikationer och psykisk ohälsa (8, 9, 10). Traditionellt har riskfaktorer för olika sjukdomar i samband med fetma startat i vuxenåldern men idag förekommer tillstånden redan vid barndomen. Barn med obesitas blir mindre fysiskt aktiva som i sin tur leder till andra komplikationer vilket ytterligare försämrar barnets förmåga att träna och som i sin tur förvärrar fetman och dess komplikationer, allt detta bidrar till att barnet hamnar i en ond cirkel (7). WHO beskriver övervikt som en riskfaktor för sjukdom medan fetma beskrivs som en sjukdom i sig (2). Även stigmatisering av barn med obesitas är utbrett, år 1961 och 2003 genomförde Latner och Stunkard en studie med skolbarn i mellanstadiet. De fick se sex olika ritningar av barn som bland annat satt i rullstol, var blinda eller överviktiga, barnen skulle ranka bilderna utifrån det barn de tyckte bäst om och så vidare ner till det barnet de gillade minst. Bilden på barnet med övervikt rankades som sist både då och nu, trots att obesitas ökat under åren som gått (11). Stigmatiseringen kring överviktiga barn kan delvis förklara deras låga självkänsla, upplevelse av skam, förnedring, mobbning jämfört med jämnåriga kamrater (1, 11).

### **Definition av övervikt och fetma**

Begreppet övervikt innebär att barnet väger för mycket i förhållande till sin längd och löper därmed större risk att utveckla fetma. Fetma är en komplicerad sjukdom som utvecklas när ett flertal faktorer i livsmiljö och gener samverkar (1, 12). Obesitas definieras normalt utifrån kroppsmasseindex som översatts från engelskans Body Mass Index, BMI, där beräknas vikten i kilo dividerad med längden i meter i kvadrat. BMI-gränser för barn och vuxna är inte densamma eftersom normalt BMI för barn varierar beroende på ålder och kön. Istället benämns det iso-BMI som bygger på internationellt accepterade och tabellerade gränsvärden för barn och ungdomars viktutveckling utifrån normala tillväxtkurvor. Gränsvärden för övervikt är iso-BMI 25 kg/m och fetma iso-BMI 30 kg/m. Fram tills barnet är två år kan BMI variera mycket därav är det oftast för tidigt att diagnostisera övervikt och fetma i de åldrarna,

men i åldrar däröver är Iso-BMI det enklaste samt bästa måttet för att kartlägga obesitas hos barn (1, 10).

## **Orsaker till obesitas**

### Kost, fysisk aktivitet och gener

Ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet hos barn ökar risken för obesitas (7, 10). Orsaken till obesitas är en obalans mellan energiintag och den energi som personen gör av med. Men även det ärftliga anlaget spelar en viktig roll i utvecklingen av obesitas vilket gör att barnet är mer eller mindre mottaglig för att utveckla obesitas. Andra genetiska faktorer som påverkar barnets benägenhet att drabbas av obesitas är exempelvis hunger och mättnadskänslor (hormoner), kroppsform och ämnesomsättningen. Det kan finnas en interaktion mellan ohälsosamma matvanor och sämre fysisk aktivitet som leder till försämrad sömn, som bidrar till stress samt kortisolutsöndring och som resulterar till bukfetma som ökar risken för olika allvarliga sjukdomar diabetes, hjärt- kärlsjukdomar och ledsjukdomar. Även tarmfloras sammansättning kan möjligtvis förklara en del av personens benägenhet för förloppet av fetma samt dess komplikationer (8, 13).

### Sociala och kulturella faktorer

Så som samhället är uppbyggd har familjer olika förutsättningar samt möjligheter kring omhändertagandet av sitt barn. Ohälsosamma matvanor är vanligare i grupper med låg utbildning eller låg inkomst vilket leder till ojämlika förutsättningar för hälsa. Socioekonomiska faktorer och främst låg utbildningsnivå har stor påverkan för barnets tillväxt under det första levnadsåret (1, 12). Rekommendationerna från Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009) är att familjer med låg utbildningsnivå borde få extra stöd för att kunna lyckas med hälsosamma levnadsvanor (12). Både Folkhälsorapporten och tidigare forskning visar på tydliga sociala skillnader i barns fysiska aktivitet samt tillgång till frukt och grönt, där barn med lägre socioekonomisk status tränar mindre och äter mindre frukt samt grönsaker (12, 14). I en studie Caprio et al. (2008) från Seattle påvisades att snabbmat, snacks och läskedryck var korrelerad med ökande obesitas hos barn. Studien drog också slutsatsen att priserna för livsmedel såsom färska grönsaker och frukt hade ökat de senaste två åren med 20 % medan livsmedel med hög socker- och fetthalt var konstant. Detta kan, enligt

författarna, vara en bidragande orsak till att konsumtion av frukt och grönsaker har minskat. Konsumtion av läsk dryck ökat bland annat hos de latinamerikanska barnen i studien, vilket leder till sämre livskvalité jämfört med övriga befolkningen (14).

## **Behandling**

Enligt SBU är obesitas både svårt att förebygga och behandla, vilket framkommit då många befolkningsinriktade förebyggande program som utvärderats vetenskapligt inte haft några eller blygsamma effekter. Men det finns exempel på behandlingar för både vuxna och barn som varit framgångsrika (15). Exempel på detta är en svensk studie som visar att beteendeförändrande behandlingar gällande mat- och kostvanor i viktminskande syfte har bra effekt för yngre barn med kraftig fetma. Dessa barn hade mer nytta av behandlingen jämfört med barn med måttlig fetma. Studien drar slutsatsen att det är viktigt att behandling sätts in tidigt. Resultatet visade även att det var mycket svårt att förändra mat- samt motionsvanor hos tonåringar med kraftig fetma. Resultaten är oroväckande och risken för tillkommande sjuklighet samt social utslagning är stor för dessa tonåringar. Författarna skriver att nya behandlingsmetoder måste utvecklas och även fetmakirurgi kan vara något som bör övervägas för vissa ungdomar (16). Ytterligare en studie som lyfter fram vikten av att förebygga fetma, är den från Hagman et al. (2017), som undersökte om utbildningsnivån hos unga vuxna som hade lidit av fetma i barndomen skiljer sig jämfört med ungdomar utan fetma. Resultatet visade att de barn som nått en framgångsrik behandling med tidiga insatser hade lyckats avsluta en 12-årig skolgång till skillnad från barn med obesitas som inte hade fått tidiga insatser. Det var även vanligare att barn med fetma hoppade av skolan i nionde klass och studien kom även fram till att fetma i barndomen är förknippat med lägre utbildningsnivå i tidig vuxenåldern. Därav hävdar forskarna att det är viktigt att behandling för obesitas sätts in tidigt då det är krävs en livslång behandling. Vidare rekommenderas att barn med fetma får särskilt stöd i skolan (17).

## **Distriktssköterskans roll**

Distriktssköterskan inom BHV ska främja hälsa genom att följa barns hälsotillstånd, utveckling, livssituation och förebygga ohälsa samt kunna tidigt identifiera och sätta in åtgärder vid ohälsa hos barnet. Föräldrar som har ett barn som lider av obesitas kan uppleva

tillståndet som ett hot mot barnets hälsa vilket kan innebära nya påfrestningar för familjen. Det är därför viktigt att distriktssköterskor inom BHV följer barnets hälsotillstånd, sätter in behandling för att på så sätt förebygga nya hälsorisker (18). År 2014 kom en rapport från Socialstyrelsen som beskriver att målet med barnhälsovården är att bidra till bästa möjliga hälsa för barn utifrån barnets fysiska, psykiska och sociala utgångspunkt. För att distriktssköterskan skall kunna uppnå dessa mål behöver BHV erbjuda insatser till alla barn och föräldrar, exempelvis genom att förstärka insatser till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa och även ska vara uppmärksam på familjens livssituation (18). För att få förutsättningar och nå målen inom BHV kan BHV-sjuksköterskan basera sitt arbete på en familjecentrerad vård (19–27).

### **Familjecentrerad vård**

Familjecentrerad vård (Family Centered Care, FCC) är ett systemiskt förhållningssätt, där familjen ses som helhet av en grupp människor som emotionellt binds samman och är engagerade i varandras liv (19). Familjen skall ses som en bestående trygghet i barnets liv och som har stort inflytande på barnets välbefinnande. Familjen är konstant i barnens liv, barnets fasta punkt samt källa för stöd och styrka (20, 21, 22). Inom FCC används begrepp som *partnerskap*, *samarbete* och familjer ses som *experter*. Det är föräldern som aktivt deltar i barnets hälsa för att kunna ge barnet sitt känslomässiga, sociala samt utvecklande stöd. I FCC ändras fokus från enbart barnet till att se barnet i sitt sammanhang, i sin familj och dess omgivning. Inom FCC utgår man ifrån att familjen är involverad i barnets hälsa och genom att arbeta utifrån ett FCC synsätt tas hänsyn till behoven hos alla familjemedlemmar och inte bara barnet (20). Föräldrar samt familjen är det centrala i barnets välbefinnande (21). För att tillämpa FCC behöver vårdpersonalen ha en inställning som bygger på respekt gentemot familjen, där varje familj har sina unika behov samt styrkor. Vårdpersonalen ska bemöta familjen på ett respektfullt sätt även om familjer hanterar situationer på olika sätt. Genom att stödja föräldrar i barnets välmående leder det till en positiv inverkan på barnets hälsa och även familjen (20, 22, 23). Relationen mellan vårdpersonal och familjen har en stor betydelse, att stödja barnets välbefinnande påverkar det positivt på föräldrar och familjen. De grundläggande principerna för FCC är: Delaktighet, Information, Respekt, Acceptans, Samarbete och Samverkan (22, 23).

## Delaktighet

Innebär att familjen aktivt medverkar, är tillgänglig för barnet samt genomför viktiga omvårdnadsmoment för barnet. Det är viktigt att föräldrarna medverkar i beslut av barnets vård samt behandling (24).

## Information

För att vårdpersonal skall uppnå delaktighet hos familjen måste de få information om barnets hälsotillstånd. Om det brister i information och kommunikation mellan familjen och personalen relaterar det till en osäkerhet hos familjen (25). Enligt Patientlagen (2014:821) kap. 3 skall patienten få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning även vård och behandling. Patienten skall även få information om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Enligt 6 § skall informationen anpassas till individens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund samt andra enskilda förutsättningar. När det gäller barn skall även föräldrarna få information om barnets hälsotillstånd (26).

## Samarbete och samverkan

Begreppen riktas dels mellan familjen och vårdpersonal men även samverkan mellan olika professioner och vårdenheter. Vilket innebär att alla inblandade parter skall ha en familjecentrerad vård som förhållningssätt vilket leder till bättre samarbete och samverkan med utgångspunkten i den delaktiga familjen. Där samarbetet mellan olika enheter är nog så viktigt för att hjälpa familjen (24). På BHV arbetar flera olika professioner runt barnet tillsammans med föräldrarna de första fem levnadsåren. Det är BHV- sjuksköterskan som träffar barnet flest gånger men även läkare, psykologer, dietister, logopedier och kuratorer är viktiga för samarbetet och samverkan kring barnet och familjen (27).

## **Problemformulering**

Obesitas är ett globalt problem världen över och så även i Sverige. Barn som är obesa i tidig ålder kommer med stor sannolikhet vara det även som vuxna och därmed ha en ökad risk att utveckla bland annat diabetes, hjärt- kärlsjukdomar, psykisk ohälsa, stigmatiseras och få ett förkortat liv.

Obesitas är både svårt att förebygga och behandla, och ofta krävs en livslång behandling för att undvika lidande för både barnet och dess familj, samt höga samhällskostnader. Tidigare forskning visar att ju tidigare i ålder (efter två års ålder) förebyggande och behandling påbörjas, desto bättre resultat når hälso- och sjukvården. Det är därför viktigt att kunna identifiera samt förebygga obesitas hos barn i tidigt skede och där har BHV-sjuksköterskor en viktig roll och ett stort ansvar eftersom hen är den som träffar barnet och dess familj kontinuerligt, och därmed har förutsättningarna att främja hälsa och förebygga ohälsa som obesitas innebär. Trots att obesitas hos barn idag är ett stort problem i Sverige, såväl för den drabbade individen och dessa familjer, samt för samhället i stort, finns det lite forskning kring hur distriktsköterskor upplever sina möjligheter att förebygga obesitas hos barn.

## **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka BHV-sjuksköterskans upplevelser av att förebygga barnobesitas.

## **Metod**

Uppsatsen är en systematisk litteraturöversikt baserad på vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Utgångspunkten för att genomföra en systematisk litteraturstudie är att det finnas tillräckligt många studier med god kvalitet som på så sätt kan bilda ett underlag för att besvara studiens syfte (28). Initialt gjordes en översiktlig sökning för att se om det fanns tillräckligt med underlag för att kunna jobba vidare med studien. Metoden valdes då syftet med studien var att få en samlad överblick av forskningsområdet och erbjuda evidensbaserade hälsofrämjande tillvägagångssätt för barn med obesitas utifrån BHV sjuksköterskans perspektiv.

Fördelen med systematisk litteraturöversikt är det kan tillföra ett trovärdigt resultat eftersom de personliga åsikterna kan minimeras (29). De artiklar som ingår i denna studie har alla en kvalitativ ansats vilket är en fördel utifrån studien syfte som är att få en djupare förståelse för fenomenet och som är konstruerad av individer inom sitt eget sammanhang (30). Utmaningen med att göra systematisk litteraturöversikt är att det måste finnas ett "rimligt" antal studier inom området som skall studeras utan att det blir övermäktigt.

## Urval

Arbetet med litteraturoversiktens urval började genom att planera och dokumenterat vad som behöver genomföras och i vilken ordning. För att gå vidare i processen och söka efter kvalitativa studier formulerades studiens frågeställning och sökning enligt SPICE- modellen vilket innebär, **S** för setting (sammanhang), **P** för perspective (perspektiv), **I** för intervention/ interest (intervention) **C** för comparison ( jämförelse) och slutligen **E** för Evaluation (utvärdering) (29). Modellen användes för att underlätta struktureringen av frågeställningen och även litteratursökningen (29). SPICE- modellen användes genom, **S** (Setting): Barnhälsovården, **P** (Perspective): BHV-sjuksköterskans perspektiv, **I** (Intervention): barnobesitas, **C** (comparison): ej aktuell, **E** (Evaluation): upplevelser av att förebygga, dessa har formades även för att avgränsa inklusionskriterier och exklusionskriterier (29). För att finna artiklar som svarade på uppsatsen syfte, sattes följande inklusionskriterier upp; kvalitativ ansats, barn (ålder två till sex år), distriktssköterskor eller barnsjuksköterskor, obesitas och förebyggande vård. Artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, sk. ”peer reviewed”, skrivna på engelska och publicerade mellan åren 2007–2017. Anledningen till att artiklarna inte fick vara äldre än tio år berodde på uppsatsen i möjligaste mån skulle baseras så uppdaterad forskning som möjligt.

Tidigt under arbetets gång testades olika sökord i olika databaser (Cinahl och PubMed), detta dokumenterades utifrån vilka sökord som använts, antal träffar, datum och begränsningar som gjorts. Under hela arbetet har tillvägagångssättet diskuterats författarna emellan gällande t.ex. informationskällorna, sökorden och resultatet av sökningarna. Även i arbetet med att identifiera studier till resultatet har sökprocessen skett i flera steg, där sökorden kombinerades med booleska operatorerna såsom AND och OR, för att i slutet nå fram till ett hanterbart antal träffar. Först och främst granskades artiklarnas titel, därefter abstrakten och slutligen innehållet i studien för att bedöma om studierna uppfyllde inklusionskriterierna. Sedan valdes studier ut som uppfyllde inklusionskriterierna och inte exklusionskriterierna, vilket är ytterligare ett steg att säkerställa att lämpliga studier inom ämnet väljs ut (28). De artiklar som slutligen ingick i resultatet har kvalitetsgranskats och relevans bedömts. Kvalitetsgranskning har gjorts med hjälp av SBU:s mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik. Vilket ger underlag för studiens kvalitet som kan rankas med hög, medelhög eller låg och som presenteras i bilaga 1 granskade artiklar (29). Relevans

bedömningen av artiklarna gjordes med hjälp av SBU:s mall för bedömning av relevans och samtliga artiklar ansågs vara relevanta (29).

### Datinsamling

Eftersom Pubmed och Cinahl använder sig utav olika ämnesord gjordes sökning i Pubmed, med Medical Subject Headings (MeSH- termer) och i Cinahl, Cinahl Heading. De olika förvalda begränsningar som gjordes vid sökning var peer-reviewed, child preschool och publikationsdatum mellan år 2007 till 2017. Sökningar i PubMed bestod av följande sökord i olika kombinationer; overweight, obesity prevention, health care professionals, qualitative study, obesity, primary care, prevention, child health services, nurses, pediatric, swedish child health services, child and healthy, swedish, health och centers. Sökningar i Cinahl bestod av följande sökord i olika kombinationer; obesity prevention, primary health care, nurses, childhood, children, health promotion och child health services. Även en manuell sökning gjordes med hjälp av referenslistan i artiklarna och en artikel hittades på detta sätt.

Anledningen till att vissa av sökorden inte har använts i båda databaserna beror på det minimerade antalet träffar exempelvis Qualitative research/method användes inte i Cinahl. Sammanlagt identifierades 160 artiklar och dessa titlar och abstrakt lästes igenom och utifrån den informationen gjordes en bedömning om de uppfyllde inklusions- och/eller exklusionskriterierna eller inte. Av de 21 artiklar som slutligen uppfyllde kriterierna, exkluderades 13 stycken eftersom de inte hade en kvalitativ ansats eller på annat sätt inte var relevant för syftet t.ex. var det studierna utifrån föräldrarnas perspektiv, se Figur 1 för flödesschema och bilaga 1–3 där sökningarna presenteras utifrån respektive databas. De åtta artiklar som slutligen identifierats utifrån uppställda sökord och begränsningar och svarar på studiens syfte presenteras i bilaga 4. Fem av artiklarna hade en kvalitativ metod och tre en blandad metod, där data har samlats in både genom intervjuerna men även med andra mått t.ex. enkäter. I resultatanalysen är det dessa artiklars kvalitativa del som granskats och redovisats. Studierna är genomförda mellan åren 2007- 2015 och studierna är från Sverige, Australien och Holland. De olika kvalitativa metoderna redovisas i Bilaga 1. Granskade artiklar.

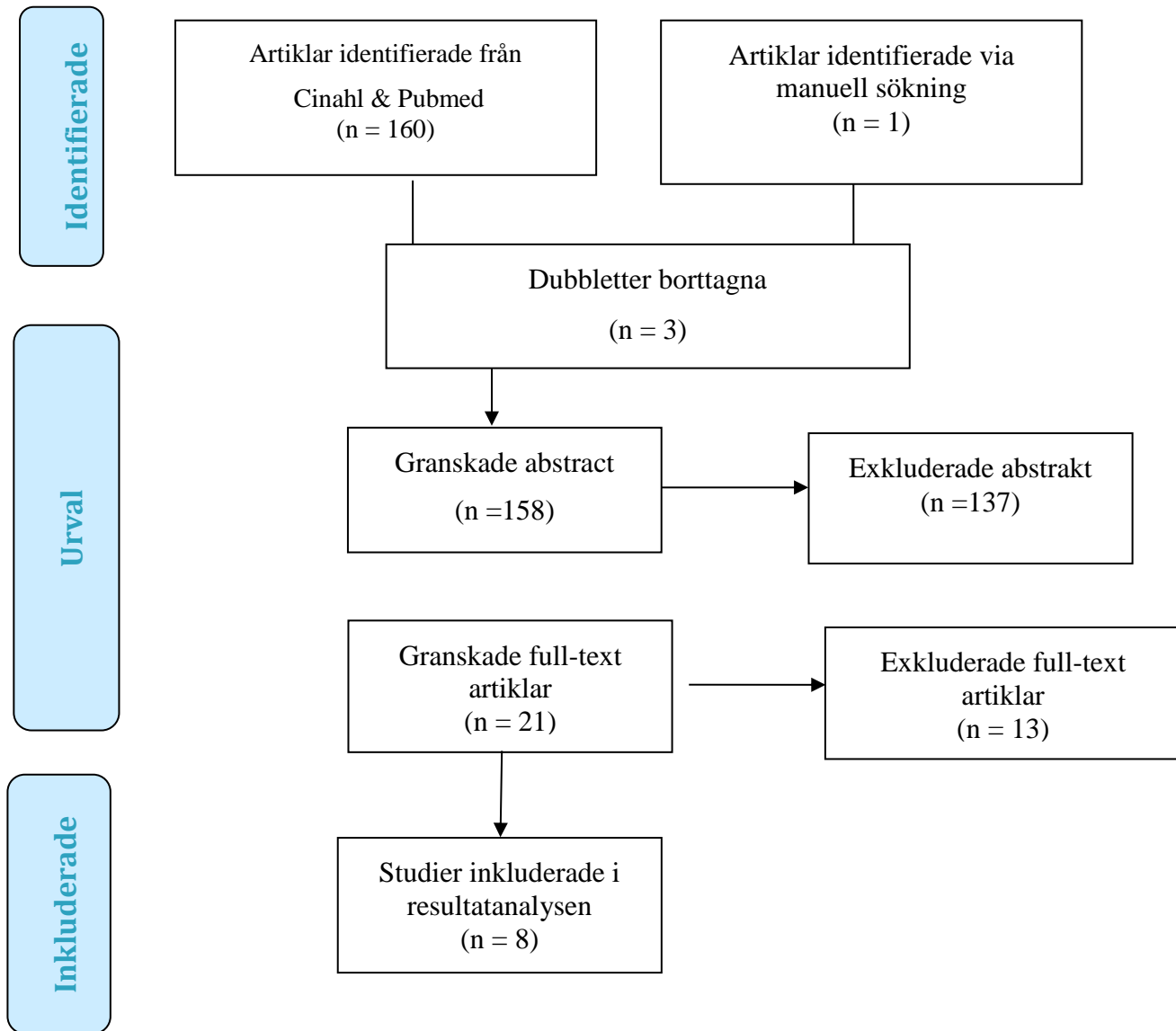


## Datanalys

Sammanlagt lästes åtta artiklar i fulltext där kvalitetsbedömning gjordes med av SBU's *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser* (29). Kvalitetsgranskningen utfördes av båda forskarna först var för sig, därefter jämfördes resultaten vilket rekommenderas av Polit & Beck (30). Artiklarnas kvalitet kan delas in i tre grupper, hög, medelhög eller låg kvalitet. Varje fråga som ger ett positivt svar (ja) adderas sedan och ju mer antal "ja" desto högre kvalitet får artikeln. Granskningen används för att bedöma i vilken grad som resultatet i studien beror på snedvridning (bias). De olika frågorna i mallen tar upp olika kvalitetsaspekter som sedan påverkar studiens tillförlitlighet (29).

För att få en överblick och förståelse av studiernas resultat lästes texten flera gånger och de delar i texten som ansågs vara viktiga bearbetades och grupperades för att hitta teman/kategorier och även subteman/subkategorier. Sammanställning av artiklarnas resultat utformades genom ett pendlande mellan originaltexten och de delarna i texten för att finna sammanhang och allt meningsbärande i texten tolkades på rätt sätt. Därefter lästes sammanfattningar genom sedan betecknades med olika färger av post-it lappar vilket motsvarade likheter och skillnader. Sedan bearbetades textinformationen för att kunna komma fram till kärnan i texten. Därefter identifierades skillnader och likheter i artiklarna. Slutligen i analysens sista del gjordes en tolkande sammanvägning av resultaten som analyserades för att få förnyade kunskaper i denna studien (32).

Figur 1. Flödesschema över datainsamlingen i aktuell studie



### Etisk övervägande

Forskningsetikens syfte är att skydda människors rättigheter och värdegrund så att människan varken får utsättas för fysisk eller psykisk skada, förödmjukelse eller kränkning i samband med forskning. I Sverige finns det två viktiga lagar kring forskningsetik: Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460, uppdaterad 2008:192) och Personuppgiftslagen (1998:204). Som forskare måste det finnas ett godkänt etikprövningstillstånd för att få tillåtelse att hantera känslig information såsom uppgifter om

hälsa och livsförhållande (33). Utöver de styrande lagarna finns det fyra viktiga principer inom forskningsetiken; informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Informationskravet innebär att forskaren skall ge tillräckligt med information om studiens syfte och innebörd till deltagaren. Enligt samtyckeskravet har deltagaren rätt att själv bestämma om hen vill delta i studien, och hur länge de skall medverka i studien och kan avbryta deltagandet i studien utan påföljande konsekvenser. Vid konfidentialitetskravet skall allt material förvaras på ett sådant sätt att inga obehöriga kan ta del av materialet.

Nyttjandekravet betyder att de insamlade uppgifter om individen bara kan användas till forskningens ändamål (34). Samtliga artiklar i uppsatsens resultat hade etiskt godkännande.

## Resultat

Dataanalysen visade att BHV-sjuksköterskorna upplevelser kring förebyggandet av barnobesitas kan sammanfattas i två kategorier teman; **Att begränsas i sitt förebyggande arbete av organisatoriska skäl** och **Förmågan att ta professionellt ansvar**. Dessa kategorier bygger i sin tur på flera subkategorier, se tabell 1.

Tabell 1. Resultatanalysen som beskriver framkomna kategori och subkategori

Kategorier	Att begränsas i sitt förebyggande arbete av organisatoriska skäl	Förmågan att ta professionellt ansvar
Subkategorier	Bristande förutsättningar	Att ta ansvar och prioritera
	Avsaknad av teamsamverkan	Att skapa relation och dela ansvar med föräldrarna
	Normer och normalitet	

### Att begränsas i sitt förebyggande arbete av organisatoriska skäl

Denna kategori sammanfattar BHV-sjuksköterskans uppfattning hur hen som en del i en större organisation påverkas i sina möjligheter att förebygga barnobesitas. Dels utifrån subtemat *förutsättningar* (eller framförallt brist på förutsättningar) som beskrivs som brist på tid, resurser och rutiner. Samt övriga sub-kategorier; *teamsamverkan och normer*. I alla artiklar framkom att just tidsbrist, resurser och rutiner som det som begränsade deltagarna mest i sitt förebyggande arbete kring barnobesitas. Men även bristande teamsamverkan upplevdes som

ett dilemma eftersom det ledde till att viktiga aktörer inom hälso-och sjukvården inte fanns att tillgå, vilket i sin tur minskade förutsättningarna i det förebyggande arbetet.

### **Bristande förutsättningar**

I fem av åtta artiklar framkom det att tidsbrist till stor del påverkar och försvårar det förebyggande arbetet BHV-sjuksköterskan utför kring barn med obesitas (35, 36, 37, 38, 39). Även brist på resurser var ett problem som flera av studierna påpekade och som försvårade deras arbete (35, 36, 37, 38). Enligt studien Isma et al. (2013) berodde möjligtvis brist på resurser på de ansvariga för primärvården att de hade ointresse för BHV för att förbättra organisationen vilket begränsade det förebyggande arbetet (36). Att erbjuda föräldrar och barnet en extra viktkontroll kunde enligt BHV sjuksköterskorna i artikeln från Walker et al. (2007) bidra till ett bättre förebyggande arbete genom att uppmuntra föräldrarna i sina framsteg med barnets vikt (35). Men när resursbrist så som tid, kunskap eller vad som mer behöver göras finns, blev även denna enkla metod svår att utföra (36).

I artikeln från Isma et al. (2012) beskriver BHV-sjuksköterskorna att diskussion kring barnets vikt inte tas upp på grund av arbetsbelastning, då de förutsåg att det kräver lång tid och varför skall man leta efter ”jobb ” när resurserna är knappa (39). Rekommendationerna i en annan studie som deltagaren hade fått var att inte hantera övervikt utan remittera vidare till specialist barnövervikts enheterna (37).

På grund av resursbristen upplevde BHV-sjuksköterskorna att det fanns andra viktigare problem som krävde högre prioritet än barn med obesitas. Vilket bland annat ledde fram till att i samband med att BHV-sjuksköterskan hade samtal med föräldrarna om hur obesitas kunde förebyggas upplevdes tiden otillräcklig, vilket påverkade möjligheterna för BHV-sjuksköterskorna att göra ett bra jobb (36, 37, 38, 39). Detta fenomen beskrivs bland annat av deltagarna i studien av Gerards al et al. (2015) som upplevde att tidsbristen i samband med diskussion kring hur obesitas kan förebyggas och hur vidare utredning skall göras inte hanns med (38). I studien Walker et al. (2007) upplevdes tiden mellan de bokade besöken på mottagningen också som begränsande, vilket resulterade i att diskussion kring barnets vikt inte togs upp överhuvudtaget för att det ansågs var tidskrävande och skulle dra ut på tiden (35). Tidsbristen bidrog ibland till att en diskussion om barn med obesitas inte ens inleddes

för att det skulle påverka BHV-sjuksköterskans andra arbetsuppgifter. Eftersom tillståndet ansågs vara svårhanterlig behandlades inte tillståndet i den utsträckning som det borde göras (35, 36, 37, 38).

BHV-sjuksköterskorna saknade kontinuerliga rutiner kring omvårdnaden vid hantering av obesitas hos barn. De riktlinjer som fanns var generella, otydliga, korta och ofta inte uppdaterade. Sjuksköterskorna efterfrågade tydliga och skriftliga rutiner i sina organisationer, som de ansåg behövdes för att kunna vårda barnen på ett korrekt sätt (35, 36). Vissa deltagare saknade helt rutiner kring hantering av användandet av BMI som ett mått för barn vilket ledde till att de ansåg tillståndet vara svår identifierat (36, 40, 41). Ett exempel var bristen att kunna kalkylera BMI hos barnet och ovissheten kring BMI gränsvärdena ledde till en osäkerhet att informera föräldern (36). Andra ansåg att BMI var ett hanterbart instrument som fungerade i organisationen och hjälpte till vid identifiering av obesitas hos barnet. BMI ansågs även vara en användbar metod för att öppna en dialog med föräldrar då metoden var saklig och inte hade något och göra med BHV-sjuksköterskans egna uppfattning om barnets vikt (40).

Det var få studier som lyfte fram fungerande rutiner i organisationen utifrån ett BHV perspektiv, med undantag från studien av Regber et al. (2013) som beskrev hur deras kontinuerliga mätningar av barnets vikt och längd vid varje hälsobesök var en bra rutin och ett hjälpmedel som kunde användas som underlag för vidare diskussion med föräldrarna kring barnets tillväxt. Vid 18 månaders och två och ett halv års åldern ingick även i rutinen att föräldrarna fyllde i ett frågeformulär kring mat och aktivitetsvanor hos barnet. Vilket gav BHV-sjuksköterskan möjlighet att prata med föräldrarna om det eventuellt finns någon oro över barnets vikt, fysisk aktivitet, sömn och matvanor (40).

Även metoder i kommunikation exempelvis hur samtalet skulle föras som BHV-sjuksköterskan kunde använda vid förebyggande obesitas hos barn behövde förbättras enligt studien från Gerards et al. (2012). BHV-sjuksköterskorna i den studien upplevde också att de saknade information och kunskap kring obesitas hos barn (37). Många deltagare ansåg att de enda förebyggande metoderna som kunde erbjudas var generell rådgivning, medan andra fastställda åtgärder exempelvis om hälsosam kost och aktivitet inte fanns inom BHV (35, 36, 38, 39).

## **Avsaknad av teamsamverkan**

BHV-sjuksköterskorna lyfte vikten av ett fungerande teamsamverkan för att kunna förebygga barnobesitas. Deltagarna ansåg familjer som hade barn med obesitas var i behov av professionell vägledning från dietist, barnmedicin och mer specialiserade mottagningar (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41). Även andra aktörer såsom mödravårdscentral och förskola var viktiga för samarbetet men även där fanns brister i samarbetet (36, 37, 39). Även föräldrar ansågs vara en viktig pusselbit i det förebyggande arbetet mot obesitas, vilket redovisas längre fram. Brister i teamsamverkan ledde till ett flertal hinder som försvårade och begränsade arbetet kring barn med obesitas på BHV (36, 37, 38, 39, 40, 41). I studien från Isma et al. (2012) framkom det att när BHV-sjuksköterskan försökt koppla in dietisten hade de fått till svar att det inte heller där fanns tillräcklig med resurser för att hantera barn med obesitas. BHV-sjuksköterskorna ansåg att samarbetet med dietist och enheterna för barnövervikt var begränsat eftersom barn med obesitas i den åldern inte prioriterades. Det var istället barn med allergier som fick insatser (36). Remisser skrivna ifrån BVH blev även avvisade från specialist barnövervikts enheter på grund av hög arbetsbelastning, barnets ålder eller brist på information kring barnets viktproblematik (36, 41). När teamsamverkan inte fungerade ledde det till att BHV-sjuksköterskorna kände sig isolerade och maktlösa i samband med hantering av barn med obesitas och deras familj (36). För att kunna förebygga obesitas hos barn måste teamsamverkan fungera enligt BHV-sjuksköterskorna i flera av studierna (36, 37, 38, 39, 40, 41).

## **Normer och normalitet**

Acceptans kring barn med obesitas beror på samhället och BHV-sjuksköterskorna syn på vad som anses vara hälsosamt vikt hos barn mellan två till fem års ålder, framkom det i en studie från Sverige (39). Deltagarna i andra studier ansåg att normer ändras med tiden och att barn med obesitas blivit allt vanligare och då har tillståndet mer normaliseras eftersom barnen ”sticker inte ut” längre som överviktiga (35, 36, 38). Det framkom från två andra studier att denna ”normalisering” beror på att information och kunskap om *hur* allvarligt och svårbehandlat tillståndet är saknas hos människor i samhället (37, 39). Dessutom ansåg BHV-sjuksköterskorna i den svenska studien från Isma et al. (2012) att de blivit förblindade och

inte längre kunde urskilja barn med obesitas, vidare ansåg de att några extra kilon är inget oroande och ansågs att detta var mer kopplat till familjeegenskaper. Deltagarna påpekade att det har uppmärksammats mer kring obesitas på olika nivåer i samhället och att det även införts förebyggande arbete. De ansåg att det svenska samhället hade kommit till insikt med att det vore fel att inte arbeta förebyggande, vilket skulle resultera i en epidemi som kan ses i andra länder. BHV-sjuksköterskorna lyfte också fram att obesitas hos barn fortfarande är ”oidealiskt” i det svenska samhället vilket leder till att barnet utsätts för mobbning och stigmatisering (39).

### **Förmågan att ta professionellt ansvar**

Denna kategori sammanfattar BHV-sjuksköterskans uppfattning hur hen utifrån sin profession påverkas i sina möjligheter att förebygga barnobesitas. Det vill säga hens egen uppfattning av sin förmåga att förebygga obesitas hos barn på ett adekvat sätt, vilka bygger på två subkategorier; *Ansvar/Prioriteringar* och *Föräldrars roll*.

### **Att ta ansvar och prioritera**

I sju av åtta artiklar beskrev deltagarna ett de kände ett stort ansvar att i sin profession förebygga barnobesitas (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41). Till exempel genom att ta upp ämnet, bedöma tillståndet, att föräldrarna skall uppmärksamma obesitas hos barnet och stötta föräldrarna med adekvat information, men enligt två studier låg det övergripande ansvaret hos föräldrarna och specialist barnövervikts enheter och inte inom BHV-vården (35, 36). Det framkom många bidragande förklaringar som begränsade BHV-sjuksköterskans i deras önskan om att genomföra det förebyggande arbete, såsom utöver tidigare nämnda tidsbrist och teamsamverkan också personliga faktorer som kunskapsbrist, osäkerhet och rädsla för föräldrarnas reaktion om ämnet togs upp (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41).

Deltagarna upplevde att de saknade kunskap kring olika situationer, exempelvis vid hantering av BMI och, hur man bäst samtalar med föräldrar kring barnets vikt, vilket skapade en osäkerhet hos BHV-sjuksköterskan som i sin tur påverkade deras upplevelse av ansvar och det förebyggande arbetet negativt (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41). Vissa deltagare ansåg att eftersom barn numera vistas mer på förskolan, där de både äter och leker, så har också förskolan ett större ansvar för det förebyggande arbetet kring överviktiga barn än BHV (35, 36, 37). I tre

studier poängterar deltagarna att deras ansvar var att bedöma tillståndets mobilitet och riskfaktorer men däremot inte behandla obesitas (35, 37, 40).

Även att ”ta upp” ämnet med föräldrarna ansågs vara svårt (35, 36, 39, 40). Enligt studien från Isma et al. (2012) framkom det att obesitas kan vara något som föräldrarna skäms över och inte vill diskutera och då upplevde BHV- sjuksköterskorna att det fanns en risk att förolämpa föräldrarna och därför var det viktigt att vara neutral i språket och aktsamt påpeka barnets vikt (39). Många BHV-sjuksköterskor ansåg att deras roll var väldigt viktig gällande hur de informerar föräldrarna om deras barns viktstatus och hur föräldrarna hanterar rekommendationer som givits. Att skapa trygg och god relation kan vara avgörande i det förebyggande arbetet mot obesitas (35, 36, 39, 40). I studien Walker et al. (2007) poängterar BHV-sjuksköterskorna att tilliten som föräldrarna har till dem är inget som skall äventyras och om ämnet om barnets vikt tas upp kan det upplevas som kritik mot föräldrarna vilket även äventyrar kontinuitet i barnets hälsa som kunde leda till att föräldrarna undvek att komma till de framtida besöken (35). Även att öka föräldrars motivation och ha en positiv inställning vid förändringsarbete hos föräldrarna ansågs vara viktig faktor för att lyckas i det förebyggande arbetet (36).

Eftersom familjen anses vara i behov av professionell vägledning ansåg deltagarna att det var deras ansvar att slussa vidare familjen till rätt enhet. BHV-sjuksköterskorna ansåg att deras ansvar var begränsat och deras främsta uppgift var att uppmärksamma föräldrarna på barnets överviktsproblematik (35, 36). BHV-sjuksköterskorna prioriterade inte barn med obesitas, som nämnts tidigare, då det var tidskrävande och istället prioriterades barn som var påverkade av föräldrarnas rökning, mödrar med förlossningsdepression, omsorgen kring barnet och barn med autism (36). Enligt studien från Isma et al. (2012) ansåg deltagarna utifrån deras erfarenhet på BHV att det är väldigt få barn med obesitas som förekommer på deras mottagning därav prioriteras barn med undervikt och inte barn med obesitas då det ändå var så få fall och behövde då inte mer insatser från deras sida. Däremot om barnet med obesitas även hade diabetes blev prioriteringarna och resurserna annorlunda (37). I studien Bohman et al. (2013) undersöktes i vilken utsträckning BHV-sjuksköterskorna samtalande om barns kostvanor och fysisk aktivitet under besöken och studien fann att endast cirka tio procent av tiden handlade om kostvanor och cirka fyra procent av tiden handlade om fysisk aktivitet (42). Trots att BHV-sjuksköterskorna hade gått kurser i Motiverande samtal (MI) och kunde



behärska metoden prioriterades det största delen av besökstiden åt fysiska undersökningar. En BHV-sjuksköterska i studien tog inte ens upp ämnet fysisk aktivitet (42).

### **Att skapa relation och dela ansvar med föräldrarna**

Många av deltagarna uppgav att det största ansvaret att förebygga obesitas, låg hos föräldrarna (35, 36, 37, 38, 40). Eftersom föräldrar ansvarar för vad barnet gör och får i sig och de är nyckelpersonerna för att förhindra problemet. I studien från Isma et al. (2012) uppgav BHV-sjuksköterska att föräldrarna kanske inte accepterar att de har ett problem vilket gör att det blir väldigt svårt att påverka att de äter mindre onyttig mat (35). Oavsett hur mycket information som ges till föräldern eller hur mycket BHV-sjuksköterskan engagerar sig, är det fortfarande upp till föräldern att välja vad som skall göras med informationen och slutligen välja vad de skall göra gällande barnets vikt (36). Då obesitas ansågs vara en svårhanterlig sjukdom utifrån ett flertal aspekter, exempelvis ville deltagarna inte skapa oro hos föräldrarna och ämnet upplevdes som känsligt, ledde det till att diskussion kring barnets vikt inte togs upp med föräldrarna och barnet riskerade då att inte få rätt hjälp med vikt problematiken (35, 36, 37, 38, 40). Enligt BHV-sjuksköterskorna i studien från Walker et al. (2007) fanns det en rädsla för att uppmärksamma problemet då skulle barnet bli medveten om sin vikt vilket i sin tur kunde leda till psykisk ohälsa hos barnet, något som förstås inte var deras önskan (35). Många av studierna lyfte hur relationen till familjen eventuellt skulle äventyras om obesitas uppmärksammades vilket skulle påverka det hälsofrämjande arbetet kring barnet i övrigt (35, 36, 38, 39, 40). Enligt deltagarna upplevde de många gånger motstånd, ilska, förnekelse och att föräldrarna kände sig förolämpade vid diskussion om barnets vikt med föräldrarna (37, 38, 39, 40, 41). Det fanns även föräldrar som var villiga att samarbeta med BHV-sjuksköterskorna för att förebygga obesitas hos barnet (36, 39, 40).

I flera studier ansåg deltagarna att obesitas hos barn har ett samband med sociala och kulturella skillnader (35, 36, 39). Många BHV-sjuksköterskor upplevde att föräldrar som arbetade heltid och hade en stressig vardag påverkade familjens matvanor, vilket resulterade till flera besök på snabbmatsrestauranger (38, 39, 40, 41). Även den ekonomiska situationen och låg utbildningsnivå var avgörande för vilka val som gjordes kring kost och aktiviteter enligt studiedeltagarna (36, 39, 41). I studien från Walker et al. (2007) framkom det att valet av matvanor ansågs vara kopplad till okunnighet hos föräldrarna, gällande vad som var nyttigt

respektive onyttigt. Vilket kunde visa sig genom att barnet kom till mottagningen med ett chips paket i handen eller att de åt på choklad. Chips, godis, läsk, mjölk och småkakor ansågs inte som onyttigt av föräldrarna utan snarare som ett mellanmål (35). I studien från Isma et al. (2012) beskrev deltagarna att i vissa kulturer var obesitas ett tecken på hälsa och rikedom. Där spädbarn och små barn som var mulliga ansågs som starkare och sötare av föräldrarna. Denna annorlunda syn på vad som ansågs vara hälsosam vikt stämde inte överens med BHV-sjuksköterskans syn (39).

## **Diskussion**

### Metoddiskussion

I studien inkluderades artiklar från hela världen för att kunna utforska BHV-sjuksköterskans upplevelse i samband sitt förebyggande arbete på BHV. Det är en styrka i en litteraturstudie att kunna inkludera studier från hela världen. I den här studien var det en fördel att flera av studierna var utförda i Sverige, vilket innebär att de är i samma kontext som författarna framtida arbete och den kunskapen kan lättas implementeras. Ytterligare en styrka med att göra en systematisk litteraturstudie är möjligheten att begränsa inkluderade artiklar som publicerats de senaste tio åren, för att få en så aktuell bild som möjligt av forskning och evidensläget inom ämnet Metoden ansågs vara lämplig eftersom syftet med studien är att få en djupare förståelse för BHV -sjuksköterskans upplevelse i sitt förebyggande arbete med barnobesitas (28). Tre artiklar som inkluderades var med mixad metod men artiklarna var strukturerade på ett sådant sätt att de kvalitativa delarna kunde identifieras och därmed granskas och analyseras på samma sätt som övriga fem artiklar. I en av artiklarna bestod urvalet av både läkare och sjuksköterskor, där det inte framkom vilken profession som upplevt vad, vilket kan vara en svaghet, däremot skiljde sig inte denna studies resultat generellt mot övriga.

Pubmed och Cinahl användes som databaser vid sökningar vilket ansågs som lämpligt för att samla in data. Anledningen till detta för att framförallt Cinahl täcker in mycket forskning publicerat inom det vårdvetenskapliga kontexter. Trots detta identifierades flest artiklar från PubMed där fem artiklar inkluderades i resultatet, två artiklar är från Cinahl och en artikel söktes via manuell sökning. Manuell sökning kan göras på olika sätt exempelvis i början av

sökningen lästes referenslistorna i de valda artiklar för att hitta intressanta artiklar som berörde problemområdet som författarna ville studera (28). Sammanlagt var det åtta artiklar som hittades och eftersom många sökningar gjordes och inte fler artiklar som höll inklusionskriterierna ansågs sökningarna vara mättad. Ytterligare sökningar hade kunnat göras i andra databaser exempelvis i Scopus men ingen sökning genomfördes där på grund av tidsbrist. Om författarna hade haft mer tid på sig hade det möjligen lett till att fler artiklar hade identifierats som då hade kunnat eventuellt stärka resultatet. Även att bredda åldersspannet upp till tio års ålder eller uppåt hade förmodligen gjort att fler artiklar kunnat identifieras. Boolesk sökoperatorerna ”NOT” används inte i sökningsprocessen då det inte ansåg relevant att avgränsa sökningen med risk för att relevanta artiklar faller bort och därmed få ett minskat antal träffar. Andra språk än engelska valdes bort för att undvika få fram artiklar som var skrivna på ett språk som författarna kunde inte behärska. Engelska är inte modersmål för författarna vilket kan leda till felaktiga översättningar av artiklarna och för att minimera risken för feltolkning används översättning hjälpmedel och som även diskuterats mellan tolkningarna, för att dubbelkolla uppfattningen av artikeln mellan författarna.

Vid kvalitetsgranskning av artiklar användes SBU:s protokoll (29) för att bedöma kvaliteten. Författarna upplevde att det var svårt att besvara vissa frågor från protokollet vilket kunde påverka bedömningen av studie kvaliteten. En styrka är dock att kvalitetsgranskningen utfördes av båda författarna först var för sig, därefter jämfördes resultaten vilket rekommenderas av Polit & Beck (30).

För att kunna göra en systematisk litteraturöversikt bör etiska övervägande göras och det ansågs viktigt att studierna hade fått godkännande från etiska kommittéer (28). Alla artiklar som inkluderades i resultatet hade ett etiskt godkännande. Under arbetsgång var författarna uppmärksam på den etiska principen

#### Förförståelse

För att undvika sina egna tolkningar och uppfattningar som kunde påverka resultatet ens egna förförståelse är något som finns där hela tiden och som lätt kan färga av sig på det som görs. En styrka i studien var att författarna läste och granskade artiklarnas innehåll var för sig som sedan diskuterades emellan varandra och komma så textnära artiklarnas resultat som möjligt

(28). Analysen av datainnehållet var svårt på grund av ovana hos granskarna och om det hade funnits mer tid hade kanske en djupare förståelse framkommit. Även valet av sökord kan ha begränsats av detta var första gången forskarna genomförde en systematisk litteraturöversikt.

## Resultatdiskussion

Resultatet från studien visar på ett tydligt samband mellan organisatoriska brister så som; tid, resurser, kunskap och teamsamverkan och BHV-sjuksköterskans upplevelse av möjligheterna att förebygga barnobesitas. Vidare framkom det andra mer professionsbundna brister som BHV-sjuksköterskor upplevde påverkade deras förmåga i mötet med barn som har obesitas samt deras familjer. Det framkom även att tydliga rutiner kring till exempel användandet av BMI som ett hjälpmedel att identifiera ohälsa i form av obesitas, mer kunskap kring kostvanor och aktivitet skulle underlätta BHV-sjuksköterskans arbete. Ämnet i sig upplevs som känsligt då tilliten från föräldrarna gentemot BHV-sjuksköterskorna kan äventyras genom att diskutera problematiken kring barnobesitas.

### **BHV-sjuksköterskans förebyggande arbete med barnobesitas**

Den upplevda tidsbristen, ofta beroende på hög arbetsbelastning i form av bland annat för kort tid med patienterna eller mellan patienterna upplevdes som ansträngande. Även svårigheterna att förebygga och behandla obesitas sågs som en arbetsbelastning i sig och att ”bara” diskutera ämnet upplevdes och förutsågs ta för lång tid och det i sig skulle påverka andra arbetsuppgifter (35, 36, 37, 38, 39). Att det är svårt att både förebygga och behandla obesitas är ett känt faktum, vilket bland annat SBU har rapporterat om (15), samtidigt är vårdpersonalen skyldiga enligt Patientlagen (2014:821) att informera om patienternas hälsotillstånd och vilken vård och behandling som finns att tillgå (26).

Det finns även studier från andra professioner som upplever samma typ av hinder kring prevention av barnobesitas, bland annat den från Turner et al. (2009) där läkare inom primärvården också upplevde att de varken hade tid, erfarenhet eller metoder för att förebygga barnobesitas. Det som prioriterades var barnsäkerhet och tiden var begränsade för att förebygga obesitas och överlag att ha förebyggande arbete var som glasyr på kakan (43). I fyra artiklar framkom det även brist på andra resurser som påverkade BHV sjuksköterskans förebyggande arbete med barnobesitas (35, 36, 37, 38). Brist på resurser och rutiner är inte



vårdpersonal skall arbeta utifrån evidensbaserad vård vilket innebär de omvårdnadsåtgärder som nyttjas för att identifiera, förebygga, lindra behandla skall utvärderas. Att utöva evidensbaserad vård innebär att BHV-sjuksköterskorna skall basera sina beslut och handlingar om ingripande för att hjälpa varje patient med bästa tillgängliga vetenskapliga bevis (46), inte ignorera ohälsan på grund av dess svåra karaktär. Det är även viktigt att poängtera att BHV-sjuksköterskan har en betydande roll genom att tillföra organisationen kunskap och inte endast inom sin profession utan likaså att förbättringsarbete bör bedrivas (47), och utifrån aktuell studies resultat framkom ett flertal faktorer som hade kunnat förbättras till exempel rutiner, kunskap och prioriteringar och som hade kunnat testas genom olika utvärderande förbättringsarbeten. Enligt en studie framkom det att endast 10 procent av besökstiden lades på kostvanor och cirka fyra procent på fysisk aktivitet Trots att dessa deltagare hade kunskap om MI som kan underlätta diskussionen kring barnet med obesitas men gjordes inte. (41). Författarna fundera på om det kan beror på att MI metoden kräver tid och är långsiktigt och att utgå utifrån studiens resultat framgår tidsbrist som ett problem där man undviker att ta upp ämnet med föräldrarna.

### **Familjecentrerad vård (FCC)**

I resultatet framkom det att BHV-sköterskorna poängterar hur viktiga föräldrarna är i förebyggande arbetet kring barnobesitas (35, 36, 37, 38, 40). Inom FCC ses familjen som en fast trygghet och inflytande i barnets liv och välbefinnande (20, 21, 22). Många deltagare ansåg även att det största ansvaret låg hos föräldrarna. I aktuell studie framkom det att ämnet i sig upplevdes vara känsligt om det togs upp, vilket BHV-sjuksköterskorna ansåg kunde äventyra föräldrarna tillit till BHV-sjuksköterskorna och vården de önskade bedriva (35, 36, 37, 38, 40). Vidare påverkades det förebyggande arbetet av att BHV-sjuksköterskorna kände sig otillräckliga i samband med samtal med föräldrarna kring rådgivning och extra viktkontroll. Inom FCC är familjen kärnan kring barnet med dess vanor och beteenden och bör inbjudas till samtal med kring kost och levnadsvanor vilket inte var fallet i de flesta granskade artiklar. Ytterligare fynd från aktuell studie är det att obesitas verkade vara mer vanligt förekommande i socioekonomiskt utsatta områden, vilken även rapporterats i tidigare studier (2,14). Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport bör familjer med till exempel låg utbildningsnivå erbjudas extra stöd så som kunskaper om; sunda levnadsvanor, ohälsosam kost och hur dessa vanor i familjen påverkar barnets beteenden och få hjälp att bryta vissa

negativa mönster och på så sätt stimulera till ett mer hälsosamt beteende (12). Det som också bör uppmärksammas och som tidigare rapporterats sparsamt är hur BHV-sjuksköterskorna upplevde att heltidsarbetande föräldrar som är stressade nyttjar tillgången till snabbmatskedjor i stor utsträckning (38–41).

BHV-sjuksköterskorna beskrev hur det förekommer en annan syn kring hälsa och matvanor och därmed obesitas, som är relaterade till kulturella skillnader. Mellan olika kulturer kan det finnas olika traditioner när det gäller mat och ofta skiljer sig matvanorna. Men även inom samma kultur kan kosten skilja sig åt (48). Ett sätt för BHV-sjuksköterskan att bemöta dessa olika synsätt är att använda sig av FCC genom att visa respekt för familjen även om familjer hanterar situationer på olika sätt (20, 22, 23) och på sätt vara öppen och lyhörd för att kunna se helheten i kostvanorna (48). För att kunna lyckas med rekommendationerna är det viktigt för BHV-sjuksköterskan att göra föräldrarna delaktiga (24, 25, 26) genom att diskutera om familjens vanor och preferenser för att kunna individuellt anpassa informationen (24, 25, 26, 48). På så sätt skapas en relation mellan BHV-sjuksköterskan och familjen som är betydelsefull för att stödja barnets välbefinnande (20, 22, 23, 24, 26).

FCC mål är ett fungerande samarbete mellan BHV-sjuksköterskan och familjen, men även med andra professioner som kan behöva kopplas i vården kring patienten. Det här samarbetet ansågs av många i studien vara otillräckligt, och behöver förbättras för att på så sätt kunna hjälpa familjen (24, 27). Ett exempel på en icke fungerande teamsamverkan var när remisser blev avvisade på grund av barnets låga ålder eller bristande information om barnets övervikt. Även när BHV-sjuksköterskan försökte få tag i dietisten så fick de i gensvar att barn med allergier prioriteras först. Detta resulterade i att sjuksköterskorna kände sig isolerade och maktlösa att hantera barn med obesitas och deras familjer (36, 41). De olika aktörerna kring barnet såsom förskola, BVC, dietist, föräldrarna ska ges möjlighet att samråda med varandra för att kunna uppnå långvariga resultat hos barnet (27). Ett fungerande samarbete är viktigt hos olika professioner och aktörer kring barnet såsom dietist, specialist barnövervikt enheterna, förskola och mödravård bör ha för att ge förutsättningar för ett lyckat och åtgärdande arbete gentemot barn med obesitas. Genom att ha ett familjecentrerat synsätt kan man komma långt med att förebygga obesitas hos barn, genom att BHV-sjuksköterskan bjuder in familjen med respekt i samtalet så de kan bli delaktiga i det förebyggande arbetet.

Teamsamverkan är A och O i samarbetet med barnobesitas, som studien har visat vid brister så känner BHV-sjuksköterskan sig lämnad och maktlös i något som hen inte kan behärska.

### **Förslag till implementering inom primärvården**

Denna studie ger en bild av vilka barriärer som finns för BHV-sjuksköterskan i samband med sitt förebyggande arbete med barnobesitas. Förhoppningsvis kan studien hjälpa till för att få en fördjupad förståelse och hur viktigt det är att förebygga obesitas i tid och vilka hinder som finns kring det förebyggande arbetet med barnobesitas. Genom att vara medveten om dessa hinder kan man förbereda sig och ha en god planering i samband med den förebyggande vården kring barnobesitas. Framtida forskning/förbättringsarbete bör göras för att förbättra kunskapen om hur vårdpersonalen kan förebygga barnobesitas i tidigt skede med en familjecentrerad vård.

### **Slutsats**

Eftersom det var förhållande få studier som identifierades är det svårt att dra några övergripande slutsatser utifrån syftet, men det som framkommer tyder på att primärvården är ett förhållandevis utforskat område gällande BHV-sjuksköterskans roll som en förebyggande aktör kring barnobesitas och ett stort behov finns för att utveckla konkreta metoder, rutiner, kunskapsutveckling till exempel. Resultatet visade på ett flertal barriärer som brist på tid och resurser, icke fungerande rutiner och otillräckliga samtal med föräldrar. Men trots detta fanns det ett stort intresse och ansvarskänsla om förbättring för att kunna underlätta och förebygga barnobesitas hos de flesta deltagarna i studien. Om de identifierade barriärerna hade förbättrats kunde det möjligtvis leda till bättre förutsättningar för att förebygga barnobesitas i tidigt skede för att förebygga bland annat utveckling av kroniska tillstånd. Även att ha en öppen och ärlig dialog med föräldrarna utifrån en familjecentrerad vård skulle underlätta arbetet. Sedan tror vi att ämnet måste lyftas högre upp för att kunna få "rätt insatser och resurser", vilket också framkommer i SBU's rapport där slutsatsen bland annat är det krävs styrande insatser på samhällsnivå för att minska förekomsten av obesitas. Även mer forskning behövs för att ha evidensbaserade metoder och rutiner för att underlätta det förebyggande arbetet med barnobesitas i tidigt skede, vilket också tas upp av SBU's rapport (15).



## Referenslista

1. Derwig M och Håkansson L. Övervikt och fetma hos barn. I: Magnusson M, Blennow M, Hagelin, Sundelin C, redaktörer. Barnhälsovård- att främja barns hälsa. 6:e upplagan. Stockholm: Liber; 2016. s.180–186.
2. World Health Organization (WHO). Childhood Overweight and Obesity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. [cited 2017 Sep 7]. Available from:<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
3. NCD risk factor collaboration group. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. [Internet]. 2017 [uppdaterad 2017-10-10; citerad 2017-09-22]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\) 32129-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17) 32129-3).
4. Socialstyrelsen. Barn Obesitas Register i Sverige [Internet].2005. [cited 2017 Sep 7] Available from:<http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/borisbar-nobesitasregisterisver>
5. Barn Obesitas Register i Sverige (BORIS). Barnfetma [Internet]. Stockholm Län Landsting;2017. [cited 2017 Sep 7]. Available from: <http://www.e-boris.se/arsrapporter/2015-2/>
6. Brown V, Moodie M, Baur L, Wen L & Hayes A. The high cost of obesity in Australian pre-schoolers. *Australian and New Zeland Journal of Public Health* 2007; 41(3): 323–324
7. Börjeson M. Övervikt och fetma. I: Månsson M, Enskär K, redaktörer. Pediatrisk vård och specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s.443–466.
8. Barness LA, Opitz JM, Gilbert-Barness E. Obesity: Genetic, molecular, and environmental aspects. *American Journal of Medical Genetics*. 2007;143A (24): 3016–3034.
9. Larsson I och Rössner S. Fetma i primärvården. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2016.

10. Socialstyrelsen. Ohälsosamma matvanor hos barn och ungdomar[Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; [citerad 2017-09-28]. Available from:<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/sokiriktlinjerna/ohalsosammamatvanorhosbarnochu2>
11. Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research Journal*. 2003;11(3):452–456.
12. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Hämtad från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12982/folkhalsorapport-2009.pdf>
13. Rikshandboken Hälsovård. Barns tillväxt- Övervikt [Internet]. Stockholm: Sveriges landsting och regioner; 2017 [2017-09-29; citerad 2017-09-28]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Overvikt/>
14. Caprio S, Daniels S, Drewnowski A, Kaufman F, Palinkas L, Rosenbloom A, & Schwimmer J. Influence of Race, Ethnicity, and Culture on Childhood Obesity: Implications for Prevention and Treatment. *Obesity a Research Journal*. 2008; 16(12):2566–2577.
15. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Fetma – problem och åtgärder [Internet]. Stockholm: SBU;2013 [2013-09-09; cited 2017-09-21]. Available from: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvarderar/fetma---problem-och-atgarder/>
16. Danielsson P, Kowalski J, Ekblom Ö, Marcus C. Response of Severely Obese Children and Adolescents to Behavioral Treatment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2012;166(12): 1103-1108.
17. Hagman E, Danielsson P, Brandt L, Svensson V, Ekblom A, Marcus C. Childhood Obesity, Obesity Treatment Outcome, and Achieved Education: A Prospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*.2017;61(4): 1–6.
18. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården [Internet]. Falun: socialstyrelsen;2014 [uppdaterad OCT 2014; citerad 2017-09-20]. Available from:<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
19. Blom D-M. Rutin för Familjecentrerad vård [Internet]. Västra Götalandsregionen: Sahlgrenska Universitetssjukhuset;2017[2017-01-11; citerad 2017-09-21]. Available

from:<https://www.google.se/search?q=Rutin+familjecentrerad+v%C3%A5rd+sahlgrenska&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjku6zH0ffWAhXCNpoKHaeKAkgQBQgkKAA&biw=1440&bih=755>

20. Benzein E, Hagberg M, Saveman B. Varför ska familjen ses som enhet. I Benzein E, Hagberg M, Saveman B, editors. Att möta familjer inom vård och omsorg. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 27.
21. Kuo D.Z, Houtrow A.J, Arango P, Kuhlthau K.A, Simmons J.M, Neff J.M. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*. 2012;16(2):297-305.
22. Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*.1993;92(5):643-50.
23. Shields L. *What is "family-centered care"?* *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2015; 3(2):139-144.
24. Harrison TM. Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*. 2010;25(5):335-43.
25. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(10):1317–1323.
26. Sveriges Riksdag. Patientlag (2014:821). [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 20 Sep 2017] hämtat: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821#K4P3](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821#K4P3).
27. Bischofberger E, editor. Barnet i vården. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2004.
28. Forsberg C och Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 4. rev. utg. Stockholm: Natur & kultur; 2016.
29. SBU. utvärdering av metoder i hälso och sjukvården- en handbok [Internet] Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2014[citerad 2017-09-22] Hämtad från: Hämtad från webb:<http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>

30. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016[2017].
31. Nyberg R, Tidström A, editors. Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar. 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
32. Priest H, Roberts P, Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: theoretical issues. *Nurse Researcher*. 2002;10(1): 30–42.
33. Cöster H. Forskningsetik och ömsesidighet: vård, social omsorg och skola. 1. uppl. Stockholm: Liber; 2014.
34. CODEX regler och riktlinjer för forskning. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Internet]. Uppsala: vetenskapsrådet; 2017 [uppdaterad 2017-10-016 citerad 2017-09-21] Hämtad från webb:  
[http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjg-5mLqrbWAhVEJpoKHXM4DxIQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.codex.vr.se%2Ft\\_exts%2FHsFR.pdf&usg=AFQjCNHszX-xGXwKGEQ9Y7L5XdUcsNxM1g](http://www.google.se/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjg-5mLqrbWAhVEJpoKHXM4DxIQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.codex.vr.se%2Ft_exts%2FHsFR.pdf&usg=AFQjCNHszX-xGXwKGEQ9Y7L5XdUcsNxM1g).
35. Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BioMedcentral BMC Family Practice*. 2007; 8(50): 1-7.
36. Isma E, Bragmhagen A-C, Ahlstrom G, Östman M, Dykes A-K. Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. *BioMedcentral BMC Family Practice*. 2013;14(143): 1–10.
37. Gerards S, Dagnelle P, Jansen M, Vries N, Kremers S. Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BioMedcentral BMC Family Practice*. 2012; 13(37): 1-10.
38. Laws R, Campbell K, Pligt P, Ball K, Lynch J, Russell G, Taylor R, Wilson D-E. Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. *BioMedcentral BMC Nursing*. 2015; 14(26):1–14.

39. Isma E, Bramhagen A-C, Ahlstrom G, Östman M, Dykes A-K. Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BioMedcentral Family Practice*.2012; 13(57): 1-11.
40. Regber S, Mårild S,Hanse J. Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BioMedcentral BMC Nursing*.2013; 12(27): 1-11.
41. Ljungkrona -Falk L, Brekke H, Nyholm M. Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children. *Health Promotion International*. 2014; 29(4): 730-738.
42. Bohman B, Eriksson M, Lind M, Ghaderi A, Forsberg L, Rasmussen F. Infrequent attention to dietary and physical activity behaviours in conversations in Swedish child health services. *ACTA PAEDIATRICA*.2013; 102(5): 520-524.
43. Turner KM, Sheild JP, Salisbury C. Practitioners´views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2009; 59(568): 856-862.
44. Story T M, Neumark-Stzainer R D, Sherwood E N, Holt K, Sofka D, Trowbridge L F, Barlow E S. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills, and Training Needs Among Health Care Professionals. *PEDIATRICS*. 2002 ;110(1):1–7.
45. Kompetensbeskrivning- Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>.
46. Johansson E, Wallin L. Evidensbaserad vård. I: Edberg A.K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J, redaktörer. Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. Lund: Studentlitteratur. 2013. s. 103–138.
47. Hommel A, Idvall E, Andersson A-C. Kvalitetsutveckling. I: Edberg A.K, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J, redaktörer. Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden. Lund: Studentlitteratur. 2013. s. 147–174.

48. Rikshandboken. Förebyggande arbete- Bra mat för barn 0–5 år - handledning för barnhälsovården [Internet]. Jönköping: Inger Andersson; 2015 [2016-07-18]. Hämtad från: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/matvanor-halsa-miljo/kostrad-matvanor/spadbarn/bra-mat-for-barn-0-5-ar---handledning-for-barnhalsovarden.pdf>

## Bilaga 1. Söktabell Pubmed

DATABAS	SÖKORD	BEGRÄNSNINGAR	TRÄFFAR	LÄSTA ABSTRACT	RELEVANT ABSTRACT. ARTIKEL LÄST I FULLTEXT (DUBBLETT INKL.)	PUBL. År	VALDA ARTIKLAR
PubMed 2017-09-06	"Obesity" [title/abstract]	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). Qualitative research. English.	498	-	-	-	-
Pubmed 2017-09-06	"prevention" [title/abstract]	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). Qualitative research. English.	3309	-	-	-	-
Pubmed 2017-09-06	"Healthcare" [title/abstract]	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). Qualitative research. English.	1235	-	-	-	-
Pubmed 2017-09-06	"Nursing" [titel/abstract]	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). Qualitative research. English.	398	-	-	-	-
Pubmed 2017-09-06	overweight or "obesity prevention" and "health care professionals" And qualitative study*	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). English.	12	3	1. "Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals". Gerards et al.	2012	Ja (dublett)

2017-09-07	(overweight or obesity and "primary care" And prevention And qualitative study*)	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). Qualitative research. English.	20	5	2. "A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity". Walker et al.	2007	Ja
2017-09-10	prevention OR child health services OR obesity Or overweight Or "health care" AND qualitative study* AND nurses, pediatric	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). Qualitative research. English.	8	1	3. "Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden".	2013	Ja Dublett
2017-09-10	(overweight or obesity or prevention or "health care" And Swedish child health services	Publ. date 10 years. Abstract. Preschool Child (2-5 years). Qualitative research. English.	37	2	4. "Infrequent attention to dietary and physical activity behaviours in conversations in Swedish child health services".		Ja
2017-09-21	((overweight or obesity or prevention or "health care" And child and healthy and Swedish and health and centers)	Publ. date 10 years. Abstract. Qualitative research. English.	5	2	5. Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers	2013	Ja

## Bilaga 2. Söktabell Cinahl



DATABAS	SÖKORD	BEGRÄNSNINGAR	ANTAL TRÄFFAR	LÄSTA ABSTRACT	RELEVANT ABSTRACT. ARTIKEL LÄST I FULLTEXT (DUBBLETTER INKL.)	PUBL. År	VALDA ARTIKLAR
2017-09-06	“Obesity” [title/abstract]	Peer reviewed. English. 2007-2017 Child. preschool 2-5 years.	581	--	--	--	--
2017-09-06	“prevention” [title/abstract]	Peer reviewed. English. 2007-2017 Child. Preschool 2-5 years.	7219	--	--	--	--
2017-09-06	“Healthcare” or “Primary care” [title/abstract]	Peer reviewed. English . 2007-2017. Child. Preschool 2-5 years.	4957	--	--	--	--
2017-09-06	obesity prevention AND primary health care AND Nurses	Peer reviewed, English. 2007-2017. Child. Preschool 2-5 years.	29	5	6. Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia Laws et al.	2015	Ja
2017-09-07	“obesity AND prevention AND primary care AND childhood”	Peer reviewed. English. Abstract. 2007-2017.	25	--	--	--	--
2017-09-09	“Obesity AND prevention AND health care AND qualitativ methods	Peer reviewed. English. Abstract. 2007-2017.	5	--	--	--	--

2017-09-12	“obesity AND prevention AND healthcare AND children”	Peer reviewed. English. Abstract. 2007-2017.	106	--	--	--	--
2017-09-21	child AND health promotion AND prevention AND child health services	Peer reviewed. English. Abstract. 2007-2017.	49	3	7. <u>Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children</u> Ljungkrona - Falk et al.		Ja Dubblett

### Bilaga 3. Manuell sökning

DATABAS	SÖKORD	BEGRÄNSNINGAR	ANTAL TRÄFFAR	LÄSTA ABSTRACT	RELEVANT ABSTRACT. ARTIKEL LÄST I FULLTEXT (DUBBLETT INKL.)	PUBL. År	VALDA ARTIKLAR
					--		8. Swedish Child Health care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study Isma et al.

### Bilaga 1. Granskade artiklar

## Artikel 1

Titel	Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children
Författare År	Ljungkrona-Falk L, Brekke H, & Nyholm M. 2003
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevda hinder när de diskuterade med föräldrarna om hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och deras barns kroppsvikt.
Metod	Mixad metod.
Urval	76 sjuksköterskor som arbetade heltid eller deltid på 29 olika BHV enhet i västra Sverige, samtidigt skickade enkät ut till dessa sjuksköterskor. 24 sjuksköterskor erbjöds att delta i en av dem tre fokusgrupper. 17 sjuksköterskor tackade ja till att delta. Rekryteringsprocessen tillämpade strategiska urval och maximal variation.
Datainsamling	Mellan januari och februari 2007 samlades intervjuer från fokusgrupper. Intervjuer genomfördes av en grupp av oberoende moderator. Innan datainsamling gjordes en pilotstudie. Intervjuernas tid tog 90–120 min och spelade in digitalt, transkriberades därefter ordagrant.
Dataanalys	Dataanalysen gjorts med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys som enligt Graneheim och Lundman.
Bortfall	Redovisat bortfallet.
Slutsatser	Resultat visade oavsett stödet som utvecklats av dietister upplevde ändå BHV-sjuksköterskor att det fanns flera hinder för att främja hälsosamma vanor hos föräldrarna. Det krävs flera olika åtgärder för att hantera problem som relaterade till obesitas hos barn. Förslag på åtgärder kan exempelvis vara utbildning i olika typer av samtalsmetoder, konsekvent användning av riktlinjer även mer stöd i organisationen.
Kvalitet	Hög
Relevant	Ja

## Artikel 2

Titel	Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers
Författare	Regber S, Mårild S & Hanse J.
År	2013
Land	Sverige
Databas	PubMed
Syfte	Studien vill undersöka sjuksköterskornas uppfattning om samspelet mellan sjuksköterska och föräldrar på BVC och utvärdera hinder och möjligheter för att kunna främja en hälsosam vikt och förebygga fetma.
Metod	Kvalitativ design.
Urval	Rekryterade sjuksköterskor som jobbar på BVC i Västra Götaland. 15 sjuksköterskor med specialistutbildning från BVC som har anställning inom Västra Götaland län. Frivilligt deltagande.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer. Intervjuer hölls mellan 2011–2012 på respektives sjuksköterskors mottagning på BVC
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalys. Alla intervjuer transkriberades ordagrant därefter importerades transkriptionen till ett dataanalysprogram (CAQDAS) som stöd som sedan lagrades, kodades, memoskrivning, sorterades och analyserades.
Bortfall	Redovisat bortfall.
Slutsatser	Sjuksköterskor som använde BMI ansåg att det var bra verktyg. Sjuksköterskor upplevde att övervikt var ett känsligt ämne för att prata om och vissa föräldrar var medvetna om viktuppgången hos barn medan vissa inte erkänner den. Det var sjuksköterskor som tog först initiativet för att diskutera när barnet var överviktiga eller hade fetma. BMI ansågs vara bättre att identifiera obesitas hos barn men användes sällan på BHV i sydvästra Sverige.
Kvalitet	Hög
Relevant	Ja

Titel Författare År	Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia Laws R, Campbell K.J, Van der Pligt, Ball K, Russell G, Taylor R & Denney-Wilson. 2015
Land Databas	Australien Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att belysa vilka faktorer som påverkar och stödjer det förebyggande arbetet för att motverka fetma i barndomen och BHV – sjuksköterskans upplevelser.
Metod	Mixad metod.
Urval	66 BHV– sjuksköterskor som inkluderades varav 56 deltog i den kvantitativa delen med enkät. 20 av BHV sjuksköterskor deltog i den kvalitativa delen av studien. BHV-sjuksköterskor från 2 av 31 kommunala områden i Melbourne, Australien som valdes ut.
Datainsamling	Studien med kvantitativa delen genomfördes med enkäter som innehållande 24 frågor och testades genom en pilotstudie, medan den kvalitativa delen utfördes per telefon med hjälp av en intervjuhandledning. Intervjuerna tog 30 min att genomföra.
Dataanalys	Den kvantitativa delen analyserades med hjälp av SPSS22.0. Den kvalitativa delen att intervjuerna transkriberades, kodades och sorterades, importerades till dataprogram Nvivo9. Grounded theory med induktiv ansatsen tillämpades för att analysera kvalitativa delen.
Bortfall	Bortfall redovisat.
Slutsatser	Att främja en sund viktökning stämmer överens med BHV-sjuksköterskors arbetsuppgift. I BHV sjuksköterskan arbete ingår det att ge livsstilsråd om hälsosam kost och aktivitet samt identifiera övervikt hos barn och förebygga mot fetma.
Kvalitet	Hög
Relevant	Ja

Titel Författare År	Swedish Child Health Care nurse's conceptions of overweight in children: a qualitative study Isma G, Bramhagen A-C, Ahlstrom G, Östman M, & Dykes A-k. 2012
Land Databas	Sverige Manuell sökning
Syfte	Studien var att belysa uppfattningarna om obesitas i barndomen bland sjuksköterskorna som arbetade inom BHV.
Metod	Kvalitativ studie som baserades på öppna frågor med fenomenografisk ansats.
Urval	Deltagarna arbetade i minst ett år inom barnhälsovården och hade erfarenhet av att arbeta med överviktiga barn. Distriktssköterskor från 26 BHV-mottagningar i fyra kommuner i södra Sverige. 91 distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Ursprungligen erbjöds 19 distriktssköterskor att delta studien. 18 distriktssköterskor tackade ja till studien.
Datainsamling	Kvalitativa intervjuer med öppna frågor.
Datanalys	Analysen gjordes i fem steg med fenomenografisk tillvägagångssätt.
Bortfall	Redovisat bortfall.
Slutsatser	Distriktssköterskorna föreställningar var övervikt i barndomen som var komplex och svåra att hantera. Synen på övervikt hos barn har förändrats både föräldrar och distriktssköterskor inom BHV, att överviktiga barn inte sticker ut längre som överviktiga. Deltagarna upplevde svårigheter att ta upp viktproblematik med föräldrarna. I resultatet togs det även upp vikten av ett fungerande relation mellan föräldrarna och distriktssköterskan.
Kvalitet	Hög
Relevant	Ja

Titel	Infrequent attention to dietary and physical activity behaviours in conversations in Swedish child health services
Författare År	Bohman B, Eriksson M, Lind M, Ghaderi A, Forsberg L, Rasmussen F. 2012
Land databas	Sverige PubMed
Syfte	Att undersöka samtalet mellan sjuksköterskor och föräldrarna på BHV. Uppmärksamhet riktas mot diet, fysisk aktivitet hos barn.
Metod	Mixad metod.
Urval	23 sjuksköterskor deltog i studien.
Datainsamling	Deltagande sjuksköterskors samtal med familjen som hade barn mellan 2 ½ år och 4 år ljudinspelades som genomfördes på barnkliniken. Alla inspelningar gjordes 2009 utom en som gjordes 2010. Samtalens längd var ca 30 minuter.
Dataanalys	Analysen genomfördes med hjälp av SPSS är ett dataprogram som analyserar kvantitativa data. Hur analyserade forskarna studiens kvalitativa delar.
Bortfall	Inte redovisat.
Slutsatser	Diet och fysisk aktivitet var sällsynt uppmärksammat på BHV. Effekten av förebyggande insatser mot barnfetma var oroväckande trots att deltagarna hade kunskaper i MI.
Kvalitet	Medelhög
Relevant	Ja

Titel Författare År	A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. 2007
Land Databas	England PubMed
Syfte	Att ta reda på läkares och sjuksköterskor syn i förhållande till deras yrkesroll och behandling av fetma hos barn.
Metod	Kvalitativ metod.
Urval	18 person som deltog i studien, 12 läkare och 6 sjuksköterska.
Datainsamling	Under 2006 maj från 39 kliniken som erbjöd att delta I studien. 11 kliniker svarade på inbjudan, varav 12 läkare och 6 sjuksköterskor. Mesta av deltagare var mellan 40–49 år.
Dataanalys	Intervjuer skedde på face -to -face. Semi-strukturerade intervjuer som transkriberades och analyserades med av att hjälpa av strukturanalys.
Bortfall	Inte redovisat
Slutsatser	Läkare och sjuksköterskor ansåg att deras roll i att hantera obesitas var tydlig och för att ta upp ämnet om barnets vikt och ge generell rådgivning kring kost och aktivitet. Det som ansågs hade uppmärksammats på mottagningen var att det var svårt att påverka och evidensen kring barnobesitas är begränsade. Tills bristen på effektiva interventioner är inte identifierade kan inte det inte genomföras ytterligare mål.
Kvalitet	Hög
Relevant	Ja



Titel Författare År	Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden Isma E, Bramhagen A-C, Östman M & Dykles A-K 2013
Land Databas	Sverige PubMed
Syfte	Studien var att belysa BHV – sjuksköterskors uppfattning om förebyggande arbetet med övervikt och fetma i barnhälsovården.
Metod	Kvalitativ studie med fenomenografisk ansats.
Urval	Totalt var det 91 BHV-sjuksköterskor som uppfyllde kriterierna för att delta, 26 av dessa valdes utifrån ålder, kön, nationalitet, antal yrkesår och antal år som de jobbat inom BHV. Fyra kommuner i Södra Sverige valdes ut och totalt 26 BHV mottagningar som inkluderade. Deltagarna skulle ha erfarenhet av att arbeta med barn (0–6) år även ett års erfarenhet att arbeta med överviktiga barn. 18 BHV – sjuksköterskor deltog slutligen i studien. Medelålder var 51 år och 11 års erfarenhet inom BHV.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor som utfördes på deltagarnas kontor. Intervjuerna tog mellan 26–90 min, genomsnitt 46min att genomföra.
Dataanalys	Analysen utfördes i fem steg med hjälp av en fenomenografisk ansats.
Bortfall	Redovisat bortfall.
Slutsatser	BHV sjuksköterskans uppmärksamhet för att förebygga barnobesitas, deras initiativ för att förebygga är beroende av deras syn på hinder som hindrar de i arbetet. BHV sjuksköterskorna kände sig osäker i arbete för att förebygga övervikt hos barn vilket kunde leda till det var svårt att identifiera barn med övervikt. Saknad resurser och icke fungerande organisation kunde försvårade arbete med övervikt hos barn. Ett behov fanns som ökat samarbete från alla insatser som är blanda i dessa barn och deras familjer.
Kvalitet	Hög
Relevant	Ja

Titel	Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals
Författare	Gerards S, Dagnelie P, Jansen M, Vries N & Kremers S
År	2012
Land	Holland
Databas	PubMed
Syfte	Studiens var att identifiera hinder som personal upplever i nederländsk ungdomshälsovård och uppfattar när vårdpersonal hänvisar föräldrarna till överviktiga barn till förebyggande intervention.
Metod	Kvalitativ design
Urval	Rekryteringen genomfördes ungefär 6 månader i 14 barnhälsovården och vårdpersonal fick information om studien. Frivillig deltagande. De som visade sitt intresse vara med i studien så fick anmäla sitt intresse. 16st deltog i studien.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalys.
Bortfall	Inte redovisat.
Slutsatser	De upplevde att det är viktigt för personal inom BHV får mer träning i deras själv förmåga och även metoder i hur de kan motivera föräldrar vars barn har obesitas till att delta i förebyggande interventioner. Ytterligare behövs det framtida studier i föräldrars medvetenhet för hantering av barnets övervikt.
Kvalitet	Hög
Relevant	Ja