

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2024:115

Distriktssköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot
övervikt och fetma hos barn inom barnhälsovården
En systematisk integrativ litteraturstudie

Sarah Al-kaiat
Berivan Kavak



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Distriktssköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot fetma och övervikt hos barn inom barnhälsovården. En systematisk integrativ litteraturstudie

Titel på engelska: The district nurse's experience in the preventive work against obesity and overweight in children in child health care. A systematic integrative literature review.

Författare: Sarah Al-kaiat & Berivan Kavak

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Distriktssköterskeutbildning

Handledare: Ann-Helén Sandvik

Examinator: Jonas Karlsson

Sammanfattning

Övervikt och fetma hos barn är en växande global utmaning som påverkar barns fysiska och psykiska hälsa och ökar risken för framtida sjukdomar. Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot övervikt och fetma hos barn inom barnhälsovården. Studien genomfördes som en systematisk integrativ litteraturstudie baserad på tio vetenskapliga artiklar, som granskades och analyserades för att identifiera gemensamma kategorier och underkategorier. Resultatet redovisades i två kategorier med tillhörande underkategorier. Första kategorin, *hinder i det preventiva arbetet* med tre underkategorier: tidsbrist och begränsningar i vårdstruktur, tveksamheter gällande rådande riktlinjer och bristande samverkan i vårdkedjan. Andra kategorin belyser, *erfarenheter av samverkan med familjen* med fyra underkategorier: känsla av ansvar, ett känsligt ämne som fordrar en varsam strategi, svårigheter i kommunikationen och strategier i specialistsjuksköterskans arbete. Distriktssköterskors arbete med att förebygga övervikt hos barn påverkas av begränsningar som tidsbrist, kommunikationssvårigheter och bristande samarbete. För att lyckas krävs individanpassade metoder, stärkt tvärprofessionellt stöd och kontinuitet i vården.

Nyckelord: *Distriktssköterska, erfarenhet, övervikt, fetma, barnhälsovården, integrativ litteraturöversikt*

Abstract

Overweight and obesity in children are a growing global challenge that affects children's physical and mental health and increases the risk of future diseases. The purpose of the study was to describe the district nurse's experience of the preventive work against overweight and obesity in children within child health care. The study was conducted as a systematic integrative literature review based on ten scientific articles, which were reviewed and analyzed to identify common categories and subcategories. The results were presented in two categories with associated subcategories. The first category, obstacles in the preventive work with three subcategories: lack of time and limitations in healthcare structure, uncertainties regarding current guidelines, and insufficient collaboration in the care chain. The second category highlights experiences of collaboration with the family with four subcategories: a sense of responsibility, a sensitive topic requiring a cautious approach, difficulties in communication, and strategies in the specialist nurse's work. District nurses' work to prevent overweight in children is affected by limitations such as lack of time, communication difficulties, and inadequate collaboration. Individual methods, strengthened interprofessional support, and continuity in care are required to succeed.

Keywords: District nurse, experience, overweight, obesity, child health care, integrative literature review

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Fetma och övervikt hos barn	1
Orsaker till fetma och övervikt hos barn	3
Iso-BMI.....	4
Barnhälsovården.....	5
Vårdande relation	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
Ansats	8
Urval.....	8
Datainsamling	9
Kvalitetsgranskning.....	10
Etiska överväganden	12
RESULTAT	12
Hinder i det preventiva arbetet.....	13
Tidsbrist och begränsningar i vårdstruktur	13
Tveksamheter gällande rådande riktlinjer	14
Bristande samverkan i vårdkedjan	15
Erfarenheter av samverkan med familjen	16
Känsla av ansvar.....	16
Ett känsligt ämne som fordrar en varsam strategi.....	17
Svårigheter i kommunikationen	18
Strategier i specialistsjuksköterskans arbete	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Kommunikationsutmaningar med föräldrarna	22
Samarbetet mellan olika professioner	24
Barnets perspektiv och betydelse för klinisk praxis.....	26
Hållbar utveckling	28
SLUTSATSER	28
KLINISKA IMPLIKATIONER	29

Bilaga 1 Söktabell

Bilaga 2. Artikelmatris

Bilaga 3. Kvalitetsgranskningsmall för kvantitativa studier

Bilaga 4. Kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa studier

INLEDNING

Under de senaste åren har ökningen av övervikt hos barn globalt blivit en av de största utmaningarna inom folkhälsan. Övervikt i sig betraktas inte som en sjukdom, men fetma klassificeras som ett medicinskt tillstånd med omfattande effekter på barns både fysiska och psykiska hälsa. Detta problem påverkar inte bara deras nuvarande hälsa negativt utan utgör också en risk för deras framtida välbefinnande. Ekebergh (2015, s. 28) beskriver hälsa som ett holistiskt tillstånd där hela människan är i fokus. Hälsa definieras som en upplevelse av att vara i balans – både inre och i relation till andra människor. Det handlar om att känna välbefinnande och att vara kapabel att genomföra sina små och stora livsprojekt. Enligt Världshälsoorganisationen (World Health Organization; WHO) är fetma hos barn ett av detta århundrades mest pressande folkhälsoutmaningar. Sjukdomar som är kopplade till övervikt, såsom blodfetsrubbnings, typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdomar, leder till fler dödsfall och minskar barnens livskvalitet. Risken för dessa sjukdomar ökar avsevärt, och vissa kan uppkomma redan under tonåren (Jansson & Nergårdh 2020, s. 799–800). De vanligaste orsakerna till fetma är fysisk inaktivitet och dålig kost, något som kan förebyggas. Detta ämne väckte ett intresse hos författarna under verksamhetsförlagd utbildning inom barnhälsovården, då det ibland upplevdes som ett känsligt ämne att ta upp i mötet med vårdnadshavare. Det förekom osäkerheter kring distriktssjuksköterskans roll i det hälsofrämjande arbetet med barn som lever med övervikt och fetma. Barnhälsovården spelar en nyckelroll i det hälsofrämjande arbetet genom att tidigt identifiera fetma och övervikt. Genom att belysa detta område kan bättre strategier utvecklas för att stödja både vårdnadshavare och barn i att upprätthålla hälsosamma livsstilsvanor. Detta kan i sin tur leda till att barnhälsovården stärker sina insatser för att främja barns hälsa och välbefinnande.

BAKGRUND

Fetma och övervikt hos barn

Övervikt och fetma definieras som onormal eller förstorad fettansamling som kan försvaga hälsan hos individen. Fetma och övervikt hos barn är en av de stora folkhälsoutmaningarna i modern tid. Barn som drabbats av fetma har kraftigt ökat de senaste åren, något som skapar ett hot mot folkhälsan världen över. I Sverige lider ca 3–4 % av fyraåringar av fetma och 15% av

övervikt. Vid tio års ålder är det ca 9–10 % som lider av fetma (Marcus & Thorén 2020). År 1995 var det 18 miljoner barn under 5 år som klassades som överviktiga världen över, år 2010 låg antalet på 43 miljoner. Mer än 60% av barn som lider av övervikt eller fetma kommer att vara överviktiga i vuxen ålder (Rabbitt & Coyne 2012). Var femte svensk tioåring (12–20%) lider av övervikt eller fetma. Mängden barn med fetma och övervikt har fördubblats i Sverige mellan åren 1984 och 2000 (Janson & Nergårdh 2020, s. 800). En nationell statistik från 20 regioner i Sverige visade att bland fyraåriga barn födda 2014 hade cirka 9 procent övervikt och 2 procent fetma. Övervikt och fetma var vanligare hos flickor (13 procent) än hos pojkar (10 procent), och det fanns betydande skillnader mellan regionerna. I samband med coronapandemin ökade förekomsten av övervikt och fetma markant, och för fyraåringar födda 2016 steg andelen till över 13 procent (Rikshandboken 2023). Det uppskattas att fetma och övervikt bidrar till cirka 44% av diabetesfallen, 23% av fallen av ischemisk hjärtsjukdom, och mellan 7% och 41% av vissa cancersjukdomar (Rabbitt & Coyne 2012).

Till år 2025 har WHO en målsättning för att uppnå en stabilitet där fetma bland barn inte ska öka, en målsättning som alla medlemsländer skall uppnå. Att Sverige når upp till detta mål uppskattas ligga på 23% chans. Risken är hög att fetma finns kvar i vuxen ålder, något som i förekommande fall kan leda till en genomsnittlig förkortad medellivslängd. Dödligheten är tre gånger högre för dödsfall före trettio års ålder. Varje år dör minst 2,8 miljoner vuxna världen över till följd av övervikt eller fetma. Att förebygga barnfetma och sätta in tidig behandling är därför angeläget. Fetma och övervikt bland barn förekommer mer vid sämre socioekonomiska förutsättningar (Marcus & Thorén 2020). Sårbarhet är en grundläggande del av det mänskliga livet och blir särskilt tydligt i utsatta situationer, där barn har ett ökat behov av skydd och omvårdnad. Att erkänna barns sårbarhet innebär att förstå deras beroende av andra för att tillgodose deras behov av trygghet (Gjengedal et al. 2013). Utsatthet innebär att vara i ett tillstånd av sårbarhet och beroende, präglad av brist på skydd och en känsla av att vara utlämnad. Det kan kopplas till den existentiella utsattheten till följd av sitt tillstånd eller beroende av vården. Det förstärks av behovet av tillit i vårdrelationen, där barnet är beroende av, och behöver förlita sig på de vuxna i vårdsituationer de inte alltid förstår (Almerud Österberg, Hörberg, Ozolins, Werkander Harstäde, & Elmqvist 2023).

Orsaker till fetma och övervikt hos barn

Fetma bland barn uppstår ofta på grund av överdrivet kaloriintag och/eller låg fysisk aktivitet, detta beror på barnets omgivning och samhälle. En instabilitet mellan energiintag och förbrukning, att konsumera mer energi från mat och dryck än vad som behövs för tillväxt och utveckling, är starkt kopplat till stigande BMI och något som leder till ökade fetmanivåer (Smith, Fu & Kobayashi 2020; Henderson 2021). Kaloribalansen kan förvärras av ytterligare beteenden. Det vanligaste är mat med lågt näringsinnehåll och hög konsumtion av sockerhaltiga drycker, förkortad sömnlängd, höga nivåer av stillasittande beteende och låg fysisk aktivitet. Dåliga sömnvanor som präglas av kort varaktighet kan öka risken genom förändrade nivåer av aptitreglerande hormoner och oregelbundna ätmönster, som mellanmål på natten. Barn som har en kortare nattsömn från spädbarnsåldern till skolåldern har en ökad risk att utveckla fetma och övervikt, jämförelse med barn i samma ålder som sover enligt de genomsnittliga rekommendationerna som är åldersspecifika. Behovet av att förebygga fetma och att tidigt ingripa för att förhindra ökning av övervikt är något som visat långvariga effekter på folkhälsan (Smith, Fu & Kobayashi 2020). Enligt tidigare studier har en födelsevikt över 4 kg är en ökad riskfaktor för att utveckla övervikt vid 4–5 års ålder. Snabb viktökning under det första levnadsåret, känd som "rapid weight gain", kan kopplas till framtida obesitas, där risken blir fyra gånger så stor i utveckling övervikt och fetma senare i livet. Undervikt vid sex månaders ålder, följt av en snabb tillväxtfas, har också kopplats till en ökad risk för övervikt senare i livet (Rikshandboken 2023). Helamning upp till 4–6 månader bidrar till långsammare tillväxt, samt har en skyddsfaktor för typ 2-diabetes och obesitas senare i livet (Rito et al. 2019).

Genetik kan påverka barnets känslighet för viktuppgång och risken att utveckla övervikt eller fetma, där 30–50 procent av risken bedöms vara genetiskt orsakad. Detta påverkar hur kroppen sköter energiöverskott vid energisparande syfte. Barn till föräldrar med obesitas har 5–10 gånger högre risk att själva utveckla obesitas. Faktorer under graviditeten som en graviditetsdiabetes, snabb viktökning och rökning, har verkan på barnets viktutveckling. Obesitas hos både barn och vuxna är starkt kopplat till låg socioekonomisk status. Faktorer som låg inkomst, låg utbildning, stress, begränsade resurser, föräldrarnas psykiska hälsa, mödrars långa arbetstider och låg hälsolitteracitet ökar risken för obesitas utveckling (Rikshandboken 2023). Henderson (2021) lyfter hur inom vissa kulturer har det historiskt sett funnits en uppfattning om att en "tjock baby" är ett tecken på god hälsa. Samtidigt leder den allt mer urbaniserad värld till färre säkra platser för lek och fysisk aktivitet, vilket också spelar

en roll i fetmautvecklingen (Henderson 2021). Det är viktigt inom barnhälsovården att förstå de bakomliggande orsakerna till barnets viktproblematik och hur samarbete med den unga individen och dess familj kan ske för att uppnå en hälsosam vikt (Penn & Kerr 2014). Flera föräldrar är inte medvetna om att deras barn har övervikt, eller ser det inte som ett problem. Föräldrar kan reagera med försvar eller förnekelse när ämnet tas upp. Detta kan göra att samtalen blir känsliga och utmanande, särskilt om föräldrarna har en annan uppfattning om vad som anses vara en hälsosam vikt (Pallan et al. 2024).

Tidigare studier betonar vikten av fasta familjerutiner och struktur, som gemensamma måltider, goda sov rutiner och tandborstningsvanor för att stödja barns hälsosamma viktutveckling (Bradbury et al. 2018). En trygg och stabil relation mellan föräldrar och barn ökar barnets chanser till en balanserad vikt (Pallan et al. 2024). Föräldrar behöver känna sig säkra i sin förmåga att uppmuntra goda mat- och rörelsevanor samt vara villiga att genomföra förändringar i familjens livsstil. Det är också viktigt att föräldern får stöd i att utveckla en vägledande och tydlig föräldrastil, där de fungerar som positiva förebilder (Bradbury et al. 2018).

Iso-BMI

Iso-BMI används som ett verktyg för att avgöra om ett barns vikt är inom normala gränser eller om åtgärder behövs. Kroppsmasseindex eller Body Mass Index (BMI), är ett mått som visar förhållandet mellan vikt och längd (Francis, Hoke & Kraschnewski 2018). BMI anses vara ett tillförlitligt verktyg för att definiera övervikt och fetma hos barn, men det är viktigt att tolka resultatet med försiktighet, eftersom BMI inte tar hänsyn till om vikten beror på muskler eller fett (Kumar & Kelly 2017). Body Mass Index räknas genom vikt (kg) delat med längden i kvadrat (m^2). För barn från två års ålder används en anpassad version kallad Iso-BMI, som tar hänsyn till barnets ålder och kön. Iso-BMI används för att bedöma undernäring, övervikt och fetma och är en internationellt vedertagen standard, särskilt rekommenderad inom barnhälsovården (Rikshandboken 2022). Iso-BMI 25 markerar gränsen för övervikt, samt Iso-BMI 30 anger gränsen för obesitas. Tillväxtkurvor och tillväxt referenser används inom barnhälsovården för att följa barns tillväxt över tid. Dessa kurvor baseras på en referenspopulation och tar hänsyn till ålder och kön för att bedöma barnets tillväxt. Iso-BMI kurvan är något som följs över tid där fokus inte ligger på ett enskilt BMI-värde vid en viss tidpunkt. Gränsvärdena för Iso-BMI fungerar som riktmärken och används för att bedöma om barnet utvecklar en hälsosam vikt snarare än att dra slutsatser från ett enstaka värde. Genom att

följa dessa kurvor kan avvikelser som undernäring, övervikt eller tillväxtproblem upptäckas tidigt (Rikshandboken 2023).

Barnhälsovården

Tidigare studier visar att interventioner, såsom motiverande samtal och hälsofrämjande rådgivning kan vara framgångsrika, dock finns det även en stor variation i hur dessa tillämpas och hur effektiva de är i praktiken (Desai 2019). Barns hälsa är inte enbart en individuell angelägenhet, utan även en samhällelig prioritet. Enligt FN:s barnkonvention (Förenta Nationerna 1989), som betonar att barnets bästa alltid ska vara vägledande i alla beslut och åtgärder som berör barn, är det således av stor vikt att de som arbetar inom barnhälsovården har ett helhetsperspektiv på barns välbefinnande. Detta inkluderar att identifiera faktorer som påverkar barns fysiska och psykiska hälsa. Enligt konventionen har barn och deras föräldrar rätt till information och utbildning om centrala hälsoaspekter som kost, hygien och olycksförebyggande åtgärder, vilket är väsentligt för att främja en god hälsoutveckling hos barnet. Utöver detta betonar konventionen vikten av barnets rätt till delaktighet i frågor som rör barnet och dennes liv. Detta innebär att barnets perspektiv och åsikter ska beaktas i beslutsprocesser som rör deras hälsa, vilket ställer krav på de professionella inom barnhälsovården att skapa utrymme för barnets delaktighet och medinflytande. I linje med barnkonventionens principer måste barnhälsovården säkerställa att alla barn, oavsett bakgrund, har tillgång till förebyggande hälsovård, vilket är en central del av att främja barns rättigheter och välbefinnande (Förenta Nationerna 1989).

Målen med det nationella barnhälsovårdsprogrammet som gäller från att barnet är nyfött tills hen börjar i förskoleklass, är att främja barns fysiska, psykiska och sociala hälsa genom att stödja deras utveckling, förebygga ohälsa och snabbt identifiera samt åtgärda problem relaterade till barns hälsa och uppväxtmiljö (Rikshandboken 2018). Studier visar på att interventioner som motiverande samtal och rådgivning för att främja hälsa kan vara effektiva, dock finns det stora skillnader i hur de genomförs och vilka resultat de ger i verkligheten (Bischof, Bischof & Rumpf 2021). I detta arbete har specialistsjuksköterskan en central roll, då hon aktivt arbetar med att förebygga ohälsa och främja hälsa både på individ- och gruppnivå. Genom att identifiera riskfaktorer tidigt och erbjuda stöd och vägledning till barn och familjer, bidrar specialistsjuksköterskan till att främja en långsiktig hälsoutveckling (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2019). För att uppnå detta erbjuder barnhälsovården generella insatser till alla barn och föräldrar, samt förstärkta insatser när behov uppstår.

Insatserna är en del av det nationella barnhälsovårdsprogrammet (Rikshandboken 2018) som syftar till att säkerställa en jämlik och rättvis vård för alla barn i Sverige. Programmet är utformat för att tydliggöra barnhälsovårdens uppdrag och inriktning. Fokus ligger på att följa barnets hälsa och utveckling över tid, inkludera både barnet och familjen i beslut och insatser, och tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt. Vid behov sätts ytterligare insatser in, och samverkan sker ofta med andra aktörer som socialtjänsten, förskolan och andra vårdgivare. Programmet består av tre delar: grundläggande insatser som ges till alla barn, insatser som tillämpas vid behov, samt mer omfattande insatser för barn och familjer som kräver extra stöd. Dessa insatser anpassas efter barnets och familjens specifika situation, vilket gör programmet flexibelt och anpassningsbart över tid. Målet är att skapa förutsättningar för en jämlik vård där alla barn får den hjälp de behöver, oavsett bakgrund eller livsvillkor (Rikshandboken 2018).

Vårdande relation

Relationen mellan patient och distriktssköterska är ledande för vårdandet. En vårdande relation utgör en gemenskap och det är genom denna typ av relation som patient och anhöriga får möjlighet att formulera sina känslor, önskningsar eller problem. En god och fungerande relation bygger på ömsesidig tillit och respekt mellan parterna. Om detta saknas riskerar relationen att bli obalanserad och till och med medföra skada. En fungerande relation förutsätter att distriktssköterskan kan ha en öppen dialog och skapa en positiv stämning där barnet och föräldrarna känner att de får stöd i sin situation (Wiklund 2003, ss. 153). Dahlberg och Segesten (2010, ss. 214-216) beskriver hur vårdpersonal, i detta fall distriktssköterskor, strävar efter att ge god vård och skapa meningsfulla vårdmöten. En vårdande relation bygger på att distriktssköterskan aktivt arbetar för att skapa en god relation med patienten och dess anhöriga, vilket främjar en känsla av trygghet och delaktighet. När distriktssköterskan lyckas skapa en vårdande relation, blir i detta fall barnet och föräldrarna sedda och hörda, vilket ger dem möjlighet att vara aktiva deltagare i sin egen hälsoprocess. En god vårdrelation ger patienten en känsla av värde och respekt. Detta är speciellt viktigt eftersom patienter ofta befinner sig i en sårbar och utsatt situation. När vården är vårdande får patienterna möjlighet att känna sig trygga och bekräftade, vilket kan leda till positiva känslor och ökad motivation att delta i sin egen vård. God kommunikation är grunden för en vårdande relation och kan ha en positiv effekt på hälsan såsom exempelvis ett förbättrat känslomässigt mående. Som distriktssköterska är en stor del av arbetet att prata och lyssna på patienten och dess anhöriga (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2019). En bra relation med patienten leder till att

patienten kommer ihåg mer av vad som sagts och känner sig mer nöjd jämfört med om de bara fått skriftliga instruktioner eller kort tid med vårdpersonalen. De flesta klagomål på vårdpersonal handlar om dålig kommunikation, snarare än brister i deras medicinska kompetens (Andersson 2019). Vad gäller att hjälpa barn med vikten är en bra relation mellan föräldrar och vårdpersonal extra viktig, eftersom föräldrarnas inställning och beteende påverkar hur barnen äter och rör sig (Bradbury et al. 2018). Eriksson (1994, s. 86-87) påpekar att en vårdande relation bidrar till att skydda patientens värdighet och ger dem en känsla av makt och kontroll över sin situation. För att uppnå dessa positiva effekter krävs en ökad medvetenhet och reflektion hos sjuksköterskorna. Genom att vara medvetna om sina handlingar och attityder kan sjuksköterskor skapa en vårdande atmosfär som främjar både patientens välbefinnande och en effektiv vårdprocess (Eriksson 1994, s. 97-98).

PROBLEMFORMULERING

Trots omfattande insatser för att förebygga övervikt och fetma hos barn fortsätter dessa hälsoproblem att öka, vilket utgör en stor utmaning för folkhälsan. Distriktssköterskan spelar en central roll inom barnhälsovården genom tidig identifiering av riskfaktorer och hälsofrämjande insatser samt stöd till familjer. Barnets utsatthet och sårbarhet i denna situation är av värde, då övervikt och fetma kan påverka deras hälsa både fysiskt och psykiskt, samtidigt som de är beroende av vuxnas vägledning och vård. Det saknas tillräcklig kunskap om distriktssköterskans erfarenheter av det preventiva arbetet. För att utveckla mer effektiva metoder behövs en djupare förståelse av distriktssköterskans perspektiv på de strategier och utmaningar de möter i arbetet med att förebygga, och hantera fetma och övervikt hos barn. Ur detta perspektiv är det vårdande mötet och relationen mellan distriktssköterskan, barnet och familjen väsentligt för att stärka barnets hälsa och minska deras utsatthet. Med detta som bakgrund är det betydelsefullt att undersöka distriktssköterskans perspektiv på det preventiva arbetet inom barnhälsovården för att mer effektivt motverka övervikt och fetma hos barn och att bättre förstå vilka strategier som fungerar. Vi har därför valt att undersöka distriktssköterskans erfarenheter av det preventiva arbetet hos barn i åldrarna 2–6 år.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenhet av det preventiva arbetet mot övervikt och fetma hos barn inom barnhälsovården.

METOD

Ansats

Studien är en systematisk integrativ litteraturstudie. Enligt Whitemore och Knafl (2005) beskrivs integrativa litteraturöversikt som en kombination av kvalitativ och kvantitativ forskning. Processen börjar med att identifiera ett problem och formulera ett syfte. Därefter genomförs en systematisk litteratursökning baserad på nyckelord. Artiklarna kvalitetsgranskas innan relevanta delar identifieras, kodas och kategoriseras. Varje studie granskas noggrant vad gäller metod och resultat, och analysen presenteras på ett klart och strukturerat sätt. Författarna bedömde metoden som särskilt användbar för att skapa en djupare förståelse inom ett specifikt forskningsområde.

Urval

I urvalsprocessen ska inklusion- och exklusionskriterier användas för att exkludera artiklar som inte besvarar studiens syfte vid söksystemet (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s.5). I det första steget utformades specifika kriterier för inklusion och exklusion, med syfte att besvara studiens frågeställning och säkerställa att endast relevanta artiklar inkluderades i litteratursökningen. Författarna noterade att i vissa artiklar betecknas alla intervjudeltagare som sjuksköterskor, oavsett om de är distriktssköterskor, barnsjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor, trots att de utför samma arbetsuppgifter som distriktssköterskor i Sverige. Därför inkluderas också termen specialistsjuksköterskor i sökningen. För att identifiera relevanta forskningsartiklar tillämpades PEO-modellen. Inom litteraturstudier är PEO en modell som används för att identifiera kärnbegrepp. PEO står för population, exposure och outcome (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 23)

PEO för denna studie består av följande:

- P: Population: distriktssköterskor, specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården
- E: Exposure: barn som lever med övervikt och fetma
- O: Outcome: erfarenhet i det preventiva arbetet

Inklusionskriterierna innebar att de vetenskapliga artiklarna skulle: 1. distriktssköterskor och specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården som arbetar eller har arbetat med barn med fetma och övervikt. 2. artiklar som är relevanta för den svenska distriktssköterskans

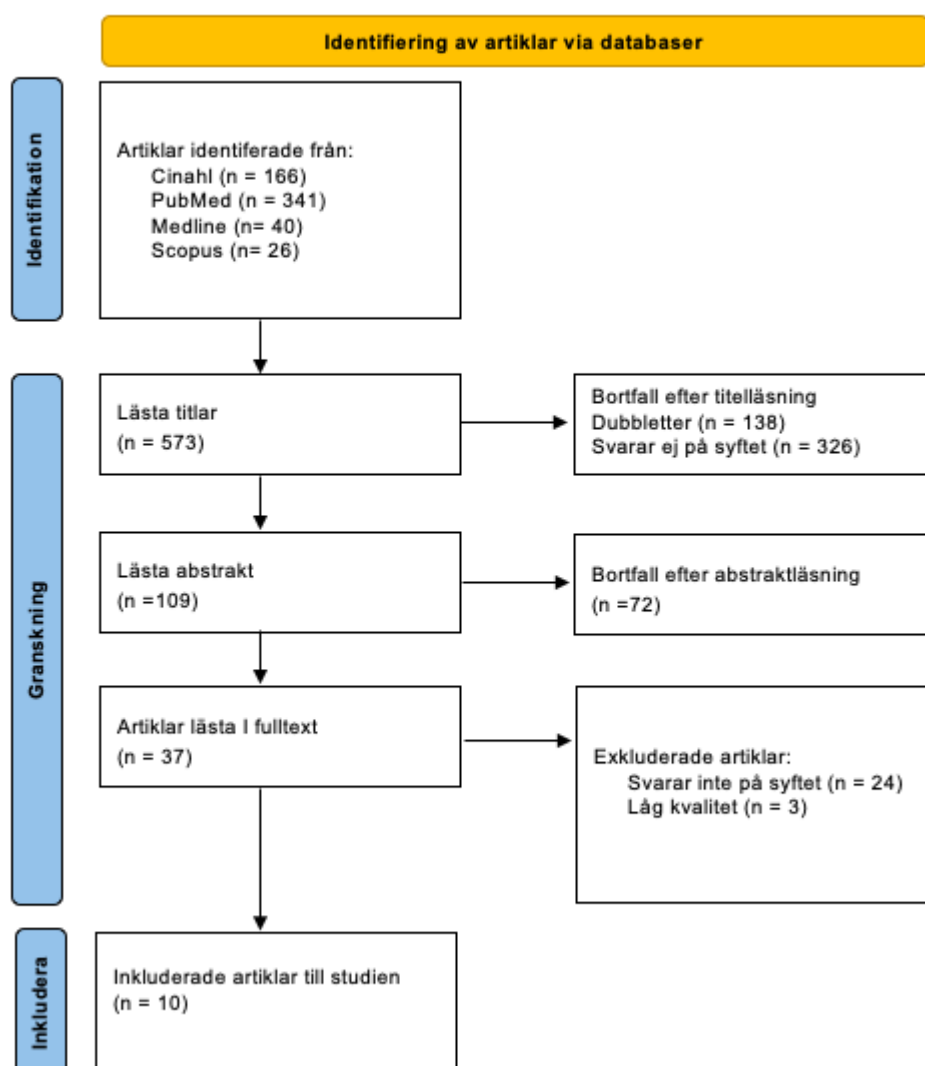
yrkesområde inom barnhälsovården. Begränsningarna i sökningen bestod av: 1. (peer-reviewed), 2. vara skrivna på engelska, 3. publicerats under perioden 2015–2024. Exklusionskriterier var artiklar som 1. enbart fokuserade på föräldrarnas perspektiv, 2. fokuserar på barnets upplevelse och perspektiv, 3. studier på enbart ungdomar samt barn över sex års ålder. 4. översiktsartiklar.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes via fyra olika databaser: PubMed, MedLine, Scopus och CINAHL. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderas i studien. Författarna använde Svensk Mesh för att fastställa relevanta sökord till studien. Booleska sökoperatörer som OR och AND användes för att utföra sökningarna så precisa som möjligt. För att förhindra att ord omkastas, användes citattecken i sökfrågorna. Genom dessa metoder kunde specifika artiklar hittas för studien. De sökord som genererade flest artiklar var: child health, prevention, overweight, obesity, health nurse, public health nurse och experience. Således resulterade datasökningen i 10 utvalda artiklar som användes i denna studie (Bilaga 1). Av dem utvalda artiklar bestod sex av studierna kvalitativ ansats, två av studierna med både kvalitativ och kvantitativ ansats samt två studier som enbart bestod av kvantitativ ansats. Sökningen utgjordes inledningsvis med enstaka sökord för att sedan använda kombinationsökningar för att minimera mängden träffar på artiklar. De artiklar som granskades har sitt ursprung i flera olika länder, inklusive Sverige, Norge, Nederländerna, Australien och USA.

Urvalet av artiklar genomfördes i flera steg, där båda författarna självständigt bedömde artiklarna utifrån inklusions- och exklusionskriterier. Därefter diskuterades resultaten och författarna enades om vilka artiklar som skulle tas vidare till nästa steg. Först identifierades 573 artiklar baserat på deras titlar. Av dessa togs 138 dubletter bort med hjälp av referenshanteringsprogrammet EndNote. Därefter exkluderades 326 artiklar eftersom de inte var relevanta för studiens syfte. PRISMA flödesdiagrammet beskriver denna urvalsprocess (figur 1) (Haddaway et al. 2022). De kvarvarande abstrakten granskades, varav ytterligare 72 artiklar uteslöts. Därefter lästes artiklar i sin helhet, och författarna kom gemensamt fram till att 24 artiklar skulle uteslutas – antingen för att de var systematiska översikter eller inte svarade mot syftet. Efter dessa steg kvarstod 13 artiklar för kvalitetsgranskning. Efter kvalitetsgranskningen exkluderades 3 artiklar.

Flödesschema enligt PRISMA



Figur 1. PRISMA flödesschema över urvalsprocessen.

Kvalitetsgranskning

En kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna genomfördes för att säkerställa resultatens trovärdighet och pålitlighet, vilket stärker studiens vetenskapliga styrka (Willman & Stoltz 2016). Granskningen baserades på Forsberg & Wengströms (2013) mall för kvalitativa och kvantitativa studier, som finns i bilaga 3. Mallen innehåller kriterier anpassade efter studiedesign, som ligger till grund för bedömningen. Artiklarna klassificerades som hög, medel eller låg kvalitet (Willman & Stoltz 2016). Artiklar med otillräcklig kvalitet uteslöts för att bibehålla en hög standard och ett kritiskt förhållningssätt i studien.

De flesta artiklarna hade kvalitativ design och granskades med fokus på hur väl de beskrev urval, metod och resultat. Granskningen följde riktlinjerna från Willman & Stoltz (2016), där författarna först diskuterade bedömningsmallen för att säkerställa en enhetlig tolkning. Därefter genomfördes en individuell granskning av varje artikel. För att identifiera eventuella skillnader i bedömningarna gick författarna gemensamt igenom resultaten och förde diskussioner innan ett slutligt beslut fattades om artikelns kvalitet.

Artiklarna bedömdes utifrån ett anpassat underlag som tog hänsyn till deras kvalitativa design (Forsberg & Wengström 2013). Högkvalitativa artiklar kännetecknas av tydlig metod och välskrivna resultat, medan artiklar med låg kvalitet kan ha bristfälliga frågeställningar, sakna metodbeskrivningar eller visa svaga resultat. Artiklar med medelkvalitet uppfyller inte alla krav för hög kvalitet men höll en bättre nivå än lågkvalitativa studier (se bilaga 3 & bilaga 4). Tre artiklar med låg kvalitet exkluderades för att säkerställa studiens kvalitet. Avsaknad av tydliga inklusions- och exklusionskriterier, redovisad urvalsmetod eller hantering av bortfall var orsaker till att artiklar exkluderades. Dessa brister ansågs påverka kvaliteten för mycket för att inkluderas i studien. Därtill granskades huruvida de uppfyllde de etiska kraven, vilket de inte heller gjorde. Totalt inkluderades tio artiklar av hög kvalitet.

Dataanalys

För att analysera data i litteraturöversikter är det viktigt att samla in information från primärkällor, koda dem, gruppera liknande innehåll samt sammanställa det till en slutsats. Författarna utformade en sammanställning av de 10 valda artiklarna i en artikelmatris, se bilaga 2. Whittemore och Knafl (2005) föreslår en modell för dataanalys uppdelad i fyra steg: 1) minska mängden data (datareduktion), 2) presentera och strukturera datan (datavisualisering), 3) jämföra och analysera mönster (datajämförelse) och 4) dra slutsatser baserat på analysen. Det är av stor vikt att varje steg genomförs noggrant för att skapa en tydlig process och ett genomarbetat resultat (Whittemore & Knafl 2005). I denna studie följde författarna denna modell för en systematisk integrativ litteraturöversikt. Resultaten från samtliga inkluderade artiklar granskades flera gånger för att få en djupare förståelse av materialet. Målet var att identifiera nyckelteman som belyser distriktssköterskans erfarenhet i det preventiva arbetet mot fetma och övervikt hos barn inom barnhälsovården. I jämförelsedelen identifierades viktiga ord och fraser, författarna jämförde dessa och hittade övergripande mönster för att undersöka likheter och skillnader. På så sätt började kategorier växa fram. Slutresultatet blev att sju

underkategorier identifierades, vilka grupperades i två övergripande kategorier som presenteras i tabell 1.

Etiska överväganden

Forskning ska byggas på ett par etiska grundläggande principer; respekt, godhet och rättvisa för den mänskliga värdigheten (Polit & Beck 2016, ss.130–132). En etisk studie bör fokusera på centrala frågor, ha hög vetenskaplig kvalitet och utföras på ett etiskt sätt. Forskning som involverar människor bör vara till nytta för yrkesverksamma, samhället och individen. I en litteraturstudie kan etiska överväganden uppstå, såsom de utförande studenternas begränsade kunskaper i engelska och metodologiska brister. Dessa faktorer kan öka risken för missförstånd, eftersom förmågan att förstå och göra korrekta bedömningar kan vara begränsad (Kjellström 2017, ss. 62–63). Vid genomförandet av systematiska litteraturöversikter är det avgörande att de inkluderade studierna har genomgått etisk prövning och att dessa redovisas på ett transparent sätt. Bristande etiskt godkännande kan innebära att deltagarna inte har gett informerat samtycke, vilket i sin tur kan påverka forskningens trovärdighet och etiska integritet (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s.183). Data ska presenteras objektivt och transparent, utan att manipuleras för att stödja förutfattade meningar (Vetenskapsrådet 2024). Under kvalitetsgranskningen exkluderades artiklar som inte uppfyllde de etiska kraven. Artiklarna granskades noggrant och kritiskt av författarna, som lade stor vikt vid att presentera resultaten objektivt utan att låta personliga åsikter eller känslor påverka. De säkerställde också att informationen var korrekt och att källhänvisningar utfördes på ett korrekt sätt.

RESULTAT

För att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av det preventiva vårdandet mot övervikt och fetma hos barn inom barnhälsovården, användes tio artiklar. Av artiklarna som användes bestod sex av studierna kvalitativ ansats, två av studierna med både kvalitativ och kvantitativ ansats samt två studier som enbart bestod av kvantitativ ansats. Genom analys av artiklarna identifierades två kategorier: *hinder i det preventiva arbetet* och *erfarenheter av samverkan med familjen*, med tillhörande underkategorier. Det är dessa kategorier som utgör grunden för resultatets presentation. Kategorierna och underkategorierna presenteras i tabell 1. I resultatredovisningen används termen specialistsjuksköterska för att termen distriktssköterska

inte används i alla länder som utför motsvarande arbetsuppgifter som distriktssköterskor i Sverige. Termen övervikt används för både fetma och övervikt.

Tabell 1. *Kategorier och underkategorier.*

Kategori	Underkategori
Hinder i det preventiva arbetet	Tidsbrist och begränsningar i vårdstruktur Tveksamheter gällande rådande riktlinjer Bristande samverkan i vårdkedjan
Erfarenheter av samverkan med familjen	Känsla av ansvar Ett känsligt ämne som fordrar en varsam strategi Svårigheter i kommunikationen Strategier i specialistsjuksköterskans arbete

Hinder i det preventiva arbetet

Specialistsjuksköterskor upplevde att tidsbrist och begränsade resurser hindrade deras preventiva arbete mot övervikt hos barn. Osäkerhet kring riktlinjer och bristande samverkan inom vårdkedjan försvårade också deras arbete, vilket gjorde det svårt att ge tillräckligt stöd till barn och familjer. Tveksamheter kring när och hur interventioner skulle sättas in påverkade deras förmåga att effektivt följa upp och erbjuda hjälp.

Tidsbrist och begränsningar i vårdstruktur

Brist på tid och ekonomiska resurser var återkommande problem som påverkade det preventiva arbetet negativt (Dera-de Bie, Brink-Melis, Jansen & Gerver 2016; Heggem, Gjørund, Zahl-Thanem, & Brigham 2023; Nordstrand, Fridlund & Sollesnes 2016). Specialistsjuksköterskor uttryckte en frustration över bristande resurser. De uppgav att de saknade resurser för att följa upp överviktiga barn och att de inte hade tillräcklig kompetens för att stödja barn i att stabilisera vikten.

Specialistsjuksköterskor upplevde att tidsbrist under BVC-besök ofta ledde till att samtal om barnets övervikt kortades ner eller sköts upp (Laws et al. 2015; Heggem et al. 2023). Man önskade längre besök och fler uppföljningar. Det beskrevs att specialistsjuksköterskorna ibland skyndade igenom samtal istället för att lyssna på familjens behov. Tidsbristen var särskilt

problematisk när föräldrar inte var medvetna om eller inte höll med om att barnets vikt var ett problem (Sjunnestrand, Nordin, Eli, Nowicka, & Ek 2019). Det upplevdes av specialistsjuksköterskorna att de hade för lite tid att tillhandahålla hälsofrämjande rådgivning, då andra kliniska uppgifter tog upp en stor del av deras arbetstid. Detta begränsade deras möjligheter att bygga en relation med föräldrar och följa upp råd om hälsosamma vanor. Specialistsjuksköterskor ansåg att mer tid skulle behövas för att effektivt motivera föräldrar till förändring (Cheng et al. 2020).

Tveksamheter gällande rådande riktlinjer

Specialistsjuksköterskor efterfrågade tydligare och mer användbara riktlinjer för att kunna ge bättre stöd till barn med övervikt (Nygaard & Øen 2024; Sjunnestrand et al. 2019; Nordstrand, Fridlund & Sollesnes 2016). Utan tydliga riktlinjer kände de sig osäkra på när och hur de skulle erbjuda stöd eller remittera vidare (Sjunnestrand et al. 2019; Nordstrand, Fridlund & Sollesnes 2016). Specialistsjuksköterskor ansåg att tydligare riktlinjer skulle höja vårdkvaliteten för barn med övervikt och fetma samt deras familjer (Dera-de Bie, Brink-Melis, Jansen & Gerver 2016; Nordstrand, Fridlund & Sollesnes 2016). Specialistsjuksköterskor ansåg att riktlinjerna för övervikt var för strikta (Nygaard & Øen 2024). De upplevde att även barn som är aktiva och ser hälsosamma ut klassificeras som överviktiga enligt skalorna i riktlinjerna, vilket skapade en osäkerhet om de borde informera föräldrarna. Specialistsjuksköterskor föreslog att gränserna för övervikt borde ses över (Derwig et al. 2021; Nygaard & Øen 2024).

Specialistsjuksköterskor var osäkra på om uppföljningen av övervikt kan ha negativa konsekvenser för barnet. Specialistsjuksköterskor använde sin kliniska erfarenhet för att avgöra om de ska kontakta föräldrarna när ett barn bedöms som överviktigt. Om barnet har haft en stabil vikt under en längre tid ansåg specialistsjuksköterskor att det är barnets normala vikt och valde att inte kontakta föräldrarna, detta för att undvika onödig oro. Ett förslag var att riktlinjerna borde innehålla mer forskning om hur barn ska involveras i livsstilsförändringar på ett hälsosamt sätt. Detta skulle ge specialistsjuksköterskorna bättre stöd i det preventiva arbetet och samtidigt ge föräldrar trygghet i att det inte skadar barnet (Nygaard & Øen 2024).

För att stärka det preventiva arbetet uttryckte specialistsjuksköterskorna behov av utbildning i rådande riktlinjer för att förebygga övervikt. Det uttrycktes även behov i hur man ger stöd och vägledning när övervikt har identifierats. Detta då det upplevdes som ett känsligt ämne att hantera (Derwig et al. 2021). Även om de fick viss utbildning om övervikt under sin

grundutbildning, uttryckte specialistsjuksköterskorna behov av kontinuerliga uppdateringar om ny forskning, särskilt om betydelsen av tidig viktkontroll och hur den kan bidra till att förebygga framtida problem. Hur genetiska och miljömässiga faktorer påverkar viktökning var något som även lyfts fram (Laws et al. 2015; Sjunnestrand et al. 2019).

Bristande samverkan i vårdkedjan

Specialistsjuksköterskor upplevde en övergripande brist i samverkan, däribland svårigheter i samarbetet med läkare, specialistvården och de utmaningar som specialistsjuksköterskor på landsbygden särskilt möter.

Specialistsjuksköterskor upplevde ett dåligt fungerande tvärprofessionellt samarbete vid uppföljning av barn med övervikt som ett stort hinder för effektivt preventivt arbete (Nygaard & Øen 2024; Sjunnestrand et al. 2019). Det önskades tydligare riktlinjer som beskriver hur ett tvärprofessionellt samarbete ska ske, särskilt mellan primärvården och specialistvården. Specialistsjuksköterskor föreslog att riktlinjerna borde innehålla mer konkreta exempel på hur samarbetet kan genomföras i praktiken, såsom möten och uppföljningar (Derwig et al. 2021; Nygaard & Øen 2024). Ett bättre samarbete med exempelvis dietister ansågs vara nödvändigt. Det påpekades att barns övervikt inte var specialistsjuksköterskornas expertområde och att familjer borde ha bättre tillgång till dietister. Specialistsjuksköterskor föreslog också ökat samarbete med förskolor, eftersom barn spenderar mer tid där än på BVC (Sjunnestrand et al. 2019).

Specialistsjuksköterskor upplevde utmaningar i dialogen med läkare och saknade ofta återkoppling efter att läkaren gjort en bedömning. Specialistsjuksköterskor berättade att läkaren sällan informerade om bedömningen och att det nästan aldrig förekom något samarbete i detta avseende (Nygaard & Øen 2024). Specialistsjuksköterskor upplevde att läkare ibland hade en annan syn på barnets vikt och delade inte samma oro, vilket gjorde att specialistsjuksköterskorna blev osäkra på om det var rätt beslut att hänvisa familjen till läkaren från början (Heggem et al. 2023; Nygaard & Øen 2024). Det beskrevs även att föräldrar ibland kom tillbaka från läkaren och sa att allt var under kontroll och att läkaren ifrågasatte varför de ens blivit kontaktade (Nygaard & Øen 2024). Detta skapade en känsla av att läkaren inte var en del av teamet. Specialistsjuksköterskor i mindre kommuner hade dock en annan upplevelse av samarbetet med läkare. Där fick de oftare återkoppling, något de kopplade till att de flesta

barn i mindre kommuner hade samma läkare, vilket ledde till tätare kontakt och samarbete (Nygaard & Øen 2024).

Specialistsjuksköterskor beskrev också bristen på samarbete med specialistvården. De hade förväntat sig mer specialiserad uppföljning från sjukhus men upplevde att specialistvården ofta vidtar liknande åtgärder som de själva. De saknade också dialog och återkoppling från specialistvården under och efter uppföljningen (Nygaard & Øen 2024; Sjunnestrand et al. 2019). Specialistsjuksköterskor betonade att ett ökat samarbete skulle kunna vara en lösning på resursbristen och främja det preventiva arbetet genom en gemensam probleminsikt och en helhetssyn på barnens hälsa (Heggem et al. 2023).

Specialistsjuksköterskor påpekade att yrkesrollerna ibland var otydliga, både för dem själva och för andra i vårdkedjan (Nygaard & Øen 2024). Specialistsjuksköterskor undvek vägning då de ansåg det oetiskt att påtala övervikt utan att kunna erbjuda effektiva lösningar (Heggem et al. 2023).

Erfarenheter av samverkan med familjen

Specialistsjuksköterskor kände ofta ett ensamt ansvar för att följa upp barn med övervikt, vilket skapade känslor av ensamhet. De ansåg att dialogen med föräldrar var viktig, men kulturella normer och familjepåverkan kunde hindra det preventiva arbetet. Att ta upp övervikt var känsligt och väckte starka känslor hos föräldrar, vilket ledde till oro om att skada relationen.

För att underlätta samtalen använde specialistsjuksköterskor strategier som BMI-diagram och öppna frågor för att skapa en öppen dialog. De efterfrågade mer utbildningsmaterial och använde motiverande samtal för att hjälpa föräldrar reflektera över barnets hälsa.

Känsla av ansvar

Ansvarskänslor, ensamhet, dialog med föräldrar och vikten av att ta upp barnets hälsa och utmaningar, kopplade till föräldrarnas respons och kulturella normer, var återkommande delar som togs upp.

Specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården upplevde ofta att de bar ett ensamt ansvar för att följa upp barn med fetma och deras familjer, vilket skapade en känsla av ensamhet i arbetet (Enö Persson et al. 2022; Nygaard & Øen 2024). Specialistsjuksköterskor uttryckte att de

saknade kollegor att dela ansvaret med och diskutera barnen, vilket ytterligare förstärkte känslan av att arbeta ensamma med detta ansvar (Nygaard & Øen 2024).

Trots dessa utmaningar ansåg specialistsjuksköterskorna att dialogen med föräldrarna var en central och meningsfull del av det preventiva arbetet. De beskrev möten med föräldrar som inspirerande och ibland glädjefyllda, särskilt när samarbetet ledde till positiva resultat (Castor, Derwig, Borg, Ollhage, & Tiberg 2021; Sjunnestrand et al. 2019). När föräldrar instämde i vikten av att göra hälsofrämjande förändringar upplevde specialistsjuksköterskorna både professionell och personlig tillfredsställelse (Castor et al. 2021).

Specialistsjuksköterskorna uppgav att det var viktigt att ta upp barnets risk för övervikt och främja hälsosamma vanor, oavsett om föräldrarna var redo att diskutera detta eller inte. De ansåg detta vara en del av deras ansvar i det preventiva arbetet (Sjunnestrand et al. 2019). Samtidigt uttryckte de en plikt att vägleda och informera föräldrar för att förebygga hälsoproblem, även om de ibland kände en oro över att föräldrar inte alltid tog deras råd på allvar.

Det framkom också att specialistsjuksköterskorna var medvetna om hur kulturella normer och familjepåverkan kunde påverka föräldrars inställningar och beteenden. Detta skapade ibland frustration hos specialistsjuksköterskorna, eftersom de upplevde att sådana faktorer kunde hindra det preventiva arbetet (Cheng et al. 2020).

Ett känsligt ämne som fordrar en varsam strategi

Att ta upp barns övervikt beskrevs som känsligt och utmanande, med varierande föräldrareaktioner, oro hos specialistsjuksköterskorna själva och särskilda svårigheter att nå familjer i störst behov av stöd.

Specialistsjuksköterskor upplevde att övervikt är ett känsligt ämne att ta upp eftersom det ofta väckte starka känslor hos föräldrar, som ilska, frustration, överraskning, sorg eller skuld (Derwig et al. 2021; Sjunnestrand et al. 2019; Castor et al. 2021). De uttryckte oro över att skada relationen till familjen eller riskera att förolämpa föräldrarna, vilket gjorde att de efterfrågade mer kunskap om hur dessa samtal kan hanteras på ett bättre sätt (Laws et al. 2015; Cheng et al. 2020). Specialistsjuksköterskorna upplevde att det var särskilt svårt att nå de föräldrar som själva befann sig i riskzonen för ohälsosam livsstil. Dessa föräldrar bar ofta på

känslor av skam och skuld, vilket bidrog till defensiva beteenden och undvikande av samtal (Enö Persson et al. 2022).

Specialistsjuksköterskor beskrev hur samtal om barns övervikt kunde väcka oro och ångest även hos dem själva, särskilt om de själva eller föräldrarna också kämpade med övervikt (Castor et al. 2021). Om specialistsjuksköterskor kände sig attackerade eller missförstådda av föräldrarna kunde de börja ifrågasätta sina egna färdigheter och reflektera över hur samtalet kunde ha hanterats bättre (Sjunnestrand et al. 2019; Laws et al. 2015).

Trots utmaningarna hade specialistsjuksköterskor erfarenheter av att vissa föräldrar kände lättnad när ämnet togs upp. Dessa föräldrar bad ofta om hjälp att diskutera livsstilsförändringar för att stödja barnens hälsa (Castor et al. 2021; Enö Persson et al. 2022).

Svårigheter i kommunikationen

Specialistsjuksköterskor möte olika utmaningar i det preventiva arbetet inom barnhälsovården, särskilt när det gäller att kommunicera ett barns vikt till föräldrar och hantera eventuella negativa reaktioner (Castor et al. 2021; Cheng et al. 2020; Nygaard & Øen 2024). Många föräldrar saknade tillräcklig kunskap om hur hälsosamma livsstilsval påverkar barnets utveckling och hälsa, och vissa visade bristande intresse för att följa dessa rekommendationer (Nordstrand, Fridlund & Sollesnes 2016; Cheng et al. 2020). Det påpekades att mer kunskap om genetiska faktorer behövdes för att kunna kommunicera detta till föräldrar på ett sätt som inte fick dem att känna skuld, vilket i sin tur kunde bidra till en mer öppen dialog (Sjunnestrand et al. 2019). Specialistsjuksköterskor efterlyste därför bättre och mer kulturellt anpassade resurser och informationsmaterial för att hjälpa föräldrar förstå och engagera sig i sådana råd om hälsosamma livsstilsvanor (Cheng et al. 2020).

Genom att erbjuda rutinmässiga besök för alla familjer, oavsett barnets vikt, kan samtal om kost- och livsstilsvanor underlättas utan att föräldrar känner sig dömda, vilket framhölls som ett viktigt steg i det preventiva arbetet. Kunskap och självförtroende i kommunikationen gjorde det lättare för specialistsjuksköterskorna att prata om övervikt (Sjunnestrand et al. 2019).

Specialistsjuksköterskans erfarenheter kring att ha övergått från telefonsamtal till skriftliga meddelanden har gjort kommunikationen mer tidseffektiv och minskat risken för omedelbara negativa reaktioner. Däremot uttrycktes det en del kritik till denna metod eftersom det upplevdes att det främst är resursstarka föräldrar som då hör av sig, vilket kan göra att de barn

som behöver mest stöd missas (Nygaard & Øen 2024). Socioekonomisk status påverkar också föräldrarnas deltagande i uppföljningen av barns vikt (Dera-de Bie, Brink-Melis, Jansen & Gerver 2016; Nygaard & Øen 2024). Specialistsjuksköterskorna tyckte det var utmanande att involvera barnet i samtalet. Barnet kunde vara upptaget med att rita samtidigt som det delvis var inkluderat och aktivt i dialogen under en del av tiden (Castor et al. 2021).

Strategier i specialistsjuksköterskans arbete

Anpassade råd, förtroendebyggande samtal och användning av konkreta exempel från tillväxtkurvor användes också för att locka fram insikter (Derwig et al. 2021; Cheng et al. 2020). BMI-diagrammet användes under barnets utveckling samt var en viktig strategi för att identifiera övervikt. Specialistsjuksköterskor upplevde BMI-diagrammet som ett tryggt och effektivt hjälpmedel när de tog upp ämnet med föräldrar (Derwig et al. 2021; Sjunnestrand et al. 2019). För att kunna hantera ämnet övervikt med föräldrarna på ett varsamt sätt med föräldrarna var ett återkommande tillvägagångssätt att inleda samtalet med öppna frågor (Sjunnestrand et al. 2019). Specialistsjuksköterskor kunde exempelvis visa barnets BMI-kurvor och fråga föräldrarna vad de själva tänkte och kände kring barnets viktutveckling. Detta tillvägagångssätt bidrog till en mer inkluderande och icke-dömande dialog (Derwig et al. 2021; Sjunnestrand et al. 2019). Specialistsjuksköterskorna uttryckte att de önskade mer utbildningsmaterial att ge till föräldrar om aktiv lek och stillasittande. De påpekade också att visuell information om hälsosam kost, inklusive bilder på portionsstorlekar och texturer, bedömdes också vara särskilt användbar för att tydliggöra rekommendationerna (Laws et al. 2015).

Specialistsjuksköterskor uppgav att en anledning till att motiverande samtal inte användes i mötet berodde på bristande kompetens (Nygaard & Øen 2024). Specialistsjuksköterskor har rapporterat att utbildning i motiverande samtal inte bara är en viktig strategi i det preventiva arbetet utan också upplevdes som både roligt och givande, särskilt i samtal med familjer där barnet har övervikt (Enö Persson et al. 2022).

Specialistsjuksköterskor använde en varsam strategi för att “väcka en tanke” hos föräldern kring barnens hälsa och vikt genom motiverande samtal med öppna frågor och aktivt lyssnande. Istället för att direkt nämna barnets vikt lyfte sjuksköterskan vikten av ett hälsosamt liv, vilket gav föräldrarna möjlighet att reflektera över barnets välmående i ett helhetsperspektiv. Detta skapade en trygg och öppen kommunikation som främjar förståelse och självmotivation hos

föräldrarna (Cheng et al. 2020). Specialistsjuksköterskor anpassade sina strategier beroende på föräldrarnas reaktioner och valde ibland att backa om de märkte att föräldrarna blev förolämpade. Oavsett samtalets utgång kände specialistsjuksköterskorna att de kunde "plantera ett frö" inför framtida samtal om barnets vikt, vilket kan bana väg för framtida förändringar och ökad medvetenhet hos föräldrarna (Sjunnestrand et al. 2019).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Detta är en integrativ litteraturstudie som inkluderar artiklar med både kvalitativa, kvantitativa och mixade metoder, vilket bidrar till en bred bild av området. En systematisk integrativ litteraturstudie är en forskningsmetod som inriktar sig på att besvara en specifik forskningsfråga. Enligt Whittemore och Knafl (2005) är metoden användbar för att sammanställa både kvalitativa och kvantitativa studier. En möjlig alternativ studiedesign som kunde ha valts är en kvalitativ intervjustudie. Dock var författarna intresserade av att kartlägga tidigare forskning inom området. En av de framträdande fördelarna med den genomförda litteraturstudien är dess reproducerbarhet, då den kan tillämpas på liknande populationer och i liknande sammanhang, exempelvis äldre barn eller andra familjer där livsstilsförändringar är aktuella. En möjlig svaghet med den valda metoden var begränsningen att inte kunna kontakta informanter för att få mer detaljerade beskrivningar eller förtydliga eventuella oklarheter.

PEO-modellen användes för att skapa sökord. Det var viktigt att dessa sökord överensstämde med studiens syfte för att upprätthålla en konsekvent och relevant sökstrategi. För att uppfylla studiens syfte fastställdes specifika inklusions- och exklusionskriterier. Dessa kriterier användes för att tydligt avgränsa vilka studier som skulle inkluderas i översikten och vilka som skulle exkluderas. Syftet med att använda sådana kriterier är att säkerställa att enbart relevanta studier som svarar på forskningsfrågan ingår, vilket stärker trovärdigheten och precisionen i resultatet. Urvalet fokuserade på vetenskapliga artiklar publicerade inom de senaste tio åren för att säkerställa att studien bygger på aktuell och relevant forskning, vilket stärker dess trovärdighet. Samtidigt kan det begränsade antalet inkluderade artiklar, endast tio stycken, utgöra en svaghet. Trots användning av fritextsökning i databaser resulterade i få träffar, vilket gör att vissa perspektiv kan saknas. Ett bredare urval av studier hade kunnat ge fördjupade resultat. Däremot har författarna i studien fokuserat på artiklar med hög kvalitet, vilket stärker

resultatens trovärdighet och ser till att den valda forskningen är välgrundad och av hög standard, trots det begränsade urvalet av artiklar.

För att uppnå detta inkluderade studien fyra databaser i granskningen. Valet av databaser är en styrka, då de är anpassade för att effektivt hitta relevanta artiklar som uppfyller studiens syfte. En tydlig beskrivning av både urvalsprocessen och datainsamlingen bidrog till att förbättra studiens överförbarhet och säkerställde en hög grad av transparens. För att bredda sökningen valde författarna att enbart använda fritextord, eftersom sökningar med ämnesord resulterade i ett otillräckligt antal träffar. I en integrativ litteraturstudie är det avgörande att identifiera ett brett spektrum av relevanta studier, säkerställa att dessa är opartiska och minimera risken att viktiga artiklar exkluderas. Användningen av fritextord möjliggör en mer omfattande sökning och ökar sannolikheten att inkludera studier som annars riskerar att förbises med en striktare sökstrategi baserad på ämnesord.

Begreppet distriktssköterska används endast i ett fåtal länder och varierar i betydelse och kompetens. Därför är det oftast inte möjligt att begränsa urvalet av artiklar till att enbart omfatta distriktssköterskor i den svenska kontexten. Socialstyrelsen (2014) framhåller att den svenska barnhälsovården är integrerad i primärvården, vilket skiljer sig från andra länder. Dessa strukturella skillnader försvårade identifieringen av distriktssköterskans specifika arbetsområde i internationella studier (Socialstyrelsen 2014). De artiklar som låg till grund för studiens resultat beskrev dock deltagarna som sjuksköterskor med specialistutbildning inom primärvård eller barnhälsovård, vilket säkerställde en hög överförbarhet till den svenska barnhälsovården och distriktssköterskans yrkesroll. Detta kan även ses som en potentiell svaghet då det kan påverka studiens överförbarhet och jämförbarhet. Artiklarna som valts ut är från Norden, Europa och andra västerländska länder med jämförbar hälso- och sjukvård samt levnadsstandard som i Sverige. Detta stärker studiens trovärdighet och överförbarhet, då resultaten kan anses vara tillämpbara inom svensk sjukvård.

Att granska artiklarnas kvalitet gör det möjligt att bedöma hur väl genomförda studierna är, vilket i sin tur kan förklara skillnader i deras resultat och deras praktiska tillämpbarhet. En sådan kvalitetsgranskning bidrar också till att säkerställa att den egna studiens resultat håller hög kvalitet (Bettany-Saltikov & McSherry 2016, s. 131). Vid kvalitetsgranskningen av artiklarna bedömdes samtliga inkluderade hålla hög standard enligt de använda granskningsmallarna. Detta garanterade att studierna som inkluderades var både relevanta och

pålitliga för studiens syfte. Dataanalysen utfördes gemensamt för att identifiera likheter och skillnader. Artiklarna lästes först individuellt av författarna och diskuterades sedan tillsammans för att säkerställa ett sammanställt resultat. Artiklarna kategoriserades i ett Word-dokument, och all relevant data som svarade på syftet inkluderades i resultatet. Genom att arbeta tillsammans minimeras risken av egna uppfattningar och värderingar samt säkerställs en noggrann bearbetning av data. Ett mer strukturerat tillvägagångssätt i samarbetet hade kunnat uppnås vid användning av analysverktyg eller fördjupad systematisk kodning. Detta hade potentiellt kunnat fördjupa analysen samt bidra till ytterligare struktur.

Resultatdiskussion

I resultatet används termen specialistsjuksköterska, men i resultatdiskussionen övergår författarna till att använda termen distriktssjuksköterska. Detta val gjordes för att avgränsa diskussionen utifrån studiens syfte.

Kommunikationsutmaningar med föräldrarna

Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (2019) framhåller vikten av en välfungerande och effektiv verksamhet, där distriktssköterskan förväntas inneha den nödvändiga kompetensen och tillgången till adekvata resurser för att hantera de utmaningar som uppkommer i det dagliga arbetet. Distriktssköterskor inom barnhälsovården möter en rad utmaningar när de arbetar med uppföljning av barn med övervikt och fetma. Dessa utmaningar innefattar både kommunikativa, organisatoriska och känslomässiga aspekter. Tid- och resursbrist är vanligt förekommande, vilket gör det svårt att genomföra önskade insatser, menar Toomey et al. (2021).

WHO:s mål att stabilisera barnfetma till 2025 har endast 23 % chans att uppnås i Sverige. Fetma som etableras i barndomen kvarstår ofta i vuxen ålder och är vanligare vid sämre socioekonomiska förutsättningar (Marcus & Thorén, 2020). Att följa upp övervikt och fetma från 2 års ålder är viktigt för att förebygga framtida hälsorisker. Det är vid denna ålder som BMI-kurvor börjar användas för att bedöma barnets vikt i förhållande till längd, eftersom kroppens proportioner då stabiliseras och viktbedömningar blir mer tillförlitliga. Dessutom börjar mat- och rörelsevanor etableras vid denna tidpunkt, vilket gör tidiga insatser särskilt viktiga för att förebygga övervikt och fetma. Flera föräldrar saknar medvetenhet om att deras barn har övervikt eller uppfattar det inte som ett problem. Detta bekräftar Pallan et al. (2024)

där det visade sig att vårdpersonal upplevde svårigheter att initiera samtal kring övervikt på ett sätt som både informerar och engagerar föräldrarna utan att skapa konflikt eller skuld. Olika uppfattningar om vad som är en hälsosam vikt kan förstärka dessa utmaningar. Detta då ämnet ofta är känsligt och kan leda till försvarsmekanismer eller förnekelse hos föräldrarna.

Enligt Goffmans stigmatologi skapas stigma när individer avviker från sociala normer, vilket kan leda till skam och försvar (Goffman 2021, ss. 8). Det stigma som skyddar viktfrågor formar både distriktssköterskor samt föräldrars attityder och beteenden. I resultatet framkommer det att föräldrar kan känna sig dömda eller otillräckliga, medan vårdpersonal kan undvika att diskutera ämnet av rädsla för att skada relationen. Denna känslighet förvärras ytterligare i kulturella kontexter där kroppsideal är starkt styrande, vilket innebär att dialogen behöver vara anpassad både till kulturella samt individuella förhållanden. En förtroendefull vårdrelation mellan distriktssköterskan och familjen är viktig för att kunna närma sig dessa utmaningar. Lyckas man skapa trygghet och respekt i mötet ges föräldrar och barn en möjlighet att ta till sig information utan att känna sig dömda (Eriksson 1994, ss. 87-88). Förtroendet i vårdrelationen byggs gradvis över flera besök och är av stor vikt för att bedriva effektivt preventivt arbete (Wiklund 2003, ss. 156-157) Distriktssköterskor efterfrågar även mer utbildning om genetiska och kulturella aspekter av övervikt samt strategier för att genomföra kulturellt anpassade samtal. Av resultatet framgick inte hur distriktssköterskan hanterar kulturella skillnader i mötet med barn och deras föräldrar, vilket är en betydelsefull aspekt för att förstå interaktionen med personer från olika kulturella bakgrunder.

En central utmaning är distriktssköterskans rädsla att förolämpa föräldrar, vilket gör det till ett ämne som är känsligt att ta upp. I resultatet betonades ofta en oro kring att föräldrar skulle uppfatta samtalet om vikt som personlig kritik av deras livsstil eller föräldraförmåga. Denna rädsla förstärks av tidigare negativa erfarenheter där föräldrar reagerat dåligt, vilket i vissa fall ledde till att ämnet undveks helt. Enligt Almerud Österberg et al. (2023) kan sårbarhet hos vårdpersonalens uppstå som ett resultat av brist på resurser, arbetsbelastning och känslan av att inte räcka till, vilket kan påverka kvaliteten på omvårdnaden. För att upprätthålla en etisk och patientfokuserad vård krävs det att vårdpersonal vågar bemöta patientens lidande och utsatthet med mod, även när de själva är i en sårbar situation (Almerud et al. 2023). Som ett resultat riskeras både vårdrelationen och möjligheten till förebyggande insatser, vilket kan leda till att problemet med övervikt förvärras innan åtgärder vidtas. Något som även Bradbury et al. (2018) beskriver, samt där föräldrar kan känna sig dömda, något som kan påverka deras vilja att delta

i samtalen och ta till sig råd. Detta belyser även Huxtable, Millar, Love, Bell & Whelan (2018) då hinder kan uppstå, samt beskriver vikten av att anpassa råd till föräldrarnas individuella behov. De upplevde visst obehag vid diskussioner om hälsobeteenden hos överviktiga barn med överviktiga mödrar, eftersom de var oroliga för att föräldrar kunde avsluta vårdkontakten om ämnet inte hanterades varsamt. Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (2019) är det viktigt att etablera förtroende, tillit och trygghet i relationen med patienten och dess närstående. Arbetet kräver ett etiskt förhållningssätt som respekterar familjens integritet samtidigt som arbetsuppgifterna utförs. I resultatet betonade distriktssköterskan vikten av att utveckla och upprätthålla förtroendefulla relationer med föräldrarna.

Kommunikativa strategier som Motiverande samtal (MI) har visat sig vara effektiva för att minska föräldrarnas försvar och skapa en mer positiv samtalsmiljö, menar Brown & Perrin (2018). MI:s fokus på att stärka individens inre motivation istället för att ge direkta råd gör samtalsmetoden användbar i känsliga samtal om barns vikt. Genom att engagera föräldrarna i en respektfull dialog kan MI främja hälsosamma förändringar, till exempel genom att öka medvetenheten om kost och fysisk aktivitet. Resultatet visade begränsad användning av MI relaterat till tidsbrist och otillräcklig utbildning, vilket gör det svårt att implementera metoden effektivt i dagens vårdkontext. Alternativ för att stärka möjligheterna till att använda MI är att fler utbildningsinsatser och resurser implementeras. Detta kan handla om längre besök och fler uppföljningar i syfte att möjliggöra djupare samtal och erbjuda bättre stöd.

Samarbetet mellan olika professioner

I resultatet framkommer distriktssköterskans känsla av ensamhet i sitt ansvar, vilket kopplas till bristande tvärprofessionellt samarbete och brister i tydliga riktlinjer. Resultatet visade att detta är ett strukturellt problem som kan påverka vårdkvaliteten och långsiktiga hälsoutfall för barnen. Framför allt upplevdes ett bristande samarbete mellan läkare och distriktssköterskor som ett problem. Läkare såg inte alltid barns övervikt som ett prioriterat problem och avsaknaden av tydliga diagnoskoder försvårade ett enhetligt arbete. Distriktssköterskor efterfrågade bättre samarbete med dietister och fysioterapeuter, i synnerhet för att skapa individualiserade vårdplaner för familjer med särskilda behov.

Samverkan mellan olika professioner utgör en viktig del av distriktssköterskans kärnkompetenser. Leksell och Lepp (2013) betonar att samverkan i team bland annat handlar om att skapa en gemensam förståelse och ett ömsesidigt ansvarstagande för patientens

välbefinnande. För distriktssköterskan innebär detta en viktig roll som både samordnare och ledare i vårdteamet. Brister i samverkan kan således bli en utmaning för distriktssköterskan att utföra sina kärnkompetenser och därmed påverka vårdens kvalitet negativt. Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (2019) framhåller vikten av professionella relationer inom teamet för att stärka kommunikation och samverkan. Rollen innefattar också ledarskap i omvårdnadsarbetet, med ansvar för att samordna och säkerställa kvalitativ vård. Genom sitt ledarskap bidrar distriktssköterskan till att skapa en helhetsinriktad och patientcentrerad vårdprocess. Brister i kommunikation mellan olika yrkesgrupper är ett av de största hindren för effektivt samarbete inom vården (Andersson 2019). Det är viktigt att skapa gemensamma mål och en ömsesidig förståelse mellan professionerna för att skapa en mer gemensam och effektiv vård. Vid brister i samarbete mellan distriktssköterskor och läkare kan förvirring och felaktigheter uppstå. Denna brist på samverkan påverkar till följd av detta inte bara arbetets effektivitet, utan riskerar även att göra vårdkvaliteten sämre och bli ett hinder i det preventiva arbetet. Axelsson & Axelsson (2009) skriver att ett gemensamt arbetssätt med ömsesidig respekt och öppenhet främjar ett bättre samarbete inom vården. När kommunikation och samverkan mellan professionerna inte fungerar kan det således leda till felaktiga beslut, fördröjda behandlingar och en dålig patientupplevelse. Detta kan även kopplas till patientcentrerad vård, som är en av distriktssköterskans kärnkompetenser. Leksell och Lepp (2013) anser att en patientcentrerad vård kräver en fungerande kommunikation bland teammedlemmarna, där de olika professionerna har en gemensam syn och värdegrund gällande patientens bästa. Detta problem är framför allt tydligt inom komplexa vårdssituationer där olika yrkesgrupper behöver arbeta tillsammans för att skapa en god vårdplan, menar Axelsson & Axelsson (2009). I resultatet ses ett tvärprofessionellt samarbete som en nyckelfaktor för att förbättra arbetet med övervikt hos barn. Distriktssköterskans roll i teamet blir i detta sammanhang centralt för att upprätthålla ett helhetsperspektiv och säkerställa att familjens behov tas hänsyn till i vårdplanen. Denna roll kräver både kompetens i ledarskap samt förmåga att engagera andra professioner i en gemensam riktning. Förbättrade samarbeten mellan olika vårdgivare skulle således kunna skapa en mer sammanhållen vård och göra det lättare för distriktssköterskan att kommunicera betydelsen av livsstilsförändringar för föräldrarna. Eventuellt kan ett möjligt alternativ vara att införa multidisciplinära team möten där specialister från olika områden kan bidra med sina perspektiv i hanteringen av övervikt hos barn och det preventiva arbetet.

Barnets perspektiv och betydelse för klinisk praxis

En betydande begränsning i den här studien och den granskade forskningen är avsaknaden av barnets perspektiv. Fokus har legat på distriktssköterskans erfarenheter och interaktion med föräldrar, medan barnets egna tankar och känslor sällan lyfts fram. Detta är problematiskt då barnets aktiva deltagande och förståelse för sin egen hälsa är centralt för att skapa hållbara förändringar i levnadsvanor hos dem. Istället för att enbart betrakta barn som passiva mottagare av vårdinsatser kan man utgå från barnets perspektiv i samtalen. Barnet kan erbjudas möjlighet att uttrycka sina egna tankar och känslor, vilket kan öka deras delaktighet och känsla av autonomi.

Resultatet visade att barn sällan tillfrågas om hur de upplever samtal om vikt eller livsstilsförändringar. I stället fokuserar samtalen ofta på föräldrarna, och barn sysselsätts med aktiviteter som att rita under möten. Detta innebär att barnets perspektiv och känslor kan bli osynliga, vilket riskerar att minska deras delaktighet i insatserna. Att integrera barnets perspektiv utan att skapa stigma kan dock vara utmanande. Genom att använda barnanpassade metoder och språk kan samtalen bli stärkande snarare än dömande. Här kan vårdrelationen inom skolhälsovården ha en viktig roll, där skolsköterskornas långsiktiga relationer med barnen ofta bygger på tillit och trygghet (Desai 2019).

För att öka effektiviteten i det hälsofrämjande arbetet behövs en större medvetenhet om barnets roll i samtalen. Att involvera barnet mer aktivt kan bidra till att skapa en känsla av delaktighet och egenmakt, vilket är särskilt viktigt för äldre barn som börjar forma sina egna attityder till hälsa och vikt. Exempelvis kan visuella hjälpmedel, berättelser eller rollspel användas för att göra samtalen mer inkluderande och för att minska risken för stigmatisering. Genom att använda varierat språk och kroppsspråk kan kommunikationen bli mer tillgänglig. Sociala aktiviteter och samarbete med familjer hjälper också till i samtalet (Bell & Condren 2016).

Det är viktigt att utveckla metoder för att involvera barn på ett både åldersanpassat och utvecklingsanpassat sätt i samtal om hälsa och övervikt. Forskning bör undersöka hur distriktssköterskan kan skapa en miljö där barn känner sig trygga att uttrycka sina tankar och känslor, samt hur barnets perspektiv kan integreras i den vård som ges. Praktiska tillämpningar kan inkludera utbildning för distriktssköterskan i att leda samtal där barnet är i fokus, och utveckling av verktyg som gör det möjligt för barn att delta aktivt i sin egen hälsoplanering. Framtida forskning bör därför fokusera på att inkludera barnets perspektiv och utveckla

metoder som är både effektiva och respektfulla mot barnen själva. Distriktssköterskan har en central roll i att förebygga övervikt och fetma hos barn, vilket är en central del för folkhälsan och den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet. Effektiva insatser kan bidra till att minska sjukvårdsrelaterade kostnader och förbättra livskvaliteten för både barn och familjer. Dock kräver detta att vårdpersonal får det stöd och de resurser som behövs för att hantera de komplexa utmaningar som arbetet innebär.

En viktig faktor för klinisk praxis är att säkerställa kontinuitet i vården, där samma distriktssköterska eller vårdteam följer barnet och familjen över tid. Kontinuitet skapar inte bara bättre relationer mellan vårdpersonal och familjer utan möjliggör även att förändringar i vikt och levnadsvanor kan följas noggrant (Bell & Condren 2016). Genom att bygga en stark och förtroendefull vårdrelation med föräldrarna och barnet ges det en möjlighet för en grund att skapas där föräldrar känner sig bekväma att diskutera känsliga ämnen såsom vikt och livsstilsförändringar. En vårdrelation där barnet känner sig lyssnat och förstått är centralt för att minska stigma och stärka barnets förtroende för vården (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 197).

För att underlätta detta kan en implementering av strukturerade vårdplaner som inkluderar regelbundna uppföljningar, tydliga mål samt riktlinjer för interventioner skapas. Dock försvåras detta arbete av den tidsbrist som specialistsjuksköterskor rapporterar, vilket gör det svårt att genomföra planerade insatser på ett kvalitativt sätt (Axelsson & Axelsson 2009).

För att möjliggöra en mer omfattande och individanpassad insats krävs längre besökstider, fler uppföljningar samt tillgång till bland annat specialister inom kost, fysisk aktivitet och psykologi. Dessa resurser kan integreras i ett tvärprofessionellt arbetssätt, där flera vårdgivare samarbetar för att skapa helhetslösningar för barn och deras familjer (Leksell & Lepp, 2013).

Ett annat område som kan förbättras är användningen av digitala verktyg. Genom att introducera exempelvis appar eller program för att övervaka kost, fysisk aktivitet och viktutveckling kan både barn och föräldrar engageras i processen. Dessa verktyg kan också ge distriktssköterskor bättre insikt i familjens utmaningar och framgångar mellan mötena, detta skapar i sin tur en mer följsam och effektiv vård. En studie menar på att digitala verktyg kan vara användbart för att främja bättre matvanor, då man undersökte effekten av en mobilapp för att stödja behandling av fetma hos barn och ungdomar. Det visade sig att appen hjälpte till att

minska snabbmatskonsumtionen och främja hälsosamma matvanor (Likhitweerawong et al. 2023).

Hållbar utveckling

Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (2019) framhåller att distriktssköterskor har som uppdrag att främja hälsa och goda levnadsvanor, för att bidra till en mer jämlik hälsa samt att stödja en hållbar utveckling i samhället. Regeringskansliet (2021) har satt upp en agenda med mål för 2030, där ett av fokusområdena är att främja hälsa och välbefinnande. Ett förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn, genom förebyggande insatser som främjar hälsosamma levnadsvanor, är av central betydelse för såväl folkhälsan som en hållbar samhällsutveckling. Meningen med att kalla barn till er kontroller kan ifrågasättas om tiden inte finns att utföra dessa ordentligt, vilket understryker behovet av att avsätta tillräcklig tid för att insatserna ska vara effektiva. Sådana insatser bidrar till att minska belastningen på hälso- och sjukvårdssystemet samt till en mer effektiv och hållbar resursanvändning, vilket överensstämmer med målsättningen för hållbar utveckling.

SLUTSATSER

I studien har distriktssköterskans erfarenheter i det preventiva arbetet mot fetma och övervikt hos barn inom barnhälsovården redovisats. Resultatet visar på att distriktssköterskor står inför flera begränsningar i det preventiva arbetet, bland annat tidsbrist, resursbrist och otydliga riktlinjer vilket påverkar möjligheterna att ge hälsofrämjande rådgivning och bygga relationer med familjen. Bristen på tydliga nationella riktlinjer för arbetet med övervikt och fetma leder till svårigheter att ha koll på när och på vilket sätt insatser bör genomföras och samarbetet mellan de olika professionerna är många gånger otillräckligt. För att uppnå långsiktig förbättring i arbetet mot övervikt och fetma krävs organisatoriska, utbildningsmässiga och interprofessionella insatser. Stödet för specialistsjuksköterskor behöver stärkas genom tydligare riktlinjer, kontinuerlig utbildning och tvärprofessionella team. Detta gör det möjligt att möta familjens behov på ett adekvat sätt. Specialistsjuksköterskor känner ett starkt ansvar för sitt arbete, men saknar å andra sidan stöd från andra yrkesgrupper. En av de mest utmärkande utmaningarna är kommunikationen med familjerna, då ämnet övervikt är känsligt och kan resultera i negativa känslor och reaktioner. Distriktssköterskor inom barnhälsovården önskar mer utbildning inom bland annat motiverande samtal och anpassad kommunikation, resurser och anpassat arbetsmaterial för att ha möjlighet att utföra ett effektivt preventivt arbete.

Kontinuitet och trygghet i vårdrelationen gör kvaliteten och effektiviteten i vården bättre. Samarbete med andra professioner är också viktigt för att säkerställa detta. Studien påvisar att barns övervikt och fetma måste hanteras som en folkhälsofråga. Hållbara lösningar och rätt verktyg och stöd till specialistsjuksköterskor kan göra skillnad både för barnens hälsa och sjukvården.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultaten har betydelse på flera nivåer inom vårdverksamheten. Distriktssköterskans användning av evidensbaserade strategier som BMI-diagram, tillväxtkurva och öppna frågor var något som resultatet belyste. Distriktssköterskor står inför svårigheter när det gäller att ta upp frågor om barns övervikt med föräldrar. Det är viktigt att ge föräldrarna adekvat stöd, eftersom de ibland kan skapa skuld känslor hos föräldrarna för barnets övervikt. Problematiken kring fetma och övervikt hos barn är komplex och påverkas av familjedynamik, då förändringar ofta måste ske på familjenivå snarare än enbart hos barnet. Den begränsade tid som avsätts för möten med familjen begränsar möjligheterna att genomföra hållbara och effektiva hälsofrämjande insatser inom barnhälsovården. För att hantera dessa utmaningar i arbetet är kontinuerlig kompetensutveckling och ökade resurser för distriktssköterskor nödvändig. Det föreslås vidare forskning för att integrera arbetet kring barns övervikt och fetma i barnhälsovården i större utsträckning. Att distriktssköterskor ges utbildning i både motiverande samtal och i hur de ska hantera känslomässigt laddade situationer med familjen. På organisatorisk nivå kan det krävas uppdaterade riktlinjer och förlängda besökstider. För att förbättra det preventiva arbetet med övervikt och fetma hos barn bör riktlinjerna revideras för att vara mer anpassade till den kliniska verkligheten och inkluderande av tvärprofessionellt samarbete. Nationellt bör folkhälsoprogram och riktlinjer utvecklas för att förebygga barns övervikt och främja hälsa, särskilt i socioekonomiskt utsatta grupper. Genom integrerade insatser på individ-, organisations- och samhällsnivå kan vården bidra till långsiktig hälsoutveckling och minska ojämlikheter i vård och hälsa.

REFERENSER

*=utvalda artiklar som ingår i studien

Almerud Österberg, S., Hörberg, U., Ozolins, L. L., Werkander Harstäde, C., & Elmqvist, C. (2023). Exposed - a semantic concept analysis of its origin, meaning change over time and its relevance for caring science. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 18(1), 2163701. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2163701>

Andersson, J. (2019). Bristande kommunikation vanlig orsak till diagnostiska fel. *Läkartidningen*.

Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of interprofessional care*, 23(4), 320–330. <https://doi.org/10.1080/13561820902921811>

Bell, J., & Condren, M. (2016). Communication Strategies for Empowering and Protecting Children. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics : JPPT : the official journal of PPAG*, 21(2), 176–184. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-21.2.176>

Berlin, J. (2013) Teamarbete – ett livsviktigt samspel. I Leksell, J & Lepp, M. (red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. 1. uppl. Stockholm: Liber

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide* (2. ed.). McGraw-Hill Education/Open University Press.

Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Deutsches Arzteblatt international*, 118(7), 109–115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>

Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P. M., Bundy, C., Bradbury, N., & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of Health Psychology*, 23(3), 701–722. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12312>

Brown, C. L., & Perrin, E. M. (2018). Obesity Prevention and Treatment in Primary Care. *Academic pediatrics, 18*(7), 736–745. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.05.004>

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

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

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Dera-de Bie, E. G. E., Brink- Melis, W., Jansen, M., & Gerver, W. J. (2016). Characteristics of child health care practitioners in overweight prevention of children. *Applied Nursing Research, 29*, 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.06.008>

*Derwig, M., Tiberg, I., Björk, J., & Hallström, I. (2021). Child-Centred Health Dialogue for primary prevention of obesity in Child Health Services – a feasibility study. *Scandinavian Journal of Public Health, 49*(4), 384–392. <https://doi.org/10.1177/1403494819891025>

Desai, N. (2019). The Role of Motivational Interviewing in Children and Adolescents in Pediatric Care. *Pediatric annals, 48*(9), e376–e379. <https://doi.org/10.3928/19382359-20190816-01>

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå Distriktssköterska. kompetensbeskrivning distriktssköterska 2019.pdf* [2024-11-20].

Ekebergh, M. (2015) Hälsa- ett livsvärldsperspektiv. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. *Teoretiska grunder för vårdande*. Lund: Studentlitteratur, ss.28-37.

*Enö Persson, J., Leo Swenne, C., von Essen, L., Bohman, B., Rasmussen, F., & Ghaderi, A. (2022). Experiences of nurses and coordinators in a childhood obesity prevention trial based on motivational interviewing within Swedish child health services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 2096123–2096123.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2096123>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber

Forsberg, C., Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. uppl. Natur & kultur.

Francis, E., Hoke, A. M., & Kraschnewski, J. L. (2018). Body Mass Index Screening and Follow-Up: A Cross-Sectional Questionnaire Study of Pennsylvania School Nurses. *Interactive Journal of Medical Research*, 7(2), e11619–e11619.
<https://doi.org/10.2196/11619>

Förenta nationerna. (1989). *Konventionen om barnets rättigheter*.
<https://www.unicef.org/child-rights-convention>

Goffman, E. (2021). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. 5. uppl. Stockholm: studentlitteratur.

Gjengedal, E., Ekra, E. M., Hol, H., Kjelsvik, M., Lykkeslet, E., Michaelsen, R., Orøy, A., Skrondal, T., Sundal, H., Vatne, S., & Wogn-Henriksen, K. (2013). Vulnerability in health care - reflections on encounters in every day practice. *Nursing Philosophy*, 14(2), 127–138.
<https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x>

Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18, e1230 <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>

*Heggem, R., Gjørund, G., Zahl-Thanem, A., & Brigham, A. M. (2023). Overweight children in rural Norway - public health nurses' possibilities and limitations within national guidelines. *Rural and remote health*, 23(3), 7783. <https://doi.org/10.22605/RRH7783>

Henderson, N. N. (2021). Childhood Obesity: Improving Outcomes Through Primary Care-Based Interventions. *Pediatric Nursing*, 47(6), 267–300.

Henricson, M. (2023). Diskussion. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB, s. 491–500.

Huxtable, A., Millar, L., Love, P., Bell, C., & Whelan, J. (2018). Parental Translation into Practice of Healthy Eating and Active Play Messages and the Impact on Childhood Obesity: A Mixed Methods Study. *Nutrients*, 10(5), 545–. <https://doi.org/10.3390/nu10050545>

Janson, A., Nergårdh, R. (2020). Övervikt och fetma. I Hanséus, K., Jägarvall, M., Norman, M. (red). *Barnmedicin*. Studentlitteratur AB: Lund. ss. 799–810.

Kumar, S. & Kelly, A. S. (2017). Review of childhood obesity: From epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *Mayo Clinic proceedings*, 92(2), s. 251–265. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.017

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., ss. 57-77). Studentlitteratur.

*Laws, R., Campbell, K. ., Pligt, P., Ball, K., Lynch, J., Russell, G., Taylor, R., & Denney-Wilson, E. (2015). Obesity prevention in early life: An opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. *BMC Nursing*, 14(1), 26–26. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0077-7>

Likhitweerawong, N., Boonchooduang, N., Kittisakmontri, K., Chonchaiya, W., & Louthrenoo, O. (2021). Effectiveness of mobile application on changing weight, healthy eating habits, and quality of life in children and adolescents with obesity: a randomized controlled trial. *BMC pediatrics*, 21(1), 499. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02980-x>

Marcus, C., Thorén, A. (2020). *Fetma hos barn*. Internetmedicin.
<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/obesitas/fetma-hos-barn/>
[2024-09-10].

*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, 31934.
<https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31934>

*Nygaard, H. S., & Øen, K. G. (2024). Public health nurses' experiences following up children with overweight and obesity according to national guidelines. A qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 19(1), 2306658.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2306658>

Pallan, M., Mason, F., Parretti, H. M., Adab, P., Abbott, S., & Jolly, K. (2024). Supporting healthcare professionals to address child weight with parents: a qualitative study. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners.*, 74(743), e417–e425. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2023.0238>
<https://bjgp.org/content/bjgp/early/2023/10/10/BJGP.2023.0238.full.pdf>

Penn, S., Kerr, J. (2014). Childhood obesity: The challenges for nurses: It is vital that nurses understand the factors that can lead to weight problems and engage with young people and their families to promote healthy diets and lifestyles, say Sarah Penn and Joanne Kerr. *Nursing Children and Young People*, 26(2), 16–21.
<https://doi.org/10.7748/ncyp2014.03.26.2.16.e398>

Polit, D. F., Beck, C. T. (2016). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 upplaga. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Rabbitt, & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 21(12), 731–735.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.12.731>

Regeringskansliet (2021). *Sveriges genomförande av agenda 2030 för hållbar utveckling 2021*. Stockholm: Regeringskansliet.

https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/regeringskansliet/agenda-2030-och-de-globala-malen-for-hallbar-utveckling/voluntary-national-review--vnr/2021_sveriges_genomforande_av_agenda_2030_for_hallbar_utveckling_webb.pdf [2024-12-05]

Rikshandboken – Barnhälsovård (2018). *Barnhälsovårdens nationella program*.

[Barnhälsovårdens nationella program - Rikshandboken i barnhälsovård \(rikshandboken-bhv.se\)](https://www.rikshandboken-bhv.se) [2024-09-24].

Rikshandboken – Barnhälsovård (2022). *Tillväxtkurvor och tillväxtpreferenser*.

<https://www.rikshandboken-bhv.se/tillvaxt--utveckling/metoder-for-matning-och-vagning/tillvaxtkurvor-och-tillvaxtpreferenser/#section-2091> [2024-09-19].

Rikshandboken – Barnhälsovård (2023). *Ökande BMI, övervikt och obesitas – definition och förekomst*. <https://www.rikshandboken-bhv.se/tillvaxt--utveckling/avvikande-tillvaxt---oversikt/okande-bmi-overvikt-och-obesitas--definition-och-forekomst/> [2024-09-19].

Rito, A. I., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., García Solano, M., Fijałkowska, A., Sturua, L., Hyska, J., Kelleher, C., Duleva, V., Musić Milanović, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Abdrakhmanova, S., Kujundzic, E., Peterkova, V., Gualtieri, A., Pudule, I., Breda, J., Petrauskienė, A., Tanrygulyyeva, M., Sherali, R., Huidumac-Petrescu, C., Williams, J., Ahrens, W., Breda, J. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, 12(2), 226–243. <https://doi.org/10.1159/000500425>

*Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P., & Ek, A. (2019). Planting a seed-Child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project. *BMC Public Health*, 19(1), 1494–1494. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4>

Smith, J. D., Fu, E., Kobayashi, M. A. (2020). Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 351–378. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-100219-060201>

Socialstyrelsen (2014). Vägledning för barnhälsovården. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/vagledning/2014-4-5.pdf> [2024-10-28]

Toomey, E., Flannery, C., Matvienko-Sikar, K., Olander, E. K., Hayes, C., Heffernan, T., Hennessy, M., McHugh, S., Queally, M., Kearney, P. M., Byrne, M., & Heary, C. (2021). Exploring healthcare professionals' views of the acceptability of delivering interventions to promote healthy infant feeding practices within primary care: a qualitative interview study. *Public Health Nutrition*, 24(10), 2889–2899. <https://doi.org/10.1017/S1368980020004954>

Vetenskapsrådet (2024). *God forskningssed*. <https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf> [2024-12-01]

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap I klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

World Health Organization (2024). Obesity and overweight. *Obesity and overweight* [2024-12-19]

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (4., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Söktabell

Datum	Databas	Sökord/ Limits/ Boolska operatorer	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar i fulltext	Kvalitetsgranskade artiklar	Inkl. artiklar
2024-09-11	Cinahl	(child health) AND (prevention) AND (Overweight OR Obesity) AND (health Nurse)	Peer Reviewed Engelska 2015-2024	137	137	57	19	5	5
2024-09-12	PubMed	(child health) AND (prevention) AND (Overweight OR Obesity) AND (health Nurse)	Engelska 2015-2024	291	291	32	16	6	4
2024-09-27	Cinahl	(child health) AND (prevention) AND (Overweight OR Obesity) AND (health Nurse OR public health Nurse) AND (Experience)	Engelska 2015-2024	29	29	4	0	0	0
2024-09-27	Medline	(child health) AND (prevention) AND (Overweight OR Obesity) AND (health Nurse OR public health Nurse) AND (Experience)	Engelska 2015-2024	40	40	3	0	0	0
2024-09-28	PubMed	(child health) AND (prevention) AND (Overweight OR Obesity) AND (health Nurse OR public health Nurse) AND (Experience)	Engelska 2015-2024	50	50	8	0	0	0
2024-09-30	Scopus	(child health) AND (prevention) AND (Overweight OR Obesity) AND (health Nurse OR public health Nurse) AND (Experience)	Engelska 2015-2024	26	26	5	2	2	1

Bilaga 2. Artikelmatris

Översikt av analyserade artiklar.

Författare Årtal Titel Tidskrift Land	Syfte	Metod	Urval (N), Data- insamling	Dataanalys	Etik	Resultat	Kv
<p>Castor, C., Derwig, M., Borg, S. J., Ollhage, M. E., & Tiberg, I. (2021)</p> <p>A challenging balancing act to engage children and their families in a healthy lifestyle – Nurses’ experiences of child-centred health dialogue in child health services in Sweden.</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Sverige.</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av en barncentrerad familjeinriktad intervention mot fetma, testad inom barnhälsovården, riktad mot barn med övervikt och deras vårdnadshavare.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>9 distriktssköterskor & 4 barnsjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården.</p>	<p>Halvstrukturerade intervjuer.</p>	<p>Etiskt godkännande. Skriftligt godkännande av deltagarna.</p>	<p>Resultatet visade att 11,38% av barnen var överviktiga, vilket är lägre än det nationella genomsnittet. Övervikt ökade från 12 månaders ålder. Föräldrar följde råd om kost och lek men hade svårt med skärmtid och kräsna matvanor. Fortsatt stöd behövs för att förebygga fetma.</p>	<p>Hög kval</p>

<p>Cheng, H., Eames-Brown, R., Tutt, A., Laws, R., Blight, V., McKenzie, A., Rossiter, C., Campbell, K., Sim, K., Fowler, C., Seabury, R., & Denney-Wilson, E. (2020).</p> <p>Promoting healthy weight for all young children: a mixed methods study of child and family health nurses' perceptions of barriers and how to overcome them.</p> <p><i>BMC nursing</i></p> <p>Australien</p>	<p>Att undersöka faktorer som påverkar barn- och familjehälsovårdarens metoder för att förebygga barnfetma samt att identifiera möjligheter att stärka deras arbete med att främja en hälsosam tillväxt hos spädbarn.</p>	<p>Kvantitativ och kvalitativ</p>	<p>110 sjuksköterskor inom barnhälsovården.</p>	<p>Enkätundersökning och semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Etiskt godkännande. Godkännande av deltagare.</p>	<p>Barn- och familj hälsovårdare gav ofta råd om amning och fast föda, men mindre om modersmjölksersättning och fysisk aktivitet. Trots vikt- och längdmätning användes tillväxtdiagram sällan för att identifiera övervikt. Hinder inkluderade föräldrars brist på insikt om övervikt, låg motivation, socioekonomiska faktorer och attityder kring spädbarns vikt och amning.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
---	---	-----------------------------------	---	---	--	---	---------------------

<p>Dera-de Bie, E. G. E., Brink- Melis, W., Jansen, M., & Gerver, W. J. (2016).</p> <p>Characteristics of child health care practitioners in overweight prevention of children.</p> <p><i>Applied Nursing Research,</i></p> <p>Nederländerna</p>	<p>Att identifiera beteendemässiga och personliga egenskaper hos vårdgivare inom barnhälsovården som påverkar effekten av tidiga förebyggande åtgärder mot övervikt hos barn.</p>	<p>kvantitativ</p>	<p>147 sjuksköterskor och 69 läkare inom barnhälsovården.</p>	<p>Enkäter</p>	<p>Etiskt godkännande. Godkännande av deltagare.</p>	<p>Studien visade bristande kunskap, färdigheter och organisatoriskt stöd för att förebygga övervikt, särskilt i områden med låg socioekonomisk status. För att förbättra det förebyggande arbetet krävs mer utbildning och stöd, särskilt för sjuksköterskor.</p>	<p>Hög kval</p>
<p>Derwig, M., Tiberg, I., Björk, J., & Hallström, I. (2021).</p> <p>Child-Centred Health Dialogue for primary prevention of obesity in Child Health Services – a feasibility study.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Public Health</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Syftet med denna studie var att testa en barncentrerad hälsodialog modell för att förebygga fetma hos 4-åriga barn inom barnhälsovården.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>19 sjuksköterskor inom barnhälsovården. 203 barn och dess vårdnadshavare</p>	<p>Enkäter och intervjuer</p>	<p>Etiskt godkännande. Godkännande av deltagare.</p>	<p>Studien visade att hälsodialogen minskade övervikt bland barn och stärkte sjuksköterskornas trygghet i att prata om vikt.</p>	<p>Hög</p>

<p>Enö Persson, J., Leo Swenne, C., von Essen, L., Bohman, B., Rasmussen, F., & Ghaderi, A. (2022).</p> <p>Experiences of nurses and coordinators in a childhood obesity prevention trial based on motivational interviewing within Swedish child health services.</p> <p><i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Att utforska sjuksköterskors och samordnarens upplevelser av PRIMROSE-projektet för förebyggande av fetma hos barn och att identifiera faktorer som kan förbättra resultatet i framtida insatser för att förebygga fetma.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>9 distriktssköterskor/barnsjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården, samt 3 samordnare.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Etiskt godkännande. Skriftligt godkännande av deltagare.</p>	<p>Studien visar att distriktssköterskor oroar sig för resursbrist för uppföljning av barn med högt BMI och föreslå bättre samarbete mellan aktörer. De ser fördelar med att möta individer i deras närmiljö, vilket anses enklare på landsbygden än i städer.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
<p>Heggen, R., Gjørund, G., Zahl-Thanem, A., & Brigham, A. M. (2023).</p> <p>Overweight children in rural Norway - public health nurses' possibilities and limitations within national guidelines.</p> <p><i>Rural and remote health</i></p> <p>Norge</p>	<p>Att ta reda på i vilken utsträckning distriktssköterskor på landsbygden i Norge känner sig rustade att angripa övervikts- och fetmaepidemin inom två nationella riktlinjer</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>40 sjuksköterskor inom barnhälsovården och 25 informanter.</p>	<p>Intervjuer och strukturerad enkät.</p>	<p>Etiskt godkännande. Godkännande av deltagare.</p>	<p>Studien visar att distriktssköterskor oroar sig för bristande resurser för att följa upp barn med högre BMI och betonar behovet av bättre samarbete mellan olika aktörer. De ser fördelen med att arbeta i individens närmiljö, vilket anses enklare på landsbygden där insynen i familjers situation ofta är större än i stadsområden.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>Laws, R., Campbell, K., Pligt, P., Ball, K., Lynch, J., Russell, G., Taylor, R., & Denney-Wilson, E. (2015).</p> <p>Obesity prevention in early life: An opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia.</p> <p><i>BMC Nursing</i></p> <p>Australien</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskor inom barnhälsovården arbetar förbyggande mot fetma och övervikt hos små barn, samt hur dessa insatser kan förbättras.</p>	<p>Kvantitativ och kvalitativ</p>	<p>56 sjuksköterskor, varav 16 deltog i intervjuer.</p>	<p>Enkäter och intervjuer.</p>	<p>Etiskt godkännande. Muntligt godkännande av deltagare.</p>	<p>Resultatet visar att sjuksköterskor ofta mäter barns vikt men undviker att diskutera vikt på grund av oro för vårdnadshavares reaktioner. De ger kostråd men nämner sällan aktiv lek eller skärmtidsbegränsningar. Utbildning i beteendeförändringsrådgivning rekommenderas för att förbättra dialogen med vårdnadshavare.</p>	<p>Hög kval</p>
<p>Nordstrand, A., Fridlund, B., & Sollesnes, R. (2016).</p> <p>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.</p> <p><i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i></p> <p>Norge</p>	<p>Att undersöka och beskriva hur distriktssköterskor uppfattar implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling av övervikt och fetma bland barn och ungdomar på barnavårdscentraler och inom skolhälsovården.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>18 distriktssköterskor</p>	<p>Intervjuer</p>	<p>Etiskt godkännande. Skriftligt godkännande av deltagare.</p>	<p>Resultatet identifierade fyra implementeringsstrategier, beskrivna med metaforer: den strukturerade, pragmatiska, kritiska och uppgivna distriktssköterskan. Implementeringen påverkades av faktorer som kompetens, patientens mottaglighet, intern enighet, tvärvetenskapligt samarbete, resurser och organisatorisk förankring, vilka var spridda på olika nivåer i organisationen. Mängden stöd som erbjöds avgjorde vilken strategi som användes.</p>	<p>Hög kval</p>

<p>Nygaard, H. S., & Øen, K. G. (2024). Public health nurses' experiences following up children with overweight and obesity according to national guidelines. A qualitative study. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i> Norge.</p>	<p>Att ta fram kunskap om hur uppföljningen gällande övervikt och fetma bland barn i grundskolan upplevs av DSK och hur riktlinjerna kan användas för att förbättra hälso- och sjukvården i denna uppföljning.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>9 distriktssköterskor</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Etiskt godkännande. Skriftligt godkännande av deltagare.</p>	<p>Två huvudteman framkom: Att följa upp barn med övervikt och fetma är både viktigt och utmanande; distriktssköterskor önskar tydligare riktlinjer. Fem underteman identifierades: de försöker följa riktlinjer, visar empati i uppföljningen, har svårt att hantera föräldrars reaktioner, känner sig ensamma i sitt ansvar och efterfrågar mer konkreta riktlinjer.</p>	<p>Hög kval</p>
<p>Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P., & Ek, A. (2019). Planting a seed-Child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project. <i>BMC Public Health</i> Sverige</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskor upplevelser inom barnhälsovården av att prata med vårdnadshavare om barns fetma och övervikt, samt deras roll i att hänvisa barn till behandling samt hur dessa samtal kan förbättras.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>17 distriktssköterskor/barnsjuksköterskor som arbetar inom barnhälsovården.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Etiskt godkännande. Skriftligt godkännande av deltagare.</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskor inom barnhälsovården ofta undviker att diskutera barns övervikt av rädsla för att skada relationen med vårdnadshavare, då ämnet upplevs som känsligt. Dessutom framkom organisatoriska hinder såsom tidsbrist, bristande samarbete och otillräcklig kunskap kring hanteringen av barnets övervikt.</p>	<p>Hög kval</p>

Bilaga 3. Kvalitetsgranskningsmall för kvantitativa studier

Kvalitetsgranskningsmall för kvantitativa studier enligt Forsberg & Wengström 2013.

Kvalitetsgranskningsmall – kvantitativa ansatser.

(Forsberg & Wengström, 2013)

Kvasi-experimentella studier

1. Vad är syftet med studien?

2. Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

3. Är designen lämplig utifrån syftet?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

4. Är undersökningsgruppen representativ?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

5. Framgår var undersökningen genomfördes?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

6. Framgår hur många deltagare som inkluderades i undersökningen?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

19. Kan resultaten ha klinisk betydelse?

JA(1p)

NEJ(0p)

7. Framgår det vilka inklusions och exklusionskriterier som tillämpades?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

8. Framgår det vilken urvalsmetod som användes?

JA(1p)

Vilken: _____

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

9. Framgår det vilka mätmetoder som användes?

JA(1p)

Vilken: _____

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

10. Är validiteten diskuterad?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

11. Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?

JA(1p)

NEJ(0p)

Skilnader: _____

VET EJ(0p)

12. Finns bortfallsanalys?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

13. Är bortfallet presenterat i studien?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

14. Var den statistiska analysen lämplig?

JA(1p)

NEJ(0p)

Varför: _____

VET EJ(0p)

15. Vilka var huvudresultaten?

16. Erhölls signifikanta skillnader?

JA(1p) Vilka

variabler: _____

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

17. Är slutsatsen relevant?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

18. Kan resultaten generaliseras till en annan population?

JA(1p)

NEJ(0p)

VET EJ(0p)

Totalt: 17 poäng.

Låg = 0 – 6 poäng

Medel = 7 – 13 poäng

Hög = 14 – 17 poäng

Bilaga 4. Kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa studier

Kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa studier enligt Forsberg & Wengström 2013.

Kvalitetsgranskningsmall – Kvalitativ ansats

(Forsberg & Wengström, 2013)

1. Vad är syftet med studien och vilken metod har använts?

2. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

3. Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?

Inklusions och exklusionskriterier ska vara beskrivna.
JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

4. Är undersökningsgruppen beskriven och lämplig?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

Om ja: *Demografisk data* _____

5. Metod av datainsamling, är fältarbetet tydligt beskrivet?

JA (1p)

Vilken urvalsmetod:

NEJ (0p)
VET EJ (0p)

Om ja, vem skötte datainsamlingen?

6. Är data systematiskt insamlade, finns intervjuguide/studieprotokoll?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

7. Är analys och tolkning av resultatet diskuterade?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

8. Är resultaten trovärdiga? Källor bör anges!

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

9. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskningens trovärdighet)

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

10. Finns stabilitet och överensstämmelse, är fenomenet konsekvent beskrivet?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

11. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

12. Är teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

13. Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

JA (1p)
NEJ (0p)

VET EJ (0p)

14. Stödjer insamlade data forskningens resultat?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

15. Har resultaten klinisk relevans?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

16. Diskuteras metodologiska brister och risken för bias?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

17. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

JA (1p)
NEJ (0p)
VET EJ (0p)

18. Finns det någon risk för bias?

JA (0p)
NEJ (1p)
VET EJ (0p)

19. Håller du med om slutsatserna i artikeln?

Om ja (1p)

varför: _____

Om nej (0p)

varför: _____

Vet ej (0p)

Totalt: 18 poäng.
0 – 6 poäng = Låg
7 – 12 poäng = Medel
13 – 18 poäng = Hög