



Barn och övervikt

Vilken form av stöd ger barnhälsovårds-
sjuksköterskan?

Veronica Jensen och Christina Petersson

Omvårdnad 15hp

Halmstad 2017-04-11

Barn och övervikt -

Vilken form av stöd ger barnhälsovårds-
sjuksköterskan?

Författare:

Veronica Jensen
Christina Petersson

Ämne
Högskolepoäng
Stad och datum

Omvårdnad
15 hp
Halmstad 2017-03-07

Titel	Barn och övervikt - Vilken form av stöd ger barnhälsovårdssjuksköterskan?
Författare	Veronica Jensen, Christina Petersson
Sektion	Akademien för hälsa och välfärd
Handledare	Margareta Norell Pejner, Universitetslektor i vårdvetenskap, Med Dr
Examinator	Elisabeth Brobeck, Universitetslektor i vårdvetenskap, Med Dr
Tid	Vårterminen 2017
Sidantal	17
Nyckelord	Barnhälsovårdssjuksköterska, stöd, övervikt hos förskolebarn

Sammanfattning

Problemställning: Studien visar att 42 miljoner barn är överviktiga och feta, vilket kan leda till fysisk och psykisk ohälsa samt förtidig död. Forskning visar att barn som utvecklar övervikt och fetma i förskoleåldern riskerar att vara fortsatt överviktiga och feta när de når vuxen ålder. Barnhälsovårdssjuksköterskans uppgift är att identifiera och förebygga denna utveckling. De överviktiga barnen och deras föräldrar behöver stöd från barnhälsovården för att motverka fortsatt viktutveckling. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka vilken form av stöd barnhälsovårdssjuksköterskan ger föräldrar till överviktiga barn i åldrarna noll till sex år för att motverka fortsatt viktuppgång. **Metod:** Studien genomfördes som en integrativ och systematisk litteraturstudie enligt Whittemore och Knafls metod. **Resultat:** I resultatet framkom att barnhälsovårdssjuksköterskor gav emotionellt, informativt och instrumentellt stöd till föräldrar med överviktiga barn. Studien visade att inget socialt stöd gavs till dessa föräldrar. **Konklusion och implikation:** Studien belyser vikten av att tidigt synliggöra och motverkar fortsatt överviktsutveckling hos barnet. Ytterligare forskning efterfrågas rörande överviktiga barn i åldrarna noll till sex år och detta skulle kunna tillgodoses genom empiriska studier. Genom empiriska studier skulle en djupare förståelse kunna uppnås för vilken form av stöd som föräldrarna vill ha samt hur stödet från barnhälsovårdssjuksköterskan uppfattas av föräldrarna.

Title	Child and obesity – What form of support does the child health care nurse provide?
Author	Veronica Jensen, Christina Petersson
Department	School of Health and Welfare
Supervisor	Margareta Norell Pejner, Assistant professor, nursing, PhD
Examiner	Elisabeth Brobeck, Assistant professor, nursing, PhD
Period	Spring 2017
Pages	17
Key words	Child health nurse, obesity in pre-school children, support.

Abstract

Issue: The study shows that 42 million children are overweight and obese, which can lead to physical and mental ill-health and premature death. Research shows that children who develop obesity in pre-school are at a higher risk to continue to be overweight and obese when they reach adulthood. The task for the child health care nurse is to identify and prevent such developments. The obese children and their families need support from child care to counteract the continued weight gain.

Purpose: The purpose of this study was to examine what kind of support child health care nurse gives parents of overweight children the age of zero to six years to counter the continued weight gain. **Method:** The study was performed as an integrative and systematic literature as Whitemore and Knafls method. **Results:** The result showed that child health care nurses give emotional, informational and instrumental support to parents of overweight children. The study showed that no social support was given to these parents. **Conclusion and implication:** The study highlights the importance of early visibility and prevention of continued obesity development of the child. Further more research is requested on overweight children in the age of zero to six years. Through empirical studies, a deeper understanding can be achieved for what kind of support that parents want and how support from the children's health care's nurse perceived by the parents.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Stöd som omvårdnadsåtgärd.....	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Datainsamling.....	6
Urval	6
Data analys	7
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	8
Emotionellt stöd	9
Informativt stöd	10
Instrumentellt stöd	11
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Konklusion och Implikation	16

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

Inledning

Sedan 1980-talet har övervikt och fetma mer än fördubblats hos både vuxna och barn världen över. År 2014 var 1,9 billioner vuxna över 18 år överviktiga och 600 miljoner av dessa hade fetma. Bland barn under fem år var 42 miljoner övervikt eller feta. Barn och ungdomar som lider av övervikt och fetma har en ökad risk för att drabbas av kroniska sjukdomar samt förtidig död i vuxen ålder (World Health Organization, 2016; Reilly & Kelly, 2011). Fetma i barndomen beskrivs av Ebbling, Pawlak och Ludwig (2002) som det främsta barnhälsoproblemet i utvecklingsländer. Fetma kan leda till psykologiskt, fysiologiskt och socialt allvarliga konsekvenser som i sin tur kan leda till en lägre upplevd hälsokvalité (Tsiros et al., 2009) och negativa känslotillstånd så som nervositet, sorg och ensamhet (Strauss, 2000). Fysiologiska konsekvenser är bland annat ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Freeman, 1999) och diabetes typ 2 (Fargot-Champanga et al., 2000). Övervikt och fetma medför ofta stereotypa och upplevda uppfattningar om en individs hälsotillstånd, ett socialt utanförskap samt att på grund av sin övervikt diskrimineras på arbetsmarknaden (Waters et al., 2011).

Den största konsekvensen av att vara överviktig som barn är de psykosociala problemen som kan uppstå. Barn som är överviktiga och feta kan uppfattas som äldre på grund av att de ofta är längre och större än jämnåriga, vilket kan leda till att det ställs högre krav på fysisk och emotionell mognad än vad barnet klarar av. Konsekvensen av dessa krav kan leda till att barnet upplever frustration, misslyckande och en känsla av otillräcklighet samt utanförskap (Dietz, 1998). Övervikt kan grundläggas redan i småbarnsåren och därför bör det förebyggande arbetet börja när barnet är i två års ålder (Skouteris, McCabe, Swinburn, Newfgreen, Sacher och Chadwick, 2011). Övervikt hos barn har tidigare fokuserats på barn i skolåldern och utan större framgång (Birch & Ventura, 2009). Inom barnhälsovården (BHV) har BHV-sjuksköterskor en unik möjlighet att motverka övervikt hos barn. För att motverka fortsatt viktuppgång är det därför viktigt att belysa vilken form av stöd BHV-sjuksköterskan ger föräldrarna till överviktiga barn, noll till sex år (Rikshandboken, 2014).

Bakgrund

För att fastställa om en person är under-, normal- eller överviktig används Body Mass Index (BMI) vilket innebär förhållandet mellan längd och vikt. BMI är en internationellt vedertagen måttenhet och räknas ut genom att kroppsvikten i kilogram divideras med kroppslängden i meter multiplicerat med kroppslängden i meter (kg/m^2). BMI anges i de fyra viktklasserna; undervikt, normalvikt, övervikt och fetma. Undervikt definieras som BMI < 18,5, normalvikt som BMI 18,5 – 24,9, övervikt definieras som 25,0-29,9 och fetma definieras som BMI >30,0. För att räkna

ut BMI för barn används IsoBMI (International Organization for Standardization Body Mass Index) vilket är en utökning av den traditionella viktklassificeringen för BMI. IsoBMI räknas ut på samma sätt som BMI men tolkning sker med hänsyn till ålder och kön (Cole, Bellizzi, Flegal & Diets, 2000). Upp till två års ålder är det för tidigt att ställa diagnosen övervikt och fetma på grund av stora variationer i IsoBMI-kurvan (Hjern & Delvert, 2009).

Övervikt och fetma bland barn fortsätter att öka internationellt. Dock tycks viktökningen ha minskat eller stagnerat i delar av Europa och USA (Rokholm, 2010). Denna stagnation av viktökning sågs redan bland fyra åriga barn i Sverige år 2009 (Bergström och Blomquist, 2009). I Sverige var förekomsten av överviktiga och feta barn lägre i storstadsområden jämfört med på landsbygden. I storstäderna fanns fler högt utbildade föräldrar och där kunde ett samband mellan en högre utbildningsnivå och en lägre förekomst av övervikt påvisas. Förekomsten av övervikt hos barn var mer frekvent i familjer med lågutbildade föräldrar (Sjöberg, Moraeus, Yngve, Poortvilet, Al-Ansari & Lissner, 2011). Oavsett utbildningsgrad hos föräldrarna framkom det att barn som var överviktiga någon gång vid två till fyra och ett halvt års ålder löpte fem gånger så hög risk att vara fortsatt överviktiga även vid 12 års ålder (Nader et al. 2006). Övervikt som etablerats i barndomen följer sannolikt barnet upp i vuxen ålder (Sighn, 2008). Oude Luttikhuis (2009) beskrev att när övervikt har etablerats hos ett barn, är denna svår att bryta trots insatser.

BHV:s övergripande mål i Sverige är att medverka till en optimal fysisk, social och psykisk hälsa. I de övergripande målen ingår att förebygga ohälsa, samt att tidigt uppmärksamma och synliggöra avvikelser i barnets hälsa, utveckling och uppväxtmiljö (Socialstyrelsen, 2014). I Sverige finns det en lång tradition med en väl utbyggd och frivillig BHV, vilken är kostnadsfri och erbjuds från barnets födelse upp till sex års ålder (Medicinal Styrelsen, 1935). Över 90 % av föräldrar i Sverige väljer hälsoservice från BHV (Wallby, Modin & Hjern, 2012). Detta ger BHV-sjuksköterskan ett unikt tillfälle att regelbundet träffa barn och deras familjer under uppväxten och på detta sätt tidigt synliggöra avvikelser i barnets tillväxt. De regelbundna kontroller som erbjuds inom BHV kan vara avgörande för den fortsatta utvecklingen av övervikt och fetma hos barn (Nader et. al., 2006). Från barnets födelse och upp till skolstart erbjuds barnet att delta i barnhälsovårdsprogrammet vid en BHV-mottagning. Programmet innefattar regelbundna kontroller av vikt- längd- och utvecklingsbedömning. I samband med två och ett halvt till tre-årskontrollen screenas barnet genom att mäta IsoBMI för att synliggöra en eventuell trend för övervikt och fetma (Rikshandboken, 2014). I samband med kontrollerna på BHV är det viktigt att göra föräldrarna delaktiga och medvetna om barnets tillväxtutveckling genom att till exempel visa IsoBMI-kurvan som är en objektiv informationskälla (Regber, 2014). Användandet av IsoBMI-kurvan kan synliggöra en eventuell tidig "Adiposity rebound", vilket är en snabb tillväxt hos barn mellan två år och fem års ålder. Adiposity rebound infaller vanligen mellan fyra till åtta år. En tidig "Adiposity

rebound" medför en ökad risk för övervikt i tio års ålder. I en studie av Thorén, Werner, Lundholm, Bråbäck och Silverdal (2015) beskrevs att en snabb viktökning mellan 18 månaders ålder och fyra år, var en stor riskfaktor för övervikt i vuxen ålder. I detta åldersintervall sker fler tillväxtkontroller på BHV vilket ger BHV-sjuksköterskan en central roll i att upptäcka en snabb viktökning samt att ha ett salutogent förhållningssätt i arbetet med att motverka övervikt och fetma i barndomen (Regber, 2014). Fokus bör inriktas på småbarnsåren, noll till sex år, då kostvanor grundläggs, barnet lär sig om hur, när, vad och hur mycket som är lämpligt att äta i den sociala och etniska miljö barnet lever i (Birch & Ventura, 2009).

Levnadsvanor som kan leda till övervikt och fetma är obalans i fysisk aktivitet och kostintag, så som ett högt energiintag och låg energiförbrukning under en längre tidsperiod (Lanigan, Barber & Singhal, 2010; Magnusson, Blennow, Hagelin & Sundelin, 2012). Classen och Thompsen (2016) fann ett starkt samband mellan det genetiska arvet, barnet och deras föräldrar rörande IsoBMI och fetma. Den genetiska faktorn är av betydelse i utvecklingen av övervikt hos barn, men måste kopplas samman med faktorer så som miljö och beteende mässiga faktorer (Davison & Birch, 2001). Riskfaktorer som kan leda till utveckling av övervikt och fetma hos barn beskrivs i den "ekologiska modellen" (Davison & Birch, 2001). Modellen beskriver korrelationen mellan kostintag, fysisk aktivitet och ett stillasittande beteende. Ytterligare faktorer som kunde leda till övervikt och fetma beskrev Davison och Birch (2001) var föräldrarnas egenskaper, levnadsvanor, yrkesprofession samt ekonomi. Vidare beskriver den ekologiska modellen att miljön kring barnet kan påverka utvecklingen av övervikt och fetma. En stimulerande miljö med möjlighet till fysisk aktivitet inom barnomsorg, skola och på fritiden anses motverka övervikt och fetma hos barnet (ibid).

Identifiering av barns övervikt samt att diskutera orsaker och åtgärder med föräldrarna beskrivs av BHV-sjuksköterskor i en studie av Edvardsson, Edvardsson och Hörnsten (2009) som ett känsligt ämne, särskilt om föräldrarna var överviktiga. BHV-sjuksköterskor upplevde en farhåga över att kränka föräldrarna, även om BHV-sjuksköterskan var expert inom området. Det framkom att föräldrarnas förnekelse, rationalisering och ursäkter var svåra att bemöta. Många föräldrar ursäktade sitt barns övervikt med att de hade en kraftig benstomme och/eller ärftlighet som låg till grund för överviktsutvecklingen. Ett bristande intresse och insikt hos föräldrarna upplevde BVH-sjuksköterskan som ett hinder i kommunikationen. Det fanns även en rädsla över att utsätta föräldrarna för allt för stor press, vilket skulle kunna leda till att föräldrarna avsåg sig det stödet som erbjöds (ibid). För att kunna ge ett individuellt anpassat stöd i arbetet mot fortsatt viktuppgång kunde motiverande samtal (MI) användas samt vid behov initiera kontakt med dietist eller barnspecialist (Hjern & Delvert, 2009).

Stöd som omvårdnadsåtgärd

Stöd är ett allmänt vedertaget begrepp som tillämpas inom flertalet områden (Stoltz, Pilhammar-Andersson & William, 2007). Inom sjukvården har sjuksköterskor svårigheter att sätta ord på omvårdnadsåtgärder som innefattar begreppet stöd, vilket leder till omvårdnadsåtgärder utan en specifik definition (Ehrenberg & Ehnfors, 2009). Stödet upplevs därmed inte lika som väl definierade medicinska åtgärder. Stödet inom omvårdnaden delas in i det sociala, emotionella, instrumentella och informativa stödet (Finfgeld-Connett, 2005; Cobb, 1976).

Det sociala stödet beskrivs som en process som sker mellan människor och hur de förhåller sig till varandra (Finfgeld-Connett, 2005). Finfgeld-Connett (2007) menar att socialt stöd inte kräver sjuksköterskekompetens utan kan ges av familj, vänner, grannar och stödgrupper. Om det sociala stödet från familj, vänner, grannar och stödgrupper inte räcker till kan detta förmedlas av sjuksköterskan (ibid). Innan socialt stöd kan ges måste patienten först identifiera samt acceptera behovet av socialt stöd. Likaså måste sjuksköterskan vara villig samt ha förmågan att erbjuda socialt stöd. För att socialt stöd skall kunna ges krävs ett utbyte av information samt en fungerande kommunikation (Finfgeld-Connett, 2005). Socialt stöd leder till förbättrade copingstrategier, självkänsla, mental hälsa samt empowerment (Finfgeld-Connett, 2005; Finfgeld-Connett, 2007). Ett bristande socialt stöd leder istället till en ökad risk för ohälsa, sjukdom och en ökad dödlighet (Chotai, 2009; Cobb, 1976).

Det grundläggande innehållet i det emotionella stödet är uppmuntran, tillgivenhet, tillförlit samt närhet (Schaefer, Coyne och Lazarus, 1981). Emotionellt stöd ges för att lindra oro, känslor av hopplöshet samt depression (Finfgeld-Connett, 2005). Brister i det emotionella stödet visar sig som låg självkänsla, sorg, frustration, ensamhet, ilska, osäkerhet och oro (Finfgeld-Connett, 2007).

Informativt stöd innefattar råd, information och feedback som kan leda till att patienten själv löser sina problem eller bättre förstår sin hälsosituation (Schaefer, Coyne och Lazarus, 1981). Informativt stöd leder till ett snabbare tillfrisknande, mindre behov av läkemedel och ökad livskvalité (Finfgeld-Connett, 2007).

Instrumentellt stöd utgörs enligt Finfgeld-Connett (2005) av praktiska göromål så som fysisk vård, hjälp med hushållssysslor, transporter, mat och pengar. Exempel på ett instrumentellt stöd som BHV-sjuksköterskor använder i arbetet för att synliggöra ett barns onormala viktuppgång är IsoBMI-kurvan (Regber, 2014). Vidare kan ett instrumentellt stöd i form av MI med fördel användas för att stödja patienterna till att förändra sina levnadsvanor (Miller & Rollnick, 2009).

Problemformulering

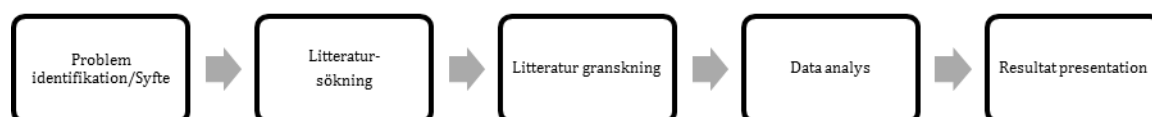
Övervikt och fetma är ett samhällsproblem bland barn under 18 år, både globalt och i Sverige. Om övervikt grundläggs och etableras i småbarnsåren kommer den sannolikt att följa barnet upp i vuxen ålder, vilket kan leda till fysisk, psykisk och social ohälsa. BHV-sjuksköterskan har en unik möjlighet att identifiera barnets övervikt. Dock är övervikt ett känsligt ämne att bemöta, vilket kan försvåra BHV-sjuksköterskans arbete att motverka fortsatt överviktsutveckling hos barnet. För att underlätta BHV-sjuksköterskans arbete är det viktigt att identifiera vilken form av stöd som ges till föräldrar som har överviktiga barn.

Syfte

Syftet med studien var att belysa vilken form av stöd barnhälsovårdssjuksköterskan ger föräldrar till överviktiga barn, noll till sex år, för att motverka fortsatt viktuppgång.

Metod

För att erhålla en djupare förståelse för vilken form a stöd BHV-sjuksköterskan ger föräldrar till överviktiga barn för att motverka fortsatt övervikt har studien genomförts som en integrativ litteraturstudie enligt Whittemore och Knafl (2005). Genom en interaktiv litteraturstudie sammanfattas teoretiska och empiriska forskningsresultat. Den integrativa litteraturstudien inkluderar både experimentell samt icke-experimentell forskning som visar på både kvantitativa och kvalitativa resultat. Det systematiska arbetet för inhämtandet av litteratur följde de fem stegen som Whittemore och Knafl (2005): problemidentifiering, litteratursökning, utvärdering av data, dataanalys och resultatpresentation (figur 1). Inhämtade artiklar granskades med hjälp av Eiman och Carlssons (2003) bedömningsmallar för att fastställa kvalitén på de kvalitativa och kvantitativa studierna.



Figur 1. Fri tolkning av en integrativ litteraturstudie enligt Whittemore och Knafl, (2005).

Datainsamling

Initialt genomfördes en osystematisk litteratursökning för att inhämta kunskap om forskning beträffande det valda området. En tydlig problemformulering och ett tydligt syfte skapades utifrån den forskning som framkom i den osystematiska sökningen. För att motverka slumpartat resultat i litteraturstudien tillämpades en systematisk litteratursökning (Whittemore & Knafl, 2005).

Utifrån 21 ämnesområde bedömdes fem innehålla aktuell och vetenskaplig forskning som svarade mot syftet. De ämnesområden som valdes ut var: Folkhälsovetenskap, Omvårdnad, Pedagogik och utbildningsvetenskap, Socialt arbete och sociologi samt Religionsvetenskap. I de utvalda ämnesområdena identifierade 13 databaser varav följande fyra valdes ut; Academic Search Elite, PubMed, PsycInfo och CINHALL, eftersom de bedömdes innehålla aktuell forskning inom det valda området som förväntades kunna svara mot syftet.

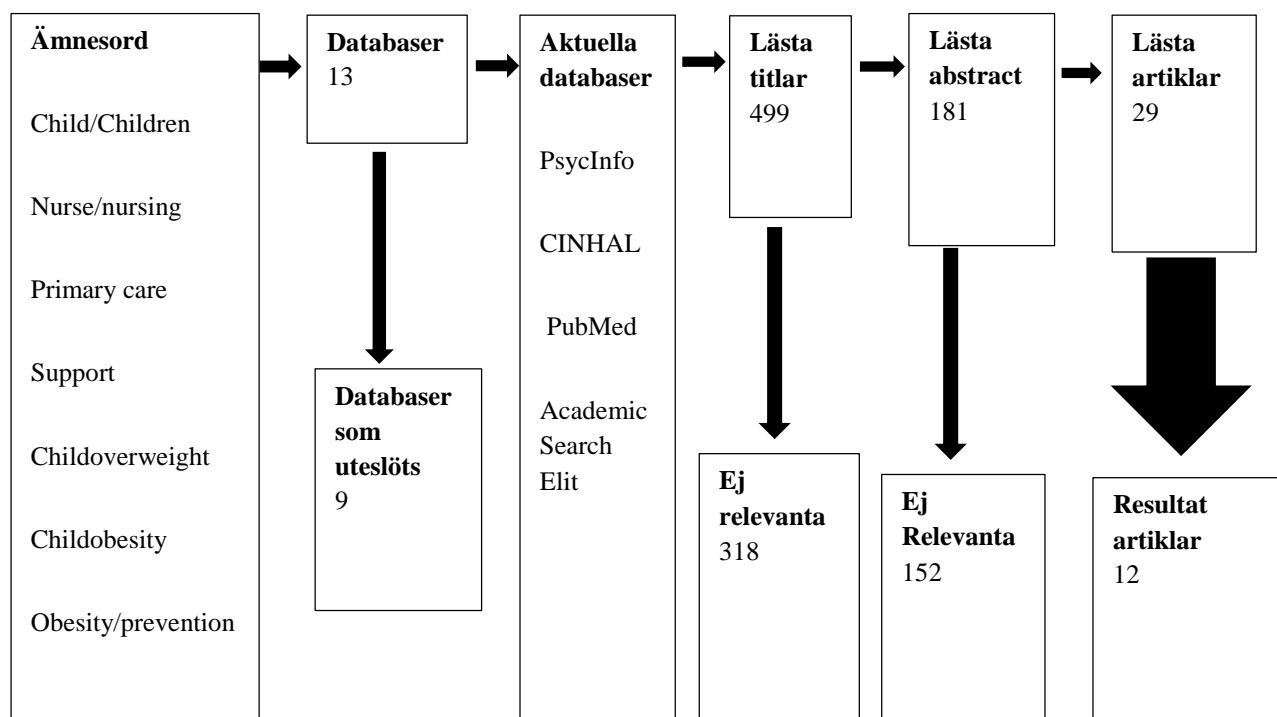
Utifrån den osystematiska litteratursökningen som utfördes initialt valdes följande sökord: *child/children, nurse, primary care, support, childhood overweight, child obesity, nursing, obesity, obesity prevention* (bilaga A). Trunkering (*) användes på sökorden *nurse, support* och *nursing* för att inkludera olika böjningsformer i sökningen. Medicinska ämnesrubriker (Medical Subject Headings, MeSH termer) användes till sökorden *overweight/nursing, pediatric obesity/prevention and control*. I samtliga sökningar användes den booleska operatör AND i skilda kombinationer tillsammans med sökorden. För att validera sökprocessen genomfördes alla sökningarna både gemensamt och individuellt. Avslutningsvis utfördes en fritextsökning i samtliga databaser för att bredda sökningen och för att eventuellt inkludera artiklar som förbisetts i de tidigare sökningarna.

Urval

Inklusionskriterium var övervikt hos barn i åldrarna noll till sex år. Vidare skulle artiklarna vara peer reviewed och/eller research article och publicerade mellan åren 2010 och 2017. Artiklarna skulle även vara etiskt granskade och publicerade på engelska, svenska, danska och norska. Exklusionskriterium var artiklar som inte gick att erhålla i fulltext.

Sökningar resulterade i totalt 499 lästa titlar, 181 lästa abstract och av dessa lästes 29 artiklar i fulltext. Utifrån dessa 29 artiklar valdes 14 artiklar ut som motsvarade syftet och som skulle ingå i resultatet. De resterande 15 artiklarna som inte motsvarade syftet och inte ansågs relevanta valdes bort, varav två var dubletter.

I studien inkluderades 12 artiklar, varav fyra kvalitativa, tre kvantitativa och fem artiklar som genomförts med både kvalitativ- och kvantitativ metod.



Figur 2 Urvalsöversikt

Data analys

Dataanalysen utfördes utifrån Whitemore och Knafles (2005) analysstruktur som innebär att inhämtad data från primärkällorna genomgår fyra steg: datareducering, datasammanställning, jämförelse av data som slutligen sammanställs och verifieras i en konklusion. Datamatriser utvecklades för att presentera all kodad data från varje rapport per kategori och jämfördes integrativt. När data konceptualiserades på högre abstraktionsnivåer kontrollerades varje primärkälla för att verifiera att den nya konceptualiseringen var överensstämmande med primära källor. En syntes i form av en modell utvecklades för att på ett jämförbart sätt visa integrationsprocessen (Whittmore & Knafles, 2005). Litteratursökningarna, titlar och abstract granskades gemensamt. Valda artiklar lästes igenom enskilt av båda författarna för bedömning av relevans mot syftet. Därefter fattades gemensamma beslut angående inklusionskriterium av artiklar i studien.

Analysen startade genom att de 12 artiklarna granskades enligt Eiman och Carlssons (2003) bedömningsmallar för kvalitativa och kvantitativa metoder. Artiklarnas kvalitet bedömdes genom poängsättning, som konverterades till grad I-III. Grad I avser hög vetenskaplig kvalitet och grad III avser låg vetenskaplig kvalitet (ibid).

Utfallet efter granskning blev; nio artiklar av grad I, två artiklar av grad II och en artikel av grad III. På grund av svårigheter att rekrytera artiklar inkluderades även artiklar med låg vetenskaplig kvalitet, grad II och grad III eftersom de svarade mot syftet. Artiklarna bearbetades utifrån syftet och kategoriserades utifrån begreppet stöd som ramverk. Essensen i de 12 resultatartiklarna identifierades, jämfördes, kodades och kategoriserades in i de fyra begreppen stöd; *socialt*-, *emotionellt*-, *informativt*- och *instrumentellt stöd*. Det sista steget i Whitemore och Knafles (2005) analysstruktur innebar att utifrån aktuell data verifiera det nya resultatet som framkom under arbetsprocessen. Därmed fastställdes innebörden av de fyra kategorierna av begreppen stöd.

Forskningsetiska överväganden

God sed inom den vetenskapliga forskningen är att utgå från de fyra etiska principerna, vid humanforskning, vilka finns beskrivna i Helsingforsdeklarationen. Principerna är autonomi principen, principen om att inte göra skada, principen om att göra gott samt principen om rättvisa (The World Medical Association, 2013). Autonomiprincipen innebär individens rätt till att själv bestämma om deltagande i forskning. Principen om att inte göra skada innebär att forskning i största möjliga mån inte skall skada. Om så sker skall nyttan överskrida konsekvenserna för skada. Gör gott principens beskrivning innebär att studiens resultat skall gagna individen. Rättvisepincipen innebär att ingen särbehandling får ske, att fördelning av till exempel vårdens resurser skall ske utifrån behov och att alla har rätt till likvärdigt behandling och bemötande oavsett kön, ålder, etnicitet, åsikt eller bakgrund (ibid). Vidare skall forskning som inkluderar människor behandla etiska överväganden gällande konfidentialitet och informerat samtycke skall inhämtas (The World Medical Association, 2013). Polit och Beck (2010) poängterar vikten av att kontrollera att forskningen som används skall ha utfört etiska överväganden samt vara granskade och godkända av etiska kommittéer. I denna integrativa litteraturstudie inkluderas endast artiklar som uttryckligen redovisat att etiska överväganden och att godkännande från etiska kommittéer eller motsvarande inhämtats. Då denna studie inte kommer i kontakt med föräldrar, barn eller sjuksköterskor inom BHV finns det ingen risk för kränkning av individen eller bristande konfidentiellt.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån begreppet stöd; emotionellt, informativt och instrumentellt stöd. Det sociala stödet framkom inte i studien.

Emotionellt stöd

BHV-sjuksköterskorna tillämpade det emotionella stödet genom sitt förhållningssätt, detta yttrade sig genom att vara holistisk och personcentrerad, vilket kunde ske genom att BHV-sjuksköterskorna individanpassade omvårdnaden utifrån barnen och föräldrarnas behov för att öka föräldrarnas mottaglighet. Föräldrarnas oro prioriterades samt hänsyn togs till föräldrarnas kunskap, motiv, önskemål och tro (Isma, Bramhagen, Ahlstrom, Östman & Dykes, 2012; Laws, Campbell, van der Plight, Ball, Lynch, Russell, Tylor & Denney-Wilson, 2015). BHV-sjuksköterskorna värnade om relationerna till de överviktiga barnen och deras familjer för att familjerna skulle vilja återkomma till BHV (Isma et al, 2013; Laws et al., 2015). Enligt BHV-sjuksköterskorna var det upp till föräldrarna att avgöra om de ville ha hjälp med att minska barnets övervikt och hjälpa barnet växa i sin vikt, därför ansåg att BHV-sjuksköterskorna att det var viktigt att motivera föräldrarna till att vilja förändra barnets situation (Isma, et al. 2012).

You cannot help anyone who does not want to be helped. In the beginning the child is protected by the parents. But, the parents will realise the problem sooner rather than later. They will return. If not to the CHC (Child Health Care), then they will turn to the school health (Isma et al., 2012, s. 5).

För att motivera föräldrar och barn att komma tillbaka BHV-mottagningen för uppföljning tillämpade BHV-sjuksköterskorna en individualiserad omvårdnadsplan, utifrån familjens förmågor, önskemål och resurser (Koulouglioti, Cole, McQuillan, Moskow, Kueppers & Pigeon, 2013; Laws et al., 2015; Ljungkrona-Falk, Brekke & Nyholm, 2013). För att inte kränka föräldrarna och deras barn använde sig BHV-sjuksköterskorna av ett neutralt och icke värderande språk (Isma et al., 2012; Isma et al. 2013). Positiva samtal eftersträvades där tyngdpunkten var att prata om *vad vi kan göra* istället för *vad vi inte kan göra* (Laws et al 2015; Ljungkrona-Falk et al., 2013). Vikten av att bibehålla en god relation till föräldrarna beskrev en BHV-sjuksköterska vara grundläggande;

I have learned to be careful with what I say to the parents. It's difficult to know how to present concern. You don't want to offend the parent. Already from the start, weight is a bit sensitive for the parents (Isma et al., 2012, s.6).

Ljungkrona-Falk et al., (2013) beskrev att BHV-sjuksköterskorna upplevde svårigheter med att samtala med föräldrar om barnets övervikt om föräldrarna själva var överviktiga. För att minska föräldrarnas rädsla för att barnet skulle utveckla låg självkänsla och åtstörningar, samt för att underlätta för föräldrarna att ställa frågor och därmed skapa en friare diskussion fördes samtal om barnens övervikt, kost och aktivitetsvanor när barnen inte var närvarande (Toftemo, Glavin & Lagerløv, 2013).

Emotionellt stöd gavs också genom att BHV-sjuksköterskan uppmuntrade till positiv viktförändringsprocess genom att undvika att skapa oro och osäkerhet hos föräldrarna (Isma et al., 2013; Ljungkrona-Falk et al., 2013).

Informativt stöd

BHV-sjuksköterskornas grundläggande uppgift var att arbeta promotivt för att främja en hälsosam uppväxt (Laws et al., 2015; Isma et al., 2012) vilket gjordes genom att synliggöra barnets överviktsproblematik då IsoBMI och tillväxtkurvorna visades i samband med att information gavs till föräldrarna (Isma et al., 2012; Isma et al., 2013; Toftemo et al., 2013). BHV-sjuksköterskorna förklarade syftet med hälsokontrollerna och dess förmåner för att föräldrarna skulle känna delaktighet samt erhålla en förståelse för barnets överviktsproblematik (Toftemo et al., 2013; Robinson, Denney-Wilson, Laws & Harris, 2012).

Vidare informerade BHV-sjuksköterskorna om orsakerna till övervikt. Den grundläggande informationen berörde kostintag, kostvanor och stillasittande beteende samt aktiv lek för att motverka fortsatt viktuppgång (Isma et al., 2012; Laws et al., 2015). För att förhindra stillasittande beteenden informerades föräldrarna om vikten av att aktivt umgås med sina barn (Laws et al., 2015). Ljungkrona-Falk et al. (2013) beskriver att BHV-sjuksköterskorna även gav informativt stöd genom att belysa skärmtid och stress som andra orsaker till överviktsutveckling hos barn. I studien identifierade BHV-sjuksköterskorna den stress som många barn upplevde på grund av det stora utbud av aktiviteter som barnen deltog i. Informativt stöd kunde BHV-sjuksköterskorna ge genom att identifiera stressen hos dessa barn:

You should also look at the children's stress in their daily life, because it's something that influences them a lot...It too can affect their eating habits...It's related to obesity...everything is related (Ljungkrona-Falk et al., 2013, s. 734)

För att motverka övervikt gav BHV-sjuksköterskorna föräldrarna informativt stöd i form av kostråd redan när barnen var spädbarn (Laws et al., 2015). Kostråden innehöll information om rätt amningsteknik, val av vatten som dryck efter ett års ålder, begränsat intag av söta drycker, hur och när mat skulle introduceras, måltidsrutiner samt begränsning av salt, socker och fettintag. Vidare uppmanades föräldrarna att ge barnen ett rikligt intag av grönsaker och frukt (Laws et al., 2015). En BHV-sjuksköterska beskrev kostrådsgivningen som;

"Diet is what we talk most about at CHC (Child Health Care). From the first to the last encounter, with every family." (Isma et al., 2012, s.5).

BHV-sjuksköterskorna gav information till föräldrarna om att inte använda mat som belöning samt att inte tvinga barnen att äta upp. För att främja en varierad kost informerades föräldrarna om att fortsätta erbjuda mat som barnet tidigare avvisat. Enligt BHV-sjuksköterskorna var det inte viktigt när barnet åt utan vad de åt (Laws et al., 2015). En BHV-sjuksköterska uppgav:

It is a priority, definitely...it needs to be mentioned any time when the parent comes in because you and I know that's going to affect their child's development. So it's really important for them to be getting the right sort of nutrients (Laws, 2015, s.6).

När allmän rådgivning inte var tillräcklig remitterade BHV-sjuksköterskorna överviktiga barn vidare till dietist, barn- och fetmamottagning eller barnklinik eftersom det fanns behov av specifik kostrådgivning för att motverka fortsatt övervikt. När BHV-sjuksköterskorna hade svårt att erbjuda informativt stöd i form av specifik kostrådgivning ansåg BHV-sjuksköterskorna att det var deras ansvar att stötta barnet och föräldrarna genom att remittera vidare (Isma et al., 2012; Isma et al., 2013). Om tillgång fanns till dietist via den specifika BHV-mottagningen tenderade BHV-sjuksköterskorna att remittera det överviktiga barnet omgående på grund av det ökade behovet av specialistkompetens istället för att initialt ge allmän rådgivning (Isma et al. 2012).

Instrumentellt stöd

Instrumentellt stöd gavs genom att synliggöra och uppmärksamma föräldrarna på att deras barn var överviktiga, när föräldrarna själva upplevde barnen som normalviktiga (Laws et al., 2015). BHV-sjuksköterskorna och föräldrarna ansåg dock att IsoBMI-kurvan var svår att förstå eftersom den inte tog hänsyn till etnicitet och hereditet. BHV-sjuksköterskorna litade inte på IsoBMI-kurvan då de upplevde att de inte kunde tolka resultatet och använde då sitt eget ögonmått. Konsekvensen av att inte tillämpa det instrumentella stödet i form av IsoBMI var att insatser för att motverka fortsatt viktuppgång inte initierades förrän övervikten hos barnet var etablerad (Laws et al., 2015; Redsell, Atkinson, Nathan, Siriwardena, Swift & Glazebrook, 2011).

I Isma et al., 2013 beskrev en BHV-sjuksköterska i orsaken till varför de inte använde BMI som;

“... I do not agree with what I see in front of me. The curves in the chart can show that the children are proportionate but the BMI shows that they are over the threshold values /.../ To be honest I have not bothered to calculate BMI lately. I was very careful at one time,

writing down the value in each chart, but lately I have not done this”
(Isma et al. 2013, s.5).

För att utvärdera de kostråd som BHV-sjuksköterskan gav erbjöds de överviktiga barnen och deras föräldrar uppföljande viktkontroller (Isma et al 2013). BHV-sjuksköterskorna registrerade längd och vikt, tillämpade tillväxtkurvor och räknade ut IsoBMI i åldersintervallet noll till fem år för att synliggöra överviktiga och feta barn (Laws et al., 2015).

Vilken form av instrumentellt stöd som tillämpades i arbetet med att motverka fortsatt utveckling av övervikt berodde på det fokus BHV-sjuksköterskan hade i sitt arbete. Åtgärderna varierade mellan att kontrollera barnets viktutveckling, fysiska aktivitet och kostintag (Isma et al. 2013). I samband med kostrådgivning använde BHV-sjuksköterskor skriftligt informationsmaterial innehållande förslag på portionsstorlekar och lämplig mat utifrån barnets ålder (Laws et al. 2015). Enligt Isma et al. (2013) rekommenderade BHV-sjuksköterskorna föräldrarna att föra matdagbok för att på detta sätt synliggöra de överviktiga barnens viktutveckling samt för att utvärdera initierade åtgärder (Isma et al., 2013).

BHV-sjuksköterskorna ansåg att det instrumentella stödet i form av MI var ett verktyg med betydande effekt i samtal med föräldrar till överviktiga barn (Söderlund, Malmsten, Bendtsen & Nilsen, 2010), eftersom de noterade synbara förändringar hos överviktiga barn när de anpassade sig till de överviktiga barnen och deras föräldrars beteenden och motivationsförmåga. MI hjälpte BHV-sjuksköterskorna till att aktivt kunna lyssna till föräldrarna, ökade förmågan att summera relevant fakta samt underlättade för BHV-sjuksköterskorna att fråga om lov innan rådgivning gavs (ibid). När det förelåg risk för att överviktiga barn skulle utveckla fetma ökade behovet av att erbjuda MI. BHV-sjuksköterskorna ansåg att MI var ett lämpligt instrumentellt, effektivt och flexibelt verktyg för att kunna påbörja samtal om viktproblem (Bohman, Ghaderi & Rasmussen, 2013; Tucker et al., 2013).

Det instrumentella stödet beskrevs av Tucker et al. (2013) i form av en behandlingsmodell som tillämpades av BHV-sjuksköterskorna i behandlingen av överviktiga barn. Överviktiga barn och deras föräldrar erhöll utbildning i *Let`s Go 5-2-1-0 metoden* som innebär att dagligen äta minst fem portioner grönsaker eller frukter, begränsning av skärmtid i hemmet till två timmar per dag, minst en timme eller mer fysisk aktivitet dagligen samt att helt utesluta sockerhaltiga drycker. (Tucker et al, 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

För att erhålla evidensbaserad kunskap om aktuell forskning inom det valda området och för att minska risken för ett vilseledande resultat utfördes en integrativ och systematisk litteraturstudie utifrån stegen i Whitemore och Knafls (2005) metod. Metoden lämpar sig väl för forskning inom området omvårdnad, då den medger både experimentell och icke-experimentell forskning, vilket förekommer i både kvalitativa och kvantitativa studier. Arbetsprocessen utgörs av en struktur vilket gör metoden tillförlitlig och möjlig att återupprepa i vidare forskning (ibid).

Whitemore och Knafls metod utgjorde grunden för att identifiera och synliggöra ett väl avgränsat problem och syfte. Strukturen som uppstod i arbetsprocessen gynnade ett noggrant arbetssätt för att kunna inhämta aktuell forskning inom det valda området som väl kunde svara mot syftet. Dock finns en risk med att sökningarna genomfördes allt för snävt och på detta sätt uteslöt relevant och aktuell forskning inom det valda området. Titlar som inte innehöll något av de valda sökorden sållades bort utan att abstrakten granskades och därmed ökade risken för att artiklar som skulle kunna användas till resultatet valdes bort. Om sökningarna genomfördes med en högre acceptansnivå skulle ett större antal artiklar inkluderas och därmed skulle ett bredare resultat kunna ha erhållits.

Att använda ämnesområden underlättade inte bara valet av databaser som innehöll relevant forskning och svarade mot syftet utan styrkte även studiens giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. De databaser som återkom med hög frekvens inom de olika ämnesområdena valdes ut för att erhålla en hanterbar och överskådlig mängd databaser. Dock kan valet av att endast inkludera fyra databaser i arbetsprocessen medföra en risk att databaser med relevant forskning inom det valda området exkluderas, vilket kan ha resulterat i ett minskat antal resultatartiklar och därmed en minskad bredd i forskningsresultatet.

Initialt utfördes sökningarna baserade på artiklar efter år 2012 och framåt. Dock uppstod problem att erhålla ett tillräckligt antal sökträffar som motsvarade syftet och därför justerades sökningarna att inkludera forskning från år 2010 och framåt. För att erhålla fler artiklar och mer aktuell forskning kunde sökningarna skett från år 2012 och framåt och istället inkluderas sökningar i fler databaser än de valda.

Önskemålet var att erhålla studier som rörde barn noll till sex år som i Sverige representeras av barn inskrivna i BHV. Denna avgränsning visade sig vara problematisk när sökningarna skulle genomföras. I samband med de osystematiska sökningarna framkom det initialt att det finns mycket forskning inom området fetma och övervikt hos barn, medans i de systematiska sökningarna framkom att merparten av forskningen berörde barn från sex års ålder och uppåt. Trots att övervikt hos barn

bör identifieras tidigt och innan skolstart, fanns det lite forskning inom området i åldrarna noll till fem år. När de systematiska sökningarna genomfördes gick det endast att avgränsa till åldrarna noll till fem år samt sex år och uppåt. Denna avgränsning har medfört att artiklar gällande överviktiga och feta barn i åldern fem till sex år inte inkluderas i studien. En medvetenhet fanns att syftet inkluderar överviktiga barn i åldern noll till sex år och inte åldersintervallet gällande noll till fem år. Dock uppfattas ingen skillnad i det stöd som ges till föräldrar som har barn mellan fem och sex år jämfört med barn noll till fem år.

Ämnet övervikt kan vara ett känsligt ämne för både barn och föräldrar vilket framkommer i flera artiklar. Studien har ingen kontakt med informanter varvid den inte heller utsätter några deltagare för obehag. Om denna studie hade genomförts som en kvalitativ studie hade de fyra etiska principerna nogsamt beaktats. För att säkerställa att artiklarna hade ett etiskt godkännande utifrån Helsingforsdeklarationens etiska principer (The World Medical Association, 2013) användes databasernas funktion; peer reviewed och research article i sökningarna. Detta resulterade i att 75% av artiklarna som inkluderades i resultatet höll grad I enligt Einman och Carlssons (2003) granskningsmallar, vilket utgör en stabil grund för resultatet i studien. Dock hade den vetenskapliga kvalitén kunnat förbättras om ett inklusionskriterium varit att artiklarna skulle fastställts till grad I.

Resultatdiskussion

Studiens bakgrund beskriver att stöd kan ges som en social omvårdnadsåtgärd, vilket inte framkommer i resultatet. Att det sociala stödet inte framkommer i resultatet kan tyckas förvånande eftersom uppfattningen är att det sociala stödet är ett återkommande begrepp inom omvårdnaden. Dock menar Williams, Barclay och Schmied (2004) att det sociala stödet är en komplex företeelse både att definiera som begrepp samt att tillämpa trots att det sociala stödet förekommer olika frekvent genom livet där det förekommer sociala relationer (ibid).

Den relation som förekommer mellan föräldrar, barn och BHV-sjuksköterskan är en professionell relation. Studien visar att det emotionella-, informativa- och instrumentella stödet är grundläggande i BHV-sjuksköterskans profession. Finfgeld-Connett (2005) beskriver att det sociala stödet inte kräver någon sjuksköterskekompetens utan ges med fördel av familj och vänner. Avsaknaden av det sociala stödet i resultatet kan dels bero på att det sociala stödet inte ges av BHV-sjuksköterskor och dels på BHV-sjuksköterskornas svårigheter att definiera det sociala stödet i omvårdnaden och därmed tillämpa det i arbetet med överviktiga barn.

I studien framkommer att BHV har en hög besöksfrekvens av barn och deras föräldrar, vilket ger BHV-sjuksköterskor ett gyllene tillfälle att övervaka barns tillväxt

och på detta sätt identifiera de barn som är överviktiga. Vikt och längd kontrolleras regelbundet men förvånansvärt är att IsoBMI-kurvan uppfattas som svår att tolka och detta av både BHV-sjuksköterskor och föräldrar vilket leder till att BHV-sjuksköterskorna tillämpar ögonmättet för att identifiera överviktiga barn istället för att använda IsoBMI-kurvan (Laws et al, 2015). I studien beskrivs IsoBMI som ett instrumentellt stöd för att synliggöra barnets övervikt och på detta sätt inkludera föräldrarna i omvårdnaden av det överviktiga barnet, vilket inte sker när BHV-sjuksköterskan endast använder ögonmättet. Uppfattningen är att ögonmättet baseras på individuella tolkningar om vad som är normalvikt och övervikt samt att detta skiljer sig åt BHV-sjuksköterskor emellan. Ögonmättet är inget vetenskapligt verktyg och går inte att validera utan anses vara en personlig preferens som baseras på skilda erfarenheter och kulturer. Toleransen och acceptansen om vad som är övervikt och hur man ser på överviktiga personer tycks förändras över tid. En förklaring till att ögonmättet har förändrats skulle kunna vara att övervikt och fetma har utvecklats till en social acceptans på grund av den ökade förekomsten av övervikt hos barn (Isma et al., 2012). Utvecklingen kan ha medfört att även BHV-sjuksköterskors uppfattning av vad som är normalvikt och övervikt har förändrats och därmed har BHV-sjuksköterskornas syn på övervikten avdramatiserats, vilket innebär att tillämpningen av IsoBMI-kurvan har påverkats till att ögonmättet istället används.

Nyttjandet av ögonmättet kan medföra att överviktiga barn inte uppmärksammas förrän övervikten etablerats och att insatser sätts in när kost- och aktivitetsvanor är svåra att bryta. Istället för att motverka fortsatt övervikt hos barn blir trenden svår att bryta jämfört med om insatser satts in i tid. För att alla barn skall få en likvärdig och vetenskapligt omvårdnad samt att föräldrarna skall kunna inkluderas i omvårdnaden, är det viktigt att använda ett validerat instrumentellt stöd. Att inte använda en standardiserad metod så som IsoBMI leder till att endast en del av de barnen som är inskrivna inom BHV erhåller möjligheten till en normalviktig uppväxt och detta resulterar i bristande patientsäkerhet samt att den etiska rättvisepincipen inte efterlevs. För att motverka bristande patientsäkerhet och för att alla barn skall erhålla en likvärdig och rättvis möjlighet till en hälsosam viktutveckling och tillsammans med engagerade föräldrar är det betydelsefullt att BHV-sjuksköterskorna signalerar när de behöver utbildning i IsoBMI. Inte förrän en ökad förståelse för- samt en förmåga att våga använda IsoBMI-kurvan uppnås kan BHV-sjuksköterskorna förmedla ett väl fungerande instrumentellt stöd.

Ett barns övervikt och behov av att växa i sin vikt är något som berör och engagerar det överviktiga barnet och hela familjen. BHV-sjuksköterskans stöd till föräldrarna i processen att motverka barnets viktuppgång kan vara avgörande för att medvetandegöra föräldrarna och tillsammans med dem implementera hälsosamma kost- och aktivitetsvanor på ett individanpassat och lyckat sätt.

I studien framkommer metoden *Let's go 5-2-1-0* som är en form av ett instrumentellt stöd som strukturerar barnets och föräldrarnas kost- och aktivitetsvanor som motverkar fortsatt viktuppgång (Tucker et al., 2013). Att bryta invanda vanor uppfattas ofta som en större svårighet desto äldre barnet blir. Att tillämpa *Let's go 5-2-1-0* skulle kunna vara ett användbart instrumentellt stöd som förmedlas av BHV-sjuksköterskorna till föräldrarna för att skapa hälsosamma rutiner i vardagen samt ökar balansen mellan fysisk aktivitet och kostvanor. Metoden uppfattas som enkel att relatera till samt att implementera i det dagliga livet och kräver inga våg- eller mätinstrument. Metoden anses även vara kostnadseffektiv då den inte kräver specialanpassad kost och därmed ökade kostnader, både utifrån ett individ- och folkhälsoperspektiv. Tillsammans med det informativa stödet i form av diskussion kring *vad som kan göras istället för vad som inte kan göras*, ger BHV-sjuksköterskan föräldrarna ett tydligt verktyg för att skapa dagliga och okomplicerade rutiner för att motverka fortsatt viktuppgång hos barnet. Metoden och det förhållningssätt som därmed medföljer kan med fördel fortsätta tillämpas även när barnet har vuxit i sin vikt för att bibehålla hälsosamma kost- och aktivitetsvanor och en hälsosam vikt. Dock tycks inte metoden tillämpas frekvent inom BHV, kost- och aktivitetsråd förmedlas men på ett sätt som inte upplevs vara lika strukturerat och enkelt som i metoden *Let's Go 5-2-1-0*.

Konklusion och Implikation

Studien visar att BHV-sjuksköterskor ger emotionellt, informativt och instrumentellt stöd till överviktiga barn och deras föräldrar men förvånansvärt är att det inte framkommer att socialt stöd ges i mötet med dessa föräldrar. Uppfattningen är därmed att det sociala stödet inte tillämpas inom BHV-sjuksköterskans arbete för att motverka fortsatt övervikt hos barn noll till sex år. Avsaknaden av det sociala stödet skulle även kunna bero på BHV-sjuksköterskors svårigheter att tillämpa och definiera det sociala stödet i omvårdnaden. Trots att verktyg så som IsoBMI finns för att definiera övervikt hos barn noll till sex år används inte alltid detta verktyg. Istället används ögonmättet som inte är validerat, patientsäkert eller etiskt försvarbart, vilket sannolikt leder till försenade insatser. För att motverka utvecklingen av övervikt hos barn och stötta deras föräldrar kan *Let's go 5-2-1-0* och MI användas.

Övervikt bland barn är ett folkhälsoproblem, vilket gör studien högaktuell eftersom den lyfter fram vikten av att tidigt synliggöra barnets överviktsproblematik. Vikten av att stötta föräldrarna till överviktiga barn noll till fem år för att motverka fortsatt övervikt lyfts fram. Tidigare forskning beskriver vilken form av stöd som ges till överviktiga barn från sex år och upp till vuxen ålder. Dock efterfrågas mer forskning med avseende på vilken form av stöd som ges till överviktiga barn, noll till sex år och deras föräldrar, eftersom forskning inom denna ålderskategori anses vara bristfällig. Ett sätt att öka BHV-sjuksköterskors förståelse för vilken form av stöd som

efterfrågas samt hur det stödet uppfattas av föräldrarna är att göra empiriska studier av föräldrarnas upplevelser för att erhålla en djupare förståelse inom ämnet.

Referenser

- Berbiglia, V.A., & Banfield, B. (2014). Self-care deficit theory of nursing. In Alligood, R. M. (Ed.), *Nursing Theorists and their work*. (s. 240-257) St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Bergström, E., & Blomquist, Bergström. H. K. (2009). Is the prevalence of overweight and obesity among 4-year-old Swedish children? *Acta Pædiatrica* 98, 1956-1958. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01490.x
- Birch, LL., & Ventura, AK., (2009). Preventing childhood obesity: What works? *International Journal of Obesity*, 33, 74-81. doi: 10.1038/ijo.2009.22
- Bohman, B, Ghaderi, A & Rasumussen., (2013) Training in methods of preventing childhood obesity increases self-efficacy in nurses in child health services: A randomized, controlled trial. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(3), 215-218. <http://dx.doi.org/10.16/j.jneb.2013.10.006>
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003) Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projekt. "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola". (2) Malmö: Malmö högskola. Tillgänglig: http://dspace.mah.se:8080/bitstream/handle/2043/660/rapport_hs_05b.pdf
- Chotai, J. (2009). Bristande socialt stöd som hälsorisk. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift*. 40, (1986-issu 3), 171-175. doi: 10.3109/08039488609096463
- Cobb, S., (1976). Social support as a moderator of life stress. *American Psychosomatic Societ*. 38 (5), 300-314.
- Classen, T. J., & Thompson, O. (2016). Genes and intergenerational transmission of BMI and obesity. *Economics & Human Biology* 23, 121-133. doi: 10.1016/j.ehb.2016.08.001
- Cole, T., Bellizzi, M. C., Flegal, K.M. & Diets, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*; 320, 1240-1243.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*. 2001 (2), 159-171.
- *Denney-Wilson, E., Robinson, A., Laws, R. & Fort Harris, M. (2014) Development and feasibility of a child obesity prevention in general practice: The healthy 4 life pilot study. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 50 (2014), 890-894.

* Artiklar som ingår i resultatet

- Dietz, W.H. (1998) Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101(3) 518-526.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., & Ludwig, D.S. (2002). Childhood obesity: Public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360 (9331), 473-482. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09678-2
- Edvardsson, K., Edvardsson, D., & Hörnsten, Å. (2009). Raising issues about children`s overweight – maternal and child health nurses` experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2542-2551. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05127.x
- Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (1999). Patient records in nursing homes: Effects of training on content and comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 72-82.
- Fargot-Champanga A., Pettitt D. J., Engelgau, M. M., Burrows, N. R., Geiss, L. S., Valdez, R., ...Narayan, K. M. (2000). Type 2 diabetes among North American children and adolescents: an epimiologic review and a public health perspective. *The Journal of Pediatrics* , May; 136(5); 664-672.
- Fingeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 4-9. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x
- Fingeld-Connett, D. (2007). Concept comparison of caring and social support. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18 (02), 58-68. doi: 10.1111/j.1744-618X.2007.00051.x
- Freeman, D. S., Dietz, W. H., Sinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Paediatrics*, Jun; 103(6 Pt 1): 1175-1182.
- Hjern, A., & Delvert, J. (2009). Barn med behov av särskilt stöd. I/In A. Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (Red.), *Barnhälsovård - att främja barns hälsa* (s 165-209). Stockholm: Liber.
- *Isma, G. E, Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2012). Swedish child health care nurses conceptions of overweight in children: A qualitative study. *BioMed Central Family Practice*, 13(57), 1-11. doi: 10.1186/1471-2296-13-57

* Artiklar som ingår i resultatet

- *Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom. G., Östman., & Dykes, A-K. (2013). Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. *BioMed Central Family Practice*, 14(143), 1-10. doi: 10.1186/1471-2296-14-143
- *Koulouglioti, C., Cole, R., McQuillan, B., Moskow, M., Kueppers, J., & Pigeon, W. (2013). Feasibility of an individualized, home-based obesity prevention program for preschool-age children. *Childrens Health Care*, 42, 134-152. doi: 10.1080/02739615.2013.766099
- Lanigan, A. C., Barber, S., & Singhal, A. (2010). Management of obesity. Prevention of obesity in preschool children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 69, 204-210. doi: 10.1017/S0029665110000029
- *Laws, R., Campbell, K.J., van der Pligt, P., Ball., K., Russell, G., Taylor, R., & Denney-Wilson. (2015). Obesity prevention in early life: An opportunity to better support the role of maternal child health nurses in Australia. *BioMed Nursing 14*(26), 1-14. doi: 10.1186/s12912-015-0077-7
- *Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., & Nyholm, M. (2013). Swedish nurses encounter barriers and promoting healthy habits in children. *Health Promoting International*, 29(4), 730-738. doi: 10.1093/heapro/dat023
- Magnusson, M., Blennow, M., Hagelin, E., & Sundelin, C. (2009). *Barnhälsovård - Att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber AB.
- Medicinalstyrelsen (1935) Kungliga medicinalstyrelsens utlåtande och förslag angående förebyggande mödra- och barnavård. Stockholm: Medicinalstyrelsen
- Miller, W. R., & Rollnick. S. (2009). Ten things that motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140. doi: 10.1017/S1352465809005128
- Nader, P. R., O'Brien, M., Houts, R., Bradly, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Friedman, S., ... Susman, E. J. (2006). Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics*, 118 (3), 594-601.
- Norell, M., Ziegert, K. & Kihlgren, A. (2012). Dealing with daily emotions-supportive activities for elderly in a municipal care setting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 7: 9510, 1-8, doi: 10.3402/qhw.v7i0.9510

* Artiklar som ingår i resultatet

- Oude Luttikhuis , H., Baur, L., Jansen, H., Shreewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P. & Summerbell, C. D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1*. doi: 10.1002/14651858.CD001872.pub2
- Pejner, M.N., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2012). Trying to cope with every day life- Emotional support in municipal elderly setting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 7: 19613, 1-7. doi:org/10.3402/qhw.v7i0.19613
- Pejner, M. N. Ziegert, & Kihlgren, A. (2015) Older patients´ in Sweden and the experience of the emotional support received from the registered nurse – a grounded theory study. *Aging & Mental Health*, 19(1), s 79-85. doi: org/10.1080/13607863.2014.917605
- Polit, D.F. & Beck, C.R. (2010). *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. (7th ed). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Rikshandboken. (2014). Barnhälsovårdsprogrammet. Hämtad 2017-01-26 från <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barns-tillvaxt-0-6-ar/Overvikt/>
- *Redsell, S. A., Atkinson, P. J., Nathan, D., Siriwardena, A. N., Swift, J. a., & Glazebrook, C. (2011). Preventing childhood obesity during infancy in UK primary care: A mixed – methods study of HCP`s knowledge, beliefs and practice. *BioMed Central Family Practice*, 12(54), 1-9. doi: 10.1186/1471-2296-12-54
- Regber, S. (2014). Barriers and facilitators of health promotion and obesity prevention in early childhood: A focus on parents results from the IDEFICS study (University of Gothenburg. Institute of Medicine. Department of Public Health and Community Medicine, ISBN 978-91-628-8926-5). Göteborg: Aidla Trading AB/Kompendiet Gothenburg. Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/2077/34815>
- Reilly, JJ., & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity*, 35, 891-898. doi: 10.1038/ijo.2010.222

* Artiklar som ingår i resultatet

- *Robinson, A., Denney-Wilson, E., Laws, R., & Harris, M. (2013). Child obesity prevention in primary care: Investigation practice nurse roles, attitudes and current practices. *Journal of Paediatrics and Child Health* 49, E294-E299. doi: 10.1111/jpc.12164
- Rokholm, B., Baker, J. L., & Sørensen, T. I. A. (2010). The leveling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *International Association for the Study of Obesity*, 11, 835-846. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00810.x
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981) The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (4) 381-406.
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W. R., van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. M. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews*, 9, 474-488.
- Sjöberg, A., Moraeus, L. Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U., & Lissner, L. (2011). Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obesity Reviews*, 12 (5), 305-314. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00838.x
- Skouteri, H., McCabe, B., Swinburn, B., Newgreen, W., Sacher, P., & Chadwick, P. (2011). Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. *Obesity reviews*, 12, 315-328. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00751.x
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Hämtad 2017-01-24, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-5>
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 2000 Jan; 105 (1):e15. doi:10.1542/peds.1051.e15
- Stoltz, P., Pilhammar-Andersson, E., & Willman, A. (2007). Support in nursing- Anevolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1478-1489. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.014>
- *Söderlund, L. L., Malmsten, J., Bendsten, P., & Nilsen, P. (2010). Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal*, 69(4), 390-400. doi: 10.1177/0017896910373136

* Artiklar som ingår i resultatet.

- Thorén, A., Werner, B., Bråbäck, L., & Silferdal, S-A. (2015). A rapid growth rate in early childhood is a risk for becoming overweight in late adolescence. *Acta Pædiatrica*, 104, 1138-1145. doi: 10.1111/apa.13106
- Schaefer et al., 1981Toftemo, I., Glavin, K., & Lagerlø, P. Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care. (2013). *Family Practice*, 30. 719-723. Doi: 10.1093/fampra/cmt056
- Tsiros, M. D., Olds, T., Buckley J. D., Grimshaw, P., Brennan, L., Wakley, A. P., ... Coates, A. M. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 33, 387-400. doi: 10.1038/ijo.2009.42
- The World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human*. Hämtad 2017-03-27, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- *Tucker, S. J., Ytterberg, K. L., Lench, L. M., Schmit, T. L., Mucha, D. I., Wooten, ... Mongeo-Wahlen, K. J. (2013). Reducing pediatric overweight: Nurse-delivered motivational interviewing in primary care. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 536-547. doi: org/10.1016/j.pedn.2013.02.031
- Wallby, T., Modin, B. & Hjern, A. (2012). Child health care utilisation in families with young single mothers in a Swedish county. *Journal of Child Health Care*, 17(1), 17-29. doi: 10.1177/1367493512450624
- Waters, E., De Silva-Sanigorski, A., Burford, J. B., Brown, T., Campell, K. J., Gao, ...Summerbell, C. D. (2011). Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews
- Whittmore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546-553.
- Williams, P. Barclay, L. & Schmied, V. (2004) Defining social support in context: A necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative health research*, 14 (7), 942-960. doi: 10.1177/1049732304266997
- World Health Organization (2016) *Obesity and overweight*. Hämtad 2017-01-19, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

* Artiklar som ingår i resultatet

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	CINHAL	PubMed	Academic Search Elite
Barn	Child/Childhood	Child/Children	Child
Sjuksköterska	Nurse	Nurse	Nurse
Primärvård	Primary care	Primary care	Primary Health care
Stöd	Support	Support	Support
Barnövervikt	Childhood overweight	-	Childoverweight
Barnfetma	Pediatric obesity	Pediatric obesity	Pediatric obesity /Childobesity
Omvårdnad	Nursing	Nursing (MeSH) Nursing (Subject headings)	Nursing
Fetma	Obesity	Obesity (MeSH)	Obesity
Förebyggande av fetma	Obesity prevention	Obesity prevention and control (MeSH)	Obesity prevention
Sökord	Psyhinfo	One search /Fritextsökning	
Barn	Child	-	
Sjuksköterska	Nurse	-	
Primärvård	Primary care	-	
Stöd	Support	Support	
Barnövervikt	-	Child obesity	
Omvårdnad	Nursing	Nursing	
Stöd	Family support		

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatörer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
170216	CINAHL	(childoverweight and obesity) AND support AND nursing. Research article. 2012011. Search mode: Boolean/Phrase.	3	3	3	Artikel nr 2
		(childhood overweight and obesity) AND support AND nursing. Peer reviewed. 20120101. Search mode Boolean/Phrase	0	0	0	0
		(childhood overweight and obesity) AND support AND nursing. Peer reviewed 20120101. Search mode: Smart Text Searching.	13	7	0	0
* = trunkering		Child overweight AND nurse' AND support. Peer reviewed. 20120101 Search mode: Boolean/Phrase.	4	1	1	0
		Pediatric obesity AND nursing AND support. 20120101. Search mode: Boolean/Phrase.	22	6	0	0
		Pediatric obesity AND nursing AND support. 20100101. Search mode: Boolean/Phrase.	21	3	1	0
		Pediatric obesity AND nurse* AND support. 20100101. Search mode: Boolean/Phrase.	26	4	1	0
		Pediatric obesity AND nurse* AND support. 20100101. Search mode: Boolean/Phrase. Peer reviewed.	32	6	1	0
170217	CINAHL	Pediatric obesity AND support*. Peer reviewed, Research Article, Age Group: Child, Preschool: 2-5 years. Search mode: Boolean/ Phrase.	45	13	0	0
		Pediatric obesity AND nursing*. 20100101. Search mode: Boolean/Phrase.	308	0	0	0
		Pediatric obesity AND nursing*. 20100101. Preschool: 2-5 years. Search mode: Boolean/Phrase.	52	15	2	Artikel nr 12
		Pediatric obesity AND nursing*. 20100101. Preschool: 2-5 years. Peer reviewed. Research article. Search mode: Boolean /Phrase.	4	2	0	0
		Pediatric obesity AND nursing*.20100101. Preschool: 2-5 years. Peer reviewed. Search mode: Boolean/Phrase.	6	4	0	0

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
170217	CINAHL	(child overweight and obesity) AND nursing AND support. 20100101. Research article. Search mode: Boolean/Phrase	4	2	0	0
170217	Academic Search Elite	(child overweight and obesity) AND nursing AND support. 20120101. Peer reviewed. Search mode: Boolean/Phrase	21	8	0	0
170217		(child overweight and obesity) AND nursing AND support.20100101-20121231. Peer reviewed. Search mode: Boolean/Phrase	11	1	0	0
170217		(child overweight and obesity) AND nurse* AND support. 20100101. Peer reviewed. Search mode: Boolean/Phrase	14	9	1	0
170217		(pediatric obesity or child obesity) AND nursing AND support. 20100101. Peer reviewed. Search mode: Boolean/Phrase	73	23	1	0
170220	CINHAL	Obesity prevention AND children AND primary care AND nurses. 20100101. Peer reviewed. Research article. Search mode: Boolean /Phrase	7	7	1	Artikel nr 3
170220		Obesity prevention AND children AND primary care AND nursing. 20100101. Peer reviewed. Search mode. Boolean/Phrase	9	6	0	0
170220	Academic Search Elite	(child overweight and obesity) AND nursing AND support*. Peer reviewed. Search mode: Boolean /Phrase	30	8	1	Artikel nr 10
170220		Obesity prevention AND children AND primary health care AND nurse*. 20100101. Peer reviewed. Search mode: Boolean/Phrase	18	13	4	Artiklar nr 1, 4, 6
170220	PubMed	Overweight/nursing (MeSH)	645	0	0	0

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
170220	PubMed	Overweight/nursing (MeSH), Abstract	349	0	0	0
170220		Overweight/nursing (MeSH), abstract, 2010	158	0	0	0
170220		Overweight/nursing (MeSH), Abstract, 2010, children	49	0	0	0
170220		Overweight/nursing (MeSH), Abstract, 2010, children, primary care	7	2	1	Artikel nr 9
170220		Pediatric obesity/prevention and control (MeSH)	1252	0	0	0
170220		Pediatric obesity/prevention and control (MeSH), Abstract	1080	0	0	0
170220		Pediatric obesity/prevention and control (MeSH), Abstract, 2010/01/01	1080	0	0	0
170220		Pediatric obesity and control (MeSH), Abstract. 2010/01/01, Preschool child 2-5 years	1080	0	0	0
170220		Pediatric obesity/prevention and control (MeSH) AND support AND nurse, Abstract, 2010/01/01, preschool child 2-5 years	30	24	5	Artikel nr 8, 7
170220		Pediatric obesity/prevention and control (MeSH) AND nursing (Subheading), Abstract, 2010/01/01, Preschool child 2-5 years	12	6	0	0
170221	PsycInfo	(childhood obesity AND overweight) AND peer reviewed	2897	0	0	0
170221		(childhood obesity AND overweight) AND nursing AND peer reviewed	234	0	0	0
170221		(childhood obesity AND overweight) AND nursing AND peer reviewed, 2010/01/01, Preschool (2-5 years)	5	4	2	Artikel nr 11
170220	Onesearch	(child overweight or obesity) nursing and support	72802	0	0	0
170220		(child overweight or obesity) nursing and support, 20100101, peer reviewed	34573	0	0	0
170220		(child overweight or obesity) nursing and support, 20100101, peer reviewed	2473	0	0	0

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
170220		(child overweight or obesity) nursing and support, 20100101, peer reviewed. Subject: obesity, overweight, children, prevention of obesity, obesity in children, nursing.	30	4	4	Artikel nr 5

Tabell 3: Artikelöversikt**Artikel 1**

Referens	Isma, G., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2012). Swedish child health care nurses conceptions of overweight in children: A qualitative study.
Land Databas	Sverige Academic Search Elite
Syfte	Syftet med studien var att belysa föreställningen om övervikt och fetma i barndomen, bland sjuksköterskor som arbetar inom BHV.
Metod: Design	Kvalitativ studie genomförd med öppna frågor och en fenomenografisk ansats.
Urval	Distriktssköterskor inom barnhälsovården med minst ett års yrkeserfarenhet samt erfarenhet av att arbeta med överviktiga barn. Distriktssköterskor från 26 BHV-mottagningar och från fyra kommuner i södra Sverige stratifierades, vilket resulterade i 91 distriktssköterskor som motsvarade inklusionskriterierna. Ursprungligen bjöds 19 distriktssköterskor att delta i studien. 18 av distriktssköterskorna accepterade deltagande och efter dessa 18 ansåg författarna att resultatet var mättat.
Datainsamling	Kvalitativa intervjuer med öppna frågor.
Dataanalys	Analysen utfördes i fem etapper med fenomenografisk ansats.
Bortfall	Bortfallet redovisat.
Slutsats	Distriktssköterskorna beskriver övervikt i barndomen som komplext och svårt att hantera. Att synen på barnövervikt, både hos föräldrar och distriktssköterskor inom BHV, har förändrats till att överviktiga barn uppfattas som normalviktiga. Artikeln belyser vikten av ett gott förhållande mellan föräldrar och distriktssköterska men även svårigheter att ta upp barnets viktproblem med föräldrarna. Av en del deltagare tenderade problemet med övervikt i barndomen att minimeras.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 2

Referens	Laws, R., Campbell, K.J., van der Pligt, P., Ball, K., Russell, G., Taylor, R., & Denney-Wilson. (2015). Obesity prevention in early life: An opportunity to better support the role of maternal child health nurses in Australia.
Land Databas	Australien CINAHL
Syfte	Syftet med studien var att undersöka BHV- sjuksköterskans förebyggande arbete mot barnfetma genom att belysa vilka faktorer som påverkar och stödjer det förebyggande arbetet för att motverka fetma i barndomen.
Metod: Design	Mixad metod.
Urval	Två av 31 områden i och runt Melbourne, Australien, valdes ut på basen av viljan att delta i en studie rörande barnövervikt. I studien inkluderades 66 BVH-sjuksköterskor varav 56 deltog i den kvantitativa delen med enkäter. Av dessa 56 BVH-sjuksköterskor önskade 20 av dessa att delta i den kvalitativa delen av studien.
Datainsamling	Den kvantitativa delen av studien utfördes med enkäter innehållande 24 frågor som initialt testades genom en pilotstudie. Den kvalitativa delen utfördes per telefon med hjälp av en intervjuguide. Intervjun tog i genomsnitt 30 minuter att genomföra.
Dataanalys	Det kvantitativa resultatet analyserades med hjälp av SPSS 22.0. Det kvalitativa materialet transkriberades, kodades och sorterades genom användandet av Nvivo 9. För vidare analys användes grounded theory och med en induktiv ansats.
Bortfall	Bortfallet redovisat.
Slutsats	Att övervaka en hälsosam viktökning stämmer väl överens med BVH-sjuksköterskans arbetsuppgifter. BHV-sjuksköterskan har en viktig uppgift gällande identifieringen av övervikt hos barn, vilket hos allmänheten inte alltid ses som ett folkhälsoarbete. I BHV-sjuksköterskans arbete ingår uppgiften att ge livsstilsråd om hälsosam kost och aktivitet samt motverka stillasittande beteende.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 3

Referens	Robinson, A., Denney-Wilson, E., Laws, R., & Harris, M. (2013). Child obesity prevention in primary care: Investigation practice nurse roles, attitudes and current practices.
Land Databas	Australien CINHAL
Syfte	Syftet med studien var att undersöka rådande praxis, attityder, förtroendet och utbildningsbehov hos BHV-sjuksköterskor i Australien samt erhålla en ökad förståelse för BHV-sjuksköterskans roll, upplevelser och hinder med att förebygga övervikt hos förskolebarn.
Metod: Design	Mixad metod.
Urval	BHV-sjuksköterskor från både storstad och landsbygd i New South Wales, Australien rekryterades och 292 enkäter skickades ut. Av dessa besvarades 59. Intresse av att delta i en semi-strukturerad intervju medgavs av 34 BHV-sjuksköterskor. Slutligen genomfördes 10 intervjuer innan forskarna ansåg att resultatet var mättat.
Datainsamling	Enkäter konstruerades av forskargruppen. De semi-strukturerade intervjuerna genomfördes per telefon eller genom fysiskt möte beroende på informantens önskemål. Beräknad tidsåtgång per intervju beräknades ta 20 min.
Dataanalys	Den kvantitativa analysen genomfördes genom användandet av SPSS 17.0. Den kvalitativa analysen genomfördes genom transkribering, genomgång, tematisering och kodning av forskarna.
Bortfall	Det exakta bortfallet redovisades ej.
Slutsats	Studien visade att det fanns ett intresse av att arbeta förebyggande med barnfetma trots upplevda kunskapsluckor hos BVH-sjuksköterskorna. BHV-sjuksköterskorna sakna kunskap som hjälpte dem att applicera hälsosamma interventioner hos socioekonomiskt utsatta grupper. Studien visade att MI ledde till förändrade attityder hos föräldrarna gällande hälsosam livsstil- och kostrådgivning samt rådgivning för att motverka fortsatt övervikt hos barnet.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II

Artikel 4

Referens	Ljungkrona-Falk, L., Brekke, H., & Nyholm, M. (2013). Swedish nurses encounter barriers and promoting healthy habits in children.
Land Databas	Sverige Academic Search Elite
Syfte	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevda hinder vid diskussion med föräldrarna om hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och deras barns kroppsvikt.
Metod: Design	Mixad metod.
Urval	I studien inkluderades 76 sjuksköterskor som arbetade på 29 olika BHV-mottagningar i västra Sverige och till dessa sjuksköterskor skickades enkäter ut . Av dess erbjöds 24 sjuksköterskor att delta i någon av de tre fokusgrupper som skapades. Totalt tackade 17 sjuksköterskor ja till att delta i studien. Strategiskt urval och maximal variation tillämpades vid urvalet.
Datainsamling	Intervjuerna utfördes i en grupp av oberoende moderator. Initialt utfördes en pilotstudie. Intervjuerna tog 90-120 minuter att genomföra och dessa transkriberades därefter ordagrant. Enkäterna baserades på det resultat som framkom i gruppintervjuerna och pilotstudien.
Dataanalys	Intervjuerna analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman. Enkäterna analyserades och jämfördes med resultatet från fokusgrupperna.
Bortfall	Bortfallet redovisat.
Slutsats	Resultatet visade att trots stödet som utvecklats av dietist upplevde BVH-sjuksköterskan flera hinder för att främja sunda vanor hos föräldrarna. Flera olika åtgärder krävdes för att hantera och åtgärda de komplexa problem som var relaterade till barnövervikten. Åtgärder som föreslogs är till exempel utbildning i olika typer av intervjumetoder, konsekvent tillämpning av riktlinjer och att dessa skall vara enhetliga för de olika yrkesgrupperna som finns inom BHV.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 5

Referens	Söderlund, L. L., Malmsten, J., Bendtsen, P., & Nilsen, P. (2010). Applying motivational interviewing in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child health care.
Land Databas	Sverige Fritextsökning, One Search
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera hur utbildning i MI för BHV-sjuksköterskors samt deras attityd till MI påverkat dem i arbetet med överviktiga barn.
Metod: Design	Tvärsnittsstudie med en deskriptiv design.
Urval	Studien genomfördes i Östergötland, Sverige samt inkluderade 33 BHV-mottagningar som lokaliserades både i städer och på landsbygd. BHV-sjuksköterskorna deltog i en utbildning i MI. Året efter avslutad utbildning kontaktades de 89 BHV-sjuksköterskorna som deltog i kursen, varav 76 av dessa gick att nå för samtycke för deltagande i studien. Av 76 BHV-sjuksköterskor deltog totalt 62 i studien. Deltagarna i studien var kvinnor, där medelåldern bland dessa kvinnor var 50 år samt med en arbetslivserfarenhet på 14.4 år.
Datainsamling	Datainsamling genomfördes initialt via e-post till informanterna med information om kontaktperson samt deltagande i en enkätundersökning via telefon. Enkäten utformades med 25 frågor och med hjälp av Rogers 29, varav 16 av dessa frågor tillämpades i studien. För att validera enkäten utfördes tre pilottester där tre BHV-sjuksköterskor fick svara på enkäten. Enkätundersökningen beräknades ta cirka tio minuter.
Dataanalys	Dataanalys genomfördes med hjälp av SPSS 16.0, inkluderat beskrivande frekvenstabeller av resultatet.
Bortfall	Bortfallet redovisat
Slutsats	Utbildning inom MI hade stor betydelse i det kliniska arbetet med överviktiga barn. Efter att BHV-sjuksköterskorna erhållit utbildning i MI användes metoden frekvent och i stor utsträckning ett år efter att utbildningen avslutades. BHV-sjuksköterskorna ansåg att MI kunde användas inom andra ohälsfrågor än enbart övervikt. BHV-sjuksköterskorna upplevde en positiv inställning till metoden.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II

Artikel 6

Referens	Denny-Wilson, E., Robinson, A., Laws, R. & Fort Harris, M. (2014) Development and feasibility of a child obesity prevention in general practice: The healthy 4 life pilot study.
Land Databas	Australien Academic Search Elite
Syfte	Syftet med studien var är att testa och utveckla sjuksköterske-ledda och korta interventioner för att förebygga barnfetma hos friska barn.
Metod: Design	Mixad metod.
Urval	Fyra BHV-sjuksköterskor som uttryckte ett önskemål om att delta i en workshop.
Datainsamling	Efter att informanterna deltagit i ett seminarium (med två dietister och en sjuksköterska ur forskarteamet) som behandlade den valda interventionen tillämpande informanterna interventionen vid cirka tio hälsosamtal. Därefter erbjöds fyra BHV-sjuksköterskor att delta vid en intervju för att utvärdera effekten av interventionen. Journalerna från hälsosamtalen granskades för att kunna inhämta BMI-kurvor samt information om vad som varit föremål för bedömning och rådgivning.
Dataanalys	Intervjuerna transkriberades ordagrant och kodades därefter.
Bortfall	Bortfallet ej redovisat.
Slutsats	Alla fyra BHV-sjuksköterskor som deltog i studien uppgav att de kände sig tryggare i att ta upp och diskutera samt ge råd till föräldrar rörande barnets övervikt efter att ha deltagit i den interaktiva workshopen. Workshopen belyste och visade att BMI-skalar är ett tydligt instrument för att synliggöra ett barns begynnande övervikt som inte är visuell samt på detta sätt tidigt inkludera och stötta föräldrarna till interaktion. Att beräkna IsoBMI, ge enkla råd och klara budskap, sätta upp mål, ge stöd och uppmuntran, erbjuda tips och förslag samt att följa upp och vid behov remitterar vidare till läkare fungerar väl för BHV-sjuksköterskor inom primärvården.
Vetenskaplig kvalitet	Grad III

Artikel 7

Referens	Isma, G. E., Bramhagen, A-C., Ahlstrom, G., Östman, M., & Dykes, A-K. (2013). Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden.
Land Databas	Sverige PubMed
Syfte	Syftet med studien var att belysa BHV-sjuksköterskors upplevelser om det förebyggande arbetet med övervikt och fetma inom BHV.
Metod: Design	Kvalitativ studie med fenomenografisk ansats.
Urval	Fyra kommuner valdes ut i södra Sverige och inkluderade totalt 26 BHV-mottagningar. Totalt var 91 BHV-sjuksköterskor berättigade till deltagande i studien, varav 26 av dessa valdes ut med hänsyn till ålder, kön, nationalitet, antal förvärvsarbetade år samt antal år de arbetat inom BHV. Informanterna skulle även inneha erfarenhet av att arbeta med barn i åldrarna noll till sex år, samt ett års erfarenhet att arbeta med överviktiga barn. Det slutliga antalet informanter som deltog i studien var 18 BHV-sjuksköterskor. Medelåldern bland BHV-sjuksköterskorna var 51 år samt 11 års erfarenhet inom BHV.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor som genomfördes på informanternas arbetsplatser. Intervjuerna tog i genomsnitt 46 minuter att genomföra.
Dataanalys	Analysen genomfördes i fem etapper med hjälp av en fenomenografisk ansats.
Bortfall	Bortfallet redovisat.
Slutsats	BHV-sjuksköterskans uppfattning gällande den professionella rollen samt arbete inom BHV tillsammans med kunskap om övervikt samt rådande riktlinjer påverkade BHV-sjuksköterskornas arbete samt val av prioriteringar. BHV-sjuksköterskorna uppgav att de kände sig oförberedda i arbetet med att förebygga övervikt hos barn, vilket i sin tur kunde leda till svårigheter att identifiera fall av övervikt hos barn. En bristande organisation samt avsaknad av resurser försvårade arbetet med övervikt hos barn. Önskemål fanns om ett ökat samarbete med andra personalkategorier i arbetet med överviktiga barn och deras familjer. Detta område ansågs tämligen utforskat.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 8

Referens	Bohman, B., Ghaderi, A., & Rasmussen, F. (2013) Training in methods of preventing childhood obesity increases self-efficacy in nurses in child health services: A randomized, controlled trial.
Land Databas	Sverige PubMed
Syfte	Syftet med studien var att utvärdera effekterna av utbildning i metoder för att förebygga barnfetma på så kallad self efficacy (SE) hos sjuksköterskor och detta för att öka tilliten till den egna förmågan.
Metod: Design	Randomiserad kontrollerad studie.
Urval	De sjuksköterskor som rekryterades till studien ingick i en större svensk studie som behandlade primärprevention av barnövervikt. Alla sjuksköterskor utom två hade specialistutbildning som distriktssköterska eller motsvarande. I studien inkluderades 145 sjuksköterskor och dessa randomiserades i en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. När studien startade var det 101 sjuksköterskor kvar som kunde delta och av dessa var det totalt 60 sjuksköterskor som besvarade instrumentet före och efter interventionen.
Datainsamling	Sjuksköterskorna i interventionsgruppen genomgick en femdagars utbildning i att förbygga barnövervikt genom kost, fysisk aktivitet samt metoder i att förändra beteenden med hjälp av MI. Både före och efter utbildningen svarade både interventionsgruppen och kontrollgruppen på ett instrument för att skatta SE. Instrumentet mätte sjuksköterskans SE för att motivera föräldrarna till att främja hälsosam kost och aktivitet hos sina barn.
Dataanalys	Analysen skedde med hjälp av SPSS 20.0. Skillnaden mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen genomfördes med hjälp av en multipel linjär regressionsanalys med justering för effektövertygelser.
Bortfall	Bortfallet redovisas.
Slutsats	Resultatet visade på att träning i metoder som motverkade utvecklingen av barnövervikt ökade SE hos sköterskorna. Resultatet visar även att utbildningen i koståtgärderna gav en ökad SE men att MI påverkar alla områdena. Genom handledning och utbildning i MI ökade sjuksköterskornas förmåga att tillämpa MI. Därför ansågs det att MI borde inkluderas i klinisk utbildning för att effektivt motverka barnövervikt.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 9

Referens	Tucker, S. J., Ytterberg, K. L., Lenocho, L. M., Schmit, T. L., Mutch, D. I., Wooten, J.A., ... Mongeon – Wahlen, K. J. (2013). Reducing pediatric overweight: Nurse-delivered motivational interviewing in primary care.
Land Databas	United States of America (USA) PubMed
Syfte	Syftet med studien var att testa programmet Let's Go 5-2-1-0 som levererades genom MI utförd av sjuksköterskor som arbetade med överviktiga barn och deras föräldrar i primärvården.
Metod: Design	Kvasi-experimentell.
Urval	Informanterna, barnen och deras föräldrar rekryterades från en BHV-mottagning i USA. Inklusionskriterium var överviktiga och friska barn mellan fyra och 18 år, som inte var föremål för akuta insatser. Barnen rekryterades genom standardbesök på BHV-mottagningen. I kontrollgruppen ingick 70 familjer och i interventionsgruppen ingick 60 familjer.
Datansamling	Barnen i kontrollgruppen erhöll standardvård i samband med besöket på BHV-mottagningen medan barnen i interventionsgruppen erhöll standardvård utifrån samtal baserade på MI med integrerad Let's Go 5-2-1-0. IsoBMI och hälsosamma levnadsvanor identifierades. Uppföljning av interventionen gjordes efter 6 månader samt vid 12 månader.
Dataanalys	Deskriptiv data analyserades med hjälp av deskriptiv statistik. Förändringar i BMI samt i hälsosamma levnadsvanor utvärderades som kontinuerliga variabler samt genom användning av indikatorvariabler, ja eller nej. Den statistiska analysen utfördes med hjälp av SAS software package.
Bortfall	Bortfallet redovisas.
Slutsats	Vid ökad risk för utveckling av fetma ökade behovet av att erbjuda MI. MI identifierade sjuksköterskans upplevelse av att inte inneha tillräcklig kompetens för att kunna förebygga fetmautveckling. Vidare var uppfattningen att MI kunde tillämpas inom all hälso- och sjukvård i allmänhet. Let's Go 5-2-1-0 ansågs även vara kostnadseffektiv om fetmautvecklingen kunde förhindras och sjukdomar i vuxen ålder kunde förebyggas. Modellen ansågs även vara flexibel och kunde användas som en öppning för att kunna samtala om viktproblem.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 10

Referens	Toftemo, I., Glavin, K., & Lagerlø, P. Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care (2013).
Land Databas	Norge Academic Search Elite
Syfte	Syftet med studien var att utforska föräldrars upplevelse och erfarenheter när sjukvårdspersonalen identifierade deras förskolebarn som överviktiga.
Metod: Design	Kvalitativ och semi-strukturerad intervjustudie
Urval	I studien inkluderades sju BHV-kliniker som var strategiskt placerade utifrån den första forskarens hemstad. Föräldrar till barn med ett IsoBMI > 25 informerades om studien och erhöll skriftlig information. Under rekryteringstiden, sex månader, rekryterades mödrar till nio barn samt ett föräldrapar. Barnen kom från en varierad socioekonomisk bakgrund. Barnen var alla frisk, gick på förskola, hade minst en far eller morförälder i samma kommun och var alla födda i Norge och av norska föräldrar.
Datainsamling	Intervjuerna ägde rum på informanternas BHV-mottagning. Varje intervju varade i 45-75 minuter och följde en intervjuguide.
Dataanalys	Kvalitativ innehållsanalys.
Bortfall	Ej redovisat.
Slutsats	Övervikt i tidig barndom är ett känsligt ämne som även små barn kan uppfatta vilket borde finnas i åtanke när övervikt diskuteras. Frågan var om barnet skulle närvara eller inte när föräldrarna och BHV-sjuksköterskorna diskuterade barnets vikt. Författarna föreslog att det kunde vara mindre laddat att BHV-sjuksköterskan initialt diskuterade med föräldrarnas egna erfarenheter av kost och vikt. Föräldrarna rapporterade att det var genuint svårt att diskutera övervikt och framförallt sitt barns övervikt som föräldrarna ofta inte var medvetna om. Föräldrarnas oro berodde ofta på en rädsla för att barnet skulle bli stigmatiserat, mobbat eller utveckla en låg självkänsla snarare en rädsla för de hälsorisker som förknippas med barnövervikt. Studien visade på att interventioner bör inkludera alla i barnets närhet, inklusive far och morföräldrar som i denna studie tycktes kunna underminera föräldrarna. Föräldrarna uppgav att de uppskattade stöd som de erhöll från förskola.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 11

Referens	Koulouglioti, C., Cole, R., McQuillan, B., Moskow, M., Kueppers, J., & Pigeon, W. (2013). Feasibility of an individualized, home-based obesity prevention program for preschool-age children.
Land Databas	United Kingdom (UK) PsycInfo
Syfte	Det huvudsakliga målet med studien var att förbättra barns sömnrutiner samt öka barns deltagande vid måltider. Syftet med studien var att förbättra rutinerna genom att minska TV - tittandet under måltider samt vid sänggående, uppmuntra mödrar och barn till en aktiv och positiv kommunikation i samband med dessa rutiner.
Metod: Design	Interventionsstudie med pre-post design.
Urval	Mödrarna rekryterades med hjälp av flygblad som delades ut på universitetssjukhuset, på lokala och kommunala skolor och daghem samt via Head-Start som är ett statligt finansierat program som stödjer låginkomstfamiljer med barn i åldrarna tre till fem år. I urvalet ingick 36 familjer som motsvarade inklusionskriterierna. Mödrarna skulle vara 18 år eller äldre, engelsktalande och identifierats som ensamstående mödrar. Barnen skulle vara tre till fem år och friska.
Datainsamling	Individuella handlingsplaner upprättades med önskan om att rutinerna skulle bli en naturlig del av familjelivet. Datainsamlingen genomfördes genom att mödrarna kontaktade ansvarig koordinator och erhöll då information om studien, fick svar på eventuella frågor och tid bokades in för insamling av data. Mödrarna fyllde i ett frågeformulär gällande rådande familjerutiner. En Mini-Motionlogger Actigraph watch tillämpades på barnen under 72 timmar medan mödrarna fick skriva sömndagbok. En familjemåltid filmades under 30 minuter. Barnets längd, vikt och midjemått mättes. Efter en månad upprepades interventionsprogrammet och därefter kontaktades mödrarna för att erhålla tidsbokning för schemalagda hembesök. Fyra hembesök bokades in, som varade i ungefär en timme per tillfälle. Hembesöken genomfördes under en sex veckors period. Möjlighet fanns även att erhålla telefonkontakt som av mödrarna tillämpades efter eget önskemål.
Dataanalys	Programmen SPSS och LL användes för att analysera resultatet samt erhålla deskriptiv statistik.
Bortfall	Bortfallet redovisas.
Slutsats	I resultatet framkom att barn behöver hälsosamma- dagliga och förutsägbara rutiner för att motverka övervikt som till exempel fasta måltider och sömnrutiner.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 12

Referens	Redsell, S. A., Atkinson, P. J., Nathan, D., Siriwardena, A. N., Swift, J. A., & Glazebrook, C. (2011). Preventing childhood obesity during infancy in UK primary care: A mixed-methods study of HCP's knowledge, beliefs and practice.
Land Databas	UK CINAHL
Syfte	Syftet med studien var att undersöka vårdpersonal och läkares kunskaper, uppfattningar samt nuvarande arbete i att identifiera spädbarns risk att utveckla fetma.
Metod: Design	Mixad metod.
Urval	Urvalet grundades på sjukvårdspersonal som arbetande i två län i UK. Fem städer valdes ut som inkluderade en hög frekvens av barn med fetma samt en stad med låg förekomst av barnfetma. Skilda undersökningsområden valdes ut, så som storstad, landsbygd samt rika och fattiga områden för att säkerställa en bredd i resultatet. Majoriteten av sjukvårdspersonalen hade en arbetslivserfarenhet på minst tio år. All sjukvårdspersonal hade konsulterats av föräldrar och då givit råd om kost i spädbarnsåldern.
Datinsamling	Datinsamlingen baserades på enkäter enligt ORK-10 skalan samt på semistrukturerade telefonintervjuer. Sjukvårdspersonalen erhöll enkäter och totalt skickades 118 enkäter ut, varav 84 besvarades, vilket gav en svars-frekvens på 34 %. Ytterligare 34 informanter i studien rekryterades via enkäter online. På grund av bortfall inkluderades totalt 116 informanter. Telefonintervjuer genomfördes med 12 läkare samt sex sjuksköterskor. De semistrukturerade intervjuerna spelades in och varade i genomsnitt en timme. Initialt genomfördes två pilotintervjuer.
Dataanalys	Enkäterna analyserades med hjälp av SPSS 15.0. Intervjuerna transkriberades ordagrant och fördes därefter in i NVIVO 8.0. Därefter analyserades intervjuerna med hjälp av en induktiv ansats. Detta för att kunna identifiera preliminära koder samt kategorisera resultatet. En kodbok upprättades enligt riktlinjer som anges i Boyatzis (1998).
Bortfall	Bortfallet redovisat
Slutsats	Fortsatta utmaningar kvarstår i arbetet med att förebygga fetma i barndomen. Vårdpersonalens kompetens, förhållningssätt samt självförtroende försvåras på grund av ett begränsat, gemensamt språk samt bristande kommunikation mellan tvärvetenskapliga professioner. Insatser krävs för att förbättra vårdpersonalens kunskaper om riskerna med att utveckla fetma i småbarnsåren. Vårdpersonalen har även behov av kunskap för att kunna identifiera samt hantera de barn som ligger i riskzonen att utveckla fetma. Läkaren värdesatte strategier som bibehöll relationen med utsatta familjer och interventioner som ökade rådgivningen gällande kostrådgivning för spädbarn. Ett multidisciplinärt arbete krävs för att förebygga fetma hos barn och ytterligare forskning krävs för att fastställa optimala arbetssätt.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I.

Christina Petersson

Veronica Jensen



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se