



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleie til overvektige barn og unge

Nursing care to overweight children and adolescents

Janne Rødal og Stine Nygjerde Sæterøy

Totalt antall sider inkludert forsiden: 60

Molde, 07.04.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Else Jørgensen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.03.2017

Antall ord: 10728

One nurse stated, *"The stigma that may have motivated some people years ago is no longer there. Plus you have a media component coming in too, saying 'be comfortable with yourself and large is OK' and they don't see the health side". (Steele et al 2011, 132)*

Sammendrag

Bakgrunn

Overvekt hos barn og unge er en økende problematikk i dagens samfunn. I Norge oppgir Helsedirektoratet at gjennomsnittsvekten for 9-åringer har økt med over 3 kg fra 1975 til år 2000. Å være overvektig som barn øker risikoen for livsstilssykdommer som voksen.

Hensikt

Belyse hvordan sykepleier arbeider med overvekt til barn og unge.

Metode

Litteraturstudie med systematisk søk basert på 14 forskningsartikler, 9 med kvalitativt design, 2 med kvantitativt design og 3 kombinasjonsstudier.

Resultat

Sykepleiere har lite erfaring med å forebygge og behandle overvekt hos barn og unge. De opplevde overvekt som et sensitivt tema å ta opp og hadde problemer med å ha nok tid til kontinuerlig oppfølging av barnet/den unge.

Konklusjon

Funnene fra denne litteraturstudien viser hvor viktig det er for sykepleiere å ha kunnskap for å kunne forebygge og behandle overvekt hos barn og unge, samt at de behøver et godt samarbeid med barnet, foreldrene, egen ledelse og annet helsepersonell for å oppnå best mulig resultat.

Nøkkelord

Overvekt, barn, unge, sykepleier, erfaring.

Abstract

Background

Overweight in children and adolescents is an increasing problem. Helsedirektoratet in Norway reports that the average weight in 9-year olds have increased 3kg from 1975 to the year 2000. To be overweight as a child increases the risks of developing lifestyle diseases as an adult.

Aim

Illustrate how nurses work with overweight children and adolescents.

Method

A literature review study based on 14 research articles. 9 with qualitative design, 2 with quantitative design and 3 combination studies.

Results

Nurses have little experience preventing and treating overweight children and adolescents. They felt that overweight was a sensitive subject and experienced difficulties with a continuous follow-up of the overweight child/adolescent.

Conclusion

Our findings from this literature review show the importance of nurses having knowledge about preventing and treating overweight in children and adolescents. It is also essential to have a good collaboration with the child, parents, own management and other health professionals to achieve the best possible outcome.

Key words

Overweight, children, adolescents, nurse, experience.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	1
1.2	Problemstilling	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Ernæring og fysisk aktivitet	2
2.2	Barn og overvekt	3
2.3	Livsstil	4
2.4	Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.....	5
3.0	Metode.....	7
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
3.2	Datainnsamling/litteratursøk	8
3.3	Etisk vurdering	10
3.4	Analyse.....	10
4.0	Resultat	12
4.1	Sykepleieres erfaring med tidsbegrensninger.....	12
4.2	Sykepleiere erfarer manglende kunnskap.....	13
4.3	Sykepleieres erfaring med kontakt med foreldre og barn	14
4.4	Sykepleieres erfaring med samarbeid med ledelse og andre helsetjenester	16
5.0	Diskusjon.....	17
5.1	Metodediskusjon	17
5.1.1	Datasamling og artikkelsøk.....	17
5.1.2	Etisk vurdering.....	19
5.1.3	Analyse.....	19
5.2	Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1	Lite tid til overvekt.....	20
5.2.2	Tynt kunnskapsgrunnlag	22
5.2.3	Utfordringer med kontakt med foreldre og barn/unge	24
5.2.4	Utilstrekkelig tverrfaglig/tverrprofesjonelt samarbeid.....	27
6.0	Konklusjon.....	30
6.1	Forslag til videre forskning	31

Litteraturliste

Vedlegg 1 PI(CO)-skjema

Vedlegg 2 Oversiktstabell over søkehistorikk

Vedlegg 3 Oversiktstabell over inkluderte artikler

Vedlegg 4 Tabell over funn fra analysen

Vedlegg 5 Kvalitetsvurdering av forskningsartikler

1.0 Innledning

I Barnehelserapporten blir barn og unge definert som aldersgruppen mellom 1 år og 18 år. Januar 2016 var det 127000 barn og unge i Norge noe som utgjør omlag 22% av befolkningen (Folkehelseinstituttet 2016). For noen 10 år tilbake var overvekt hos barn et mindre kjent problem, men nå regnes overvekt hos barn som et utbredt problem i «velutviklede land». I USA regnes hvert tredje barn som overvektig, mens 16 % regnes med i gruppen fedme og det er et økende problem. I Norge oppgir Helsedirektoratet at gjennomsnittsverken for 9-åringar øker med over 3 kg fra 1975 til år 2000. Blant jenter på 9 år var 14, 7 % overvektige og 4, 7% hadde fedme. Blant 9-årige gutter var tilsvarende tall 12, 8% overvektige og 2,8% som hadde fedme (Helsedirektoratet 2010).

Overvekt kan føre med seg sosiale og følelsesmessige problemer hos barna, samtidig som det øker sjansen for at barna skal bli overvektige som voksne. Dette fører med seg økt risiko for alvorlige helsetilstander som hjerneslag og hjerteinfarkt. (Norsk Helseinformatikk 2016, Aagaard og Bjerkreim 2012). Siden overvekt hos barn og unge er et økende problem er dette et viktig tema for oss som fremtidige sykepleiere, en pasientgruppe vi kan møte på innenfor både psykiatritjenesten, hjemmetjenesten og på sykehus. Overvekt hos barn og unge er et tema som er viet lite tid i sykepleieutdanningen, derfor ønsker vi å lære mer om dette. Oppgaven vil ha fokus på sykepleierens erfaringer knyttet til arbeid med barn og unge med overvektsproblematikk.

1.1 Hensikt

Belyse hvordan sykepleiere arbeider med overvektige barn og unge.

1.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere til forebyggende og behandlende arbeid rettet mot overvektige barn og unge?

2.0 Teoribakgrunn

I teoribakgrunnen ønsker vi å gjøre kort rede for relevant teori knyttet opp mot studiens hensikt.

2.1 Ernæring og fysisk aktivitet

I følge Aagaard og Bjerkreim (2012) viser flere kostholdsundersøkelser blant barn og unge at kostholdet hos denne gruppen stort sett følger anbefalingene fra helsedirektoratet.

De skriver videre at foreldre allerede fra barna er små, må lære dem gode matvaner. For små barn i skolealder er det viktig å få en god start på dagen. En god og energifull frokost som holder blodsukkeret stabilt frem til lunsj er viktig for konsentrasjonen og yteevnen til barnet. En sukkerrik frokost vil føre til en rask stigning av blodsukkeret og kortvarig energi, som raskt vil synke ned og gi en følelse av sult og utmattelse (Aagaard og Bjerkreim 2012).

Folkehelseinstituttet forteller at barn og unge spiser for mye mettet fett og sukker og for lite fisk og grønnsaker. Selv om det er en betydelig nedgang i mengden av sukker barn og unge får i seg og det blir drukket mindre sukkerholdige drikker som sukkerholdig saft og brus, ligger de fleste barn og unge langt under anbefalingene fra Helsedirektoratet om å spise 500 g frukt og grønnsaker hver dag. Foreldrenes økonomi og utdanning har en innvirkning på barnas kosthold. Gutter som har foreldre med høy utdanning spiser mer sukker og fett enn de som har foreldre med lav utdanning, mens det hos unge jenter er motsatt (Folkehelseinstituttet 2016).

Den fysiske aktiviteten hos barn og unge går ned ved økende alder. Barn og unge anbefales å delta i fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minst 60 minutter daglig. 90 % av alle 6-åringer oppfyller disse anbefalingene om moderat og intensiv fysisk aktivitet, mens kun 50 % av alle 15-åringene gjør det. Innenfor alle aldersgrupper er gutter mer aktive enn jenter. Også her har foreldrenes økonomiske status en innvirkning. Barn med foreldre med høy utdanning har et høyere aktivitetsnivå, enn de som har foreldre med lav utdanning, dette gjelder spesielt i forhold til fritidsaktiviteter (Folkehelseinstituttet 2016).

Fra 12 års alderen og oppover vokser barnet raskt og reproduksjonsorganene blir utviklet. Dette krever ernæring med mer jern hos jenter og kalsium generelt for begge kjønn. Kalsium og vitamin D er nødvendig for å oppnå høy beintetthet, når barna vokser så raskt som i denne perioden er det derfor viktig at de får i seg nok av dette (Aagaard og Bjerkreim 2012).

Når energiinntaket er større enn energiforbruket over tid legger man på seg. En metode for å kartlegge ernæringsstatus er å regne ut pasientens BMI. For å regne ut en pasients BMI tar du pasientens vekt i kg og deler på pasientens høyde i meter² ($BMI=KG/M^2$). En får da et tall som utgjør pasientens BMI. BMI under 18,5 kategoriseres som undervektig, over 25 kategoriseres som overvektig og over 30 kategoriseres som fedme. Aagaard og Bjerkreim (2012) skriver at det er omdiskutert hvorvidt man skal følge BMI slavisk, da det er flere faktorer som spiller inn. En meget godt trent person med mye muskler vil havne høyt på BMI skalaen da muskler veier mer enn fett. Det vil kanskje komme frem at pasienten er både overvektig og har fedme, selv om den bare er godt trent. Det er derfor viktig å ta visse forholdsregler ved bruk av skalaen og klinisk se hvilken form pasienten er i, før man lar seg forundre over resultatene av BMI. BMI er uansett et fint verktøy for å se fremgang eller forverring i pasientens vekt i forhold til høyde (Aagaard og Bjerkreim 2012).

2.2 Barn og overvekt

Overvekt og fedme kan føre til livsstilssykdommer, blant annet diabetes type 2, hypertensjon, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser og kreft og viser at forekomsten av overvekt øker innenfor alle aldersgrupper i Norge (Aagaard og Bjerkreim 2012). Det er ikke dokumentert at det er en enkel årsak som er grunnen til overvekt. Lite fysisk aktivitet og usunne måltider er hovedgrunnen til den økende vekten men overvekt kan også ha arvelige, psykologiske, sosioøkonomiske og miljøfaktorer som spiller inn (Aagaard og Bjerkreim 2012, Kristoffersen 2012).

Aagaard og Bjerkreim (2012) skriver at sykepleiers rolle i forhold til overvektige personer og spesielt barn og unge er viktig. De må ha kunnskap om veiledning og motivering til de som sliter med overvekt. Det er da viktig å finne en langsiktig løsning som er oppnåelig for barnet eller ungdommen som skal kunne gjøre en livsstilsendring.

Andelen barn med overvekt har tilsynelatende stabilisert seg på et høyere nivå enn på 70-tallet, mens utviklingen de siste årene er ganske lik. Barnevekststudien som blir utført hos norske 8-9 åringer og lignende studier utført i resten av Europa, følger utviklingen av overvekt og fedme over tid. Det er lite endringer fra 2008 til 2015, andelen med overvekt og fedme holder seg stabil. I 2015 var gjennomsnittlig andel med overvekt inkludert fedme, 13,3 prosent blant gutter og 16,7 prosent blant jenter. Barnevekststudien peker også på økonomiske forhold blant mødre, barn med lavt utdannede mødre er mer utsatt for overvekt, det er også skilsmissebarn. Prosentandelen av barn og unge med overvekt er ca 50 % høyere hos de som har skilte foreldre, enn hos de som fortsatt har gifte foreldre. Det er store forskjeller mellom land i Europa og ifølge World Health Organization (WHO) er Norge ikke blant de mest utsatte. Det er særlig land i sørlige deler av Europa som har flest overvektige barn og unge (WHO 2016a, WHO 2016b og Folkehelseinstituttet 2016).

Det er flere utfordringer knyttet til forebyggende arbeid av overvekt og fedme, flere barn vokser opp i miljø som fremmer vektøkning, fete og søte markedsvarer blir aktivt markedsført og er lett tilgjengelig, mens flere aktiviteter til eksempel: dataspill og sosiale media innebærer stillesitting. Dette fører lett til at energinntaket blir høyere enn energiforbruket (Folkehelseinstituttet 2016).

Når det gjelder forebygging av overvekt og fedme, anbefaler WHO at oppmerksomheten blir rettet både mot kosthold og fysisk aktivitet i hele barnets utviklingsperiode. De mener at man bør tenke på hele miljøet og ikke på enkelttiltak. Blant deres anbefalinger ligger god tilgang til gå- og sykkelveier, og utvidet kollektivtilbud, samt flere grønne arealer i byer. De anbefaler også at helsefremmede tiltak som fremmer sunt kosthold og helse, samt har som mål å bedre den fysiske aktiviteten, må være rettet mot alle og utformet på en slik måte at alle får tilgang til det uavhengig av sosialøkonomisk status. Det er trolig i barne- og ungdomsårene at mulighetene er størst for å forebygge overvekt i voksen alder (WHO, 2016a, WHO 2016b og Folkehelseinstituttet 2016).

2.3 Livsstil

Nina Jahren Kristoffersen (2012) skriver at livsstil er en individuell oppgave og at livsstilen er hva en gjør den til. Hver enkeltes livsstil kan påvirkes av samfunnet, venner og

nære slektninger. Enten det er å kjøpe nye klær fordi det er en ny trend som er kommet eller om det er å prøve en ny form for trening som er omtalt. Hun beskriver samfunnet som mer inaktivt enn tidligere, noe som øker risikoen for overvekt (Kristoffersen 2012).

Livsstil er individuelt men påvirkes i stor grad av samfunnet og relasjoner. Fra tidlig alder vil barn tillegge seg vaner basert på sitt nærmiljø. Livsstilen vil være i endring mens barnet vokser og venner, miljø og familie vil ha stor innvirkning på barnets livsstil. Kristoffersen (2012) henviser til en statistikk som viser at 16% av gutter og 20 % av jenter i tredje klasse er overvektige eller har fedme. Dette er en indikator på hvordan kosthold og livsstil er i hjemmet og barn må ha hjelp av familie og foreldre for å endre livsstil.

Kristoffersen (2012) deler inn utfordringene i møte med et overvektig barn eller ungdom i fem faser. I den første fasen som kalles føroverveielsesfasen, handler det om å bygge en relasjon til pasienten. I den andre fasen som kalles overveielsesfasen er det viktig å bekrefte til pasienten at de er på riktig spor og gi motivasjon, støtte og oppmuntring. Den tredje fasen kalles forberedelsesfasen, hvor barnet/den unge har bestemt seg for gjøre en endring i nærmeste fremtid og tross tidligere mislykkede forsøk er det viktig å fortsette å motivere og støtte barnet/den unge. Handlingsfasen er den fjerde fasen og her er endringen påbegynt og det er viktig å bygge opp og oppmuntre barnet/den unge. Det vil være nødvendig å informere barnet/den unge om at det i løpet av denne fasen vil kunne komme opp- og nedturer. Den siste og femte fasen er vedlikeholdsfasen og her er utfordringen å holde vedlike livsstilsendringen.

2.4 Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge

Helsedirektoratets (2010) nasjonale retningslinjer for å forebygge overvekt hos barn og unge er basert på foreløpig begrenset mengde oppsummert kunnskap, enkeltstudier, rapporter og skjønn fra eksperter.

Helsedirektoratet skriver at det for barn i risikogrupper har vist seg mest effektivt med tidlig intervensjon gjennom individuelle oppfølgingstiltak for hele familien og at det

kreves oppfølging over tid. Helsepersonell har pga. sin kunnskap mulighet til å påvirke andre samfunnsaktører til å ta med helseperspektivet i sitt arbeid. Her er foreldre, barnehage og skole viktige samarbeidspartnere. Arealplanlegging som grønne lunger i byer og gang- og sykkelveier, samt nøkkelmerking av matvareprodukter er eksempel på helsefremmende og forebyggende tiltak. Anbefalingene fra Helsedirektoratet (2010) er delt inn i fire tiltaksnivåer, som bygger på hverandre.

Tiltaksnivå 1: Tiltak både for samfunnet generelt og på individnivå. Her kan tiltak være økt satsing på fysisk aktivitet i skolen og kostholdsveiledning. På individnivå er det viktig med tverrfaglig samarbeid mellom først og fremst fastlege og helsesøster og de anbefaler forebyggende arbeid fra tidlig alder, for best å unngå overvekt.

Tiltaksnivå 2: Utredning av risikofaktorer og forebygging på individnivå. Her anbefales det å bruke BMI for å kartlegge nivå av overvekt/fedme. Alle med en iso-BMI, dvs en kjønns-og aldersjustert BMI, på over 25 kommer inn under tiltaksnivå 2.

Tiltaksnivå 3: Gjelder for barn og unge med iso-BMI over 30 og er tiltak for å redusere fedme.

Tiltaksnivå 4: Gjelder for barn og unge med en iso-BMI på over 35.

3.0 Metode

Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde skal utføres i form av et litteraturstudie og hensikt og problemområde skal være relevant for sykepleierutdanningens mål og praksis (Michaelsen og Mundal 2016). En godt formulert problemstilling og/eller hensikt er utgangspunktet for en litteraturstudie med systematiske søk i databaser. En definisjon på et systematisk litteraturstudie er at den stammer fra en tydelig formulert problemstilling/spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Studien bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte fagområdet og ha betydning for klinisk virksomhet (Forsberg og Wengstrøm 2013).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før vi startet med søk etter forskningsartikler satte vi opp inklusjons- og eksklusjonskriterier for lettere å finne relevant forskning til vårt tema.

Inklusjonskriterier

- Sykepleieperspektiv
- Barn og unge mellom 4 og 18 år
- Artikler fra 2009 til nåtid
- Artikler på engelsk, svensk, dansk og norsk
- Artikler fra fagfelleverderte tidsskrift
- Etisk godkjente artikler

Eksklusjonskriterier

- Artikler eldre enn 2009
- Barn yngre enn 4 år
- Pasientperspektiv
- Pårørendeperspektiv
- Review-artikler
- Artikler som ikke var publisert i fagfelleverderte tidsskrift.

3.2 Datainnsamling/litteratursøk

Prosessen begynte med at vi leste oss opp på temaet i pensumbøker. Det var lite informasjon å finne om overvekt blant barn og unge i pensumlitteraturen, vi valgte derfor å lete på internett og fant god informasjon på Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets nettsider. Vi søkte også i Oria for å se om vi kunne finne fagbøker som var relevante for vårt tema og problemstilling, uten resultat.

Etter å ha lest faglitteratur og fordypet oss innenfor temaet overvekt hos barn og unge begynte vi å søke etter forskningsartikler. Siden dette var et område ingen av oss følte seg helt trygge på, bestilte vi raskt time hos bibliotekar for å få veiledning på hvordan vi skulle utføre søk. Før denne veiledningstimen fylte vi ut et PI(C)O-skjema som vi skulle bruke i vårt søk.

PICO-skjema hjelper til å gi struktur og klargjør spørsmål for litteratursøk og kritisk vurdering. PICO er en forkortelse for de elementene som ofte vil være med i et spørsmål. P = pasient/problem, I = intervention, C = comparison og O = outcome (Kunnskapsbasert Praksis 2012). Siden vi ikke skulle sammenligne to tiltak opp mot hverandre valgte vi ikke å fylle ut noe på C og endte opp med et PIO-skjema.

Dette skjemaet vurderte bibliotekaren til ikke å være bra nok og startet derfor veiledningen med å hjelpe oss med å fylle ut et nytt og bedre skjema. Siden vi lette etter artikler uten sammenligning eller et spesifikt resultat endte vi til slutt opp med et PI-skjema.

Under P brukte vi ordene *obes** med trunkering for å inkludere *obese* og *obesity* og *overweight*, *child** med trunkering for å inkludere *child* og *children*, samt *teen** med trunkering for å inkludere *teens* og *teenager(s)* i tillegg til *youth* og *adolescent** med trunkering for å inkludere *adolescents*.

Under I brukte vi ordet *nurs** med trunkering for å inkludere *nurse* og *nursing* (vedlegg 1).

I begynnelsen av arbeidet med bacheloroppgaven tenkte vi å skrive om hvordan sykepleiere arbeidet med barn og unge med overvekt, men kom frem til at det var mer interessant å lese om hvilke erfaringer sykepleierne hadde med dette arbeidet. Vi bestemte oss derfor for å starte på nytt og utføre nye søk. Vi tok fortsatt utgangspunkt i de samme søkeordene, samt at vi la til *experience** eller *perspective** med trunkering for å inkludere flertallsformen av ordene, se søkehistorikk (vedlegg 2).

Vi hadde under våre første søk sett noen artikler som gikk mer på erfaringer sykepleierene hadde, men i starten slet vi med å finne relevante artikler og til å begrense søkene våre. Det første søket som vi fant flere gode artikler på var på ProQuest med søkeordene *nurs** og *overweight* eller *obes** og *experience** eller *perspective** noe som ga 41254 treff. Etter å ha begrenset søket til artikler publisert i akademiske tidsskrift 2010 og til å være skrevet på språkene engelsk, norsk, svensk eller dansk, samt at de skulle inkludere barn mellom 4-12 år og ungdom 13-18 år, endte vi opp med 2978 treff.

Etter at de første 300 artiklene i søket ble gjennomgått ved å trekke ut titler som vi mente var relevante for vår problemstilling, fant vi 20 artikler som vi mente kunne brukes i oppgaven vår. Det ble sjekket om artiklene var publisert i godkjente tidsskrift på nettsidene til Norsk senter for forskningsdata (2016). Deretter leste vi abstraktet på de 20 artiklene og forkastet 6 artikler, mens vi sammen utførte en mer grundig gjennomgang av de resterende 14 artiklene. Kvalitetsvurderingen av artiklene ble foretatt ved hjelp av sjekklister fra Kunnskapscenteret for helsetjenesten (2014). Etter kvalitetsvurderingen satt vi igjen med 6 artikler som vi vurderte var relevante og gode nok til å bruke videre i bacheloroppgaven. Fra dette søket bestilte vi også 3 artikler på biblioteket, som vi mente kunne være relevante og 1 av de ble senere inkludert.

Deretter utførte vi søk med de samme søkeordene i databasen OVID Medline, vi valgte her å inkludere artikler publisert etter 2009. Vi fikk 288 treff, 20 av de hadde titler som virket relevante for vår problemstilling. Artiklene ble gjennomgått på samme måte som etter det foregående søk, vi leste abstraktet, sjekket publiseringsnivået og kvalitetsvurderte dem ved hjelp av sjekklister, til slutt satt vi igjen med 4 artikler og 2 som vi bestilte på biblioteket. Etter nærmere gjennomgang av de bestilte artiklene, ble en av de inkludert videre i oppgaven, så vi endte med å bruke 5 artikler fra dette søket i OVID Medline.

På bakgrunn av disse søkene hadde vi i utgangspunktet nok artikler til å oppfylle kravene fra retningslinjene for bachelor (Michaelsen og Mundal 2016), men vi valgte likevel å utføre nye søk, da det var 3 av artiklene vi var litt i tvil om. Vi utførte de nye søkene i ProQuest og Ovid Medline, i søket på OVID Medline benyttet vi de samme søkeordene og de like begrensningene og la til 1 nytt søkeord, *barrier** sammen med *experience** eller *perspective**, da vi så at det var et ord som var en del brukt i flere av våre artikler og fant 1 ny artikkel. I søket på ProQuest brukte vi også de originale søkeordene og begrensningene, også la vi til qualitative som et nytt søkeord, da fant vi 1 ny artikkel som vi inkluderte i

oppgaven. Vi utførte også søk i SweMed og Cinahl uten at vi fant noen flere relevante artikler. Tilslutt utførte vi et søk med kun ordene fra PI-skjemaet sammen med Norway or Norwegian og begrenset til norsk språk på Ovid og ProQuest uten relevante treff.

Samtidig som vi benyttet sjekklister for å vurdere artiklene satte vi artiklene inn i en oversiktstabell (vedlegg 3). 9 av artiklene er rene kvalitative studier, mens 2 er kvantitative og 3 er kombinasjonsstudier. For de kvalitative artiklene og i kombinasjonsstudiene brukte vi sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning, mens vi på de kvantitative studiene brukte sjekklister for vurdering av prevalensstudie (Kunnskapssenteret for helsetjenesten 2014). I kombinasjonsstudiene har vi benyttet oss av intervjuene med sykepleierne og sett bort fra spørreskjema/undersøkelser, mens vi i de kvantitative studiene har valgt å kun bruke teksten og se bort fra tabellene.

3.3 Etisk vurdering

Da vi mener at barn og unge med overvekt er et vanskelig og følsomt tema var det viktig for oss å finne artikler som behandlet overvekt på en respektfull og forsvarlig måte. 8 av våre 14 artikler er godkjent av en etisk komite, mens de 6 andre ikke vurderte det som nødvendig da de ikke omhandlet sensitiv informasjon. Vi har også vært bevisst på at egne holdninger og tanker ikke skal påvirke arbeidet vårt på en slik måte at vi i utvelgelse av artikler og i analysearbeidet bare leter etter det vi tror vi skal finne.

3.4 Analyse

Evans (2002) beskriver at det er viktig å jobbe systematisk i analysearbeidet. I litteraturstudien har vi tatt utgangspunkt i Evans' (2002) fire faser.

I første fase skal datamaterialet som skal analyseres innsamles (Evans 2002). Vi samlet inn datamateriell via strategiske søk i relevante databaser som skulle analyseres i vår søkeprosess. Vi har kun inkludert artikler som har mulighet til å svare på vår hensikt og problemstilling og som samsvarer med våre inklusjon- og eksklusjonskriterier. Underveis har vi vurdert kvaliteten på artiklene. Tilslutt hadde vi 14 artikler som innfridde våre krav.

I andre fase skrev vi ut artiklene og satte de inn i en perm så det var systematisk og ryddig for oss. I denne fasen skal man identifisere hovedfunn i hver enkelt artikkel (Evans 2002). Vi leste artiklene hver for oss, tok notater og møttes senere for å diskutere hvor relevant hver artikkel var for vår hensikt og problemstilling og hvilke funn som var interessante å inkludere i litteraturstudien.

I tredje fase gikk vi gjennom og analyserte hovedfunn i hver enkelt artikkel som gikk igjen. Evans (2002) beskriver at i den tredje fasen skal tema analyseres og funn vurderes. Vi leste artiklene og trakk ut relevante funn og satte de systematisk inn i en tabell hvor det kort ble forklart studiens hensikt, hvem som deltok og hovedfunn (Vedlegg 3). Her tok vi utgangspunkt i funnene fra hver enkelt artikkel, før vi begynte å sammenligne hovedfunnene på tvers av artiklene for å se likheter/ulikheter og brukte markeringstusjer i ulike farger for å markere like funn med lik farge. For å bedre oversikten laget vi deretter en tabell hvor hovedfunnene ble kategorisert. Etter å ha gått gjennom artiklene er det 4 hovedfunn som peker seg ut (Vedlegg 4).

I den siste og fjerde fasen skal det av hver kategori og eventuelt underkategori utvikles syntese som presenteres i oppgavens resultatdel (Evans 2002).

4.0 Resultat

I resultatdelen presenterer vi, så langt det er mulig en syntese av kategoriene som gikk igjen på tvers av de 14 inkluderte forskningsartiklene i litteraturstudien. Vi har delt resultat inn i følgende fire kategorier: Sykepleieres erfaring med: tidsbegrensninger, mangel på kunnskap, kontakt med barn og foreldre, og samarbeid med ledelse og andre helsetjenester.

4.1 Sykepleieres erfaring med tidsbegrensninger

Mange sykepleiere forteller om mangelen på tid og ressurser (Robinson et al 2013, Turner, Owen og Watson 2015, Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011, Steele et al 2011, Elwell et al 2014, Quelly 2014, Isma et al 2013, Isma et al 2012, Ljungkrona-Falk, Brekke og Nyholm 2013, Park et al 2015, Gance- Cleveland et al 2009). Sykepleiere på et pediatrik sykehus forteller at det å ta opp vektproblematikk med barn og foreldre er noe de ikke prioriterer høyt i en travel arbeidsdag, da det er fare for at samtalen skal vare lenger enn de har tid til. De samme sykepleierne setter spørsmålsteget ved når det er rett tid å ta opp temaet (Elwell 2014). Tiden sykepleier har med barn/unge blir prioritert mer på annen alvorlig sykdom og problematikk enn overvekt og fedme (Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011). Sykepleierne forteller at de bruker mesteparten av tiden sin på å ta seg barn og unge med diabetes, allergier og annen alvorlig helseproblematikk, så de ikke har tid til å ta seg av og sette seg inn i forebygging og behandling av overvekt hos barn og unge, selv om de vet det er viktig (Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011). Quelly (2014) forteller at mangel på tid gjør det å måle BMI og andre tester til en barriere og at de i en travel arbeidshverdag må prioritere elevene med kroniske lidelser og seriøse helseproblemer (Quelly 2014). Regber, Mårild og Hanse (2013) sin artikkel beskriver at det kun forekommer en visuell inspeksjon av barn/unge og ikke videre undersøkelser. Overvektige barn og unge har ikke den største prioriteten hos sykepleiere: «Due to their limited time and resources, there are other issues that they conceive to be more important and requiring higher priority than a child's overweight» (Isma et al 2013, 4).

På grunn av mangel på tid, reduksjon av personale og at det ikke ble innleid vikarer ved sykefravær forteller sykepleiere i skoler og sykehus at de rett og slett ikke har tid til å ta seg av vektproblematikk (Turner, Owen og Watson 2015). «One nurse lamented, "I hate

to use time as an excuse, but I think school nurses are just torn in every direction” » (Steele et al 2011, 133).

4.2 Sykepleiere erfarer manglende kunnskap

Ett av våre hovedfunn er sykepleieres opplevelse av mangel på kunnskap. Dette er et funn som går igjen i de fleste av artiklene, sykepleierne sier at mangel på eller utilstrekkelig kunnskap er en viktig erfaring de har dannet seg i sitt arbeid med overvektige barn og unge (Gance-Cleveland et al. 2009, Park et al. 2015, Magnusson, Kjellgren og Winkvist 2012, Quelly 2014, Isma et al. 2013, Steele et al. 2011, Isma et al. 2012, Ljungkrona-Falk, Brekke og Nyholm 2013, Robinson et al 2013, Turner, Owen og Watson 2015).

Sykepleierne gir uttrykk for at generell mangel på kunnskap er en hindring for at sykepleierne kan utføre arbeid rettet mot overvektige barn og unge (Gance-Cleveland et al. 2009, Isma et al. 2013, Steele et al. 2011 og Robinson 2015). Kunnskapsmangelen har ulike nyanser: I studien til Gance-Cleveland et al. (2009) snakker sykepleierne om at de mangler kunnskap i form av ferdigheter til å utføre behandling og de etterlyser kunnskap om relevante verktøy de kan bruke i sin arbeidshverdag (Steele et al. 2011, Isma et al. 2013, og Robinson et al. 2015). Hos Steele et al. (2015) forteller en sykepleier om usikkerhet på hvordan temaet overvekt skal tas opp og at en brosjyre eller et verktøy kan gjøre denne oppgaven lettere, mens alle utenom 1 sykepleier mener at de ikke har relevant undervisningsmateriale om vektrelaterte helsespørsmål å gi ut til studenter, familie eller annet personell på skolen. Samtidig som de hos Isma et al. (2013) mener at deres utdanning og opplæring ikke var nok rettet mot hvordan de skulle håndtere overvekt hos barn og unge.

Sykepleierne mener de har god nok kunnskap for å gi generelle råd, men ikke tilstrekkelig kunnskap for å gi råd utenfor de generelle retningslinjer eller rettet mot et/en spesifikt barn/ungdom (Isma et al. 2013, Turner, Owen og Watson 2015, Park et al. 2015, Magnusson, Kjellgren og Winkvist 2012 og Isma et al. 2012). De mangler klarhet i hvilke tiltak de skal sette i gang og opplever at de mangler retningslinjer å forholde seg til. Sykepleierne har også vansker med å forklare hvorfor informasjonen de gir er relevant og at når rådene de gir er vage blir det rom for egen tolkning av de som mottar veiledningen

(Isma et al. 2013, Turner, Owen og Watson 2015, Park et al. 2015, Magnusson, Kjellgren og Winkvist 2012 og Isma et al. 2012).

Hos sykepleierne i studien til Park et al (2015) ga et internettverktøy sykepleierne mer tro på egne evner og kunnskaper og de følte seg mer kompetente til å gi råd og veiledning om egnet behandling. De følte også at bruk av verktøy kan føre til økt autoritet, at det å vise til skriftlige resultater viser at det er sannhet i det de sier.

4.3 Sykepleieres erfaring med kontakt med foreldre og barn

Kontakt og samarbeid med foreldrene til barn og unge med overvekt, blir av sykepleierne nevnt som enten en støtte eller en hindring i deres arbeid (Regber, Mårild og Hanse 2013, Gance-Cleveland et al. 2009, Park et al. 2015, Magnusson, Kjellgren og Winkvist 2012, Elwell et al. 2014, Quelly 2014, Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011, Isma et al. 2013, Steele et al. 2011, Bonde, Bentsen og Lykke Hindhede 2014, Isma et al. 2012, Ljungkrona-Falk, Brekke og Nyholm 2013, Robinson et al 2013 og Turner, Owen og Watson 2015).

Sykepleierne forteller at de syns overvekt er et sensitivt tema å snakke om og de uttrykker bekymring for foreldrenes reaksjon. Overvekt blir regnet som et vanskelig tema å ta opp og de er usikre på hvordan de skal uttrykke bekymring uten å fornærme foreldrene (Regber, Mårild og Hanse 2013, Park et al 2015, Elwell et al 2014, Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011, Isma et al 2013, Steele et al 2011, Bonde, Berntsen og Lykke Hindhede 2014, Isma et al 2012, Ljungkrona-Falk, Brekke og Nyholm 2013 og Robinson et al 2013).

Sykepleierne beskriver at de syns det er vanskelig å engasjere foreldre og at de i samtaler med foreldre ofte føler at de gir de svarene sykepleierne vil høre for eksempel at ‘ barna spiser fem om dagen og at de får regelmessig fysisk aktivitet’, men når sykepleierne snakker med barn/unge får de ofte andre svar (Turner, Owen og Watson 2015).

Negative reaksjoner fra foreldre eller andre medlemmer av barnets familie kan føre til at sykepleierne lettere unngår å ta opp temaet overvekt eller trekker seg tilbake i samtalen. Sykepleierne uttrykker at det er viktig med et godt samarbeid med foreldrene når det

gjelder barn/unges helse og at negativ respons eller uvillighet fra foreldrene til å innse problemet er en stor barriere når det gjelder forebyggende og behandlende arbeid rettet mot barn med overvekt (Isma et al 2013, Regber, Mårild og Hanse 2013, Magnusson, Kjellgren og Winkvist 2012 og Robinson et al 2013).

Sykepleierne føler at det å ta opp temaene overvekt og ernæring med barn og unge er et sensitivt og vanskelig tema (Isma et al 2012, Bonde, Bentsen og Hindhede 2014, Steele et al 2011, Quelly 2014, Ljungkrona-Falk, Brekke og Nyholm 2013). De ønsker ikke å lage et problem ut av overvekten, i og med at verken barnet eller foreldrene ser det selv, samtidig som sykepleier føler at hun svikter barnet ved å ikke gi informasjon om situasjonen og farene ved overvekt og fedme. (Regber, Mårild og Hanse, Gance-Cleveland 2009, Magnusson, Kjellgren og Winkvist 2012, Quelly 2014, Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011, Steele et al 2011, Bonde, Berntsen og Lykke Hindhede 2014, Isma et al 2012, Robinson et al 2013, Turner, Owen og Watson 2015). I artikkelen til Bonde, Bentsen og Hindhede (2014) opplever sykepleierne flere situasjoner hvor barnet forstår problematikken og ønsker å gjøre en endring, men ikke får noe støtte og forståelse fra foreldrene.

Et annet fellestrekk i flere artikler er at sykepleierne legger ansvaret for barn/unges overvekt på foreldrene, de mener at en voksen person selv er ansvarlig for egen overvekt, men at når det gjelder barn så lærer de av foreldrene og arver deres dårlige vaner (Bonde, Bentsen og Lykke Hindhede 2014, Isma et al 2012, Ljungkrona-Falk, Brekke og Nyholm 2013, Regber, Mårild og Hanse 2013, Gance-Cleveland et al 2009 og Turner, Owen og Watson 2015). Sykepleierne forteller at de har problemer med oppfølgingen videre. Sykepleierne mener de skulle spurt mer om barnets vaner og hva de foretrekker for å skape en god dialog mellom sykepleier og barnet. Det er for lite kontinuitet i kontakt mellom sykepleier og barn, og sykepleierne mener de gir for lite støtte i form av veiledning om trening og ernæring. De sier at en måte å bedre oppfølgingen kan være i form av avtaler og møter med barnet (Magnusson, Kjellgren og Winkvist 2012, Gance-Cleveland et al. 2009 og Park et al.2015).

4.4 Sykepleieres erfaring med samarbeid med ledelse og andre helsetjenester

Mangel på forståelse fra ledelse og mangel på samarbeid med andre instanser/tjenester er faktorer som kan påvirke hvordan sykepleier utfører sitt arbeid rettet mot overvektige barn og unge, flere artikler trekker dette frem som en betydelig hindring (Quelly 2014, Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011, Isma et al. 2013, Steele et al. 2011, Robinson et al. 2013 og Turner, Owen og Watson 2015).

2/3 deler av alle sykepleierne i studiet til Quelly (2014) nevner mangel på skole- og samfunnsressurser som en barriere for å gjennomføre helsefremmende og forebyggende aktiviteter. Et annet studie trekker frem at det nåværende forebyggende arbeidet er utilstrekkelig og ukoordinert, selv om sykepleierne i samarbeid med skolekjøkken eller gymlærere utfører en form for forebyggende arbeid. Sykepleierne sier at administrasjonen på skolene de arbeider på viser interesse for overvektsprogram ledet av sykepleiere, men at ca. halvparten uttrykker reservasjoner når det gjelder oppstart av slike programmer (Morrison-Sandberg, Kubik og Johnson 2011). Et tredje studie viser til det motsatte, sykepleierne mangler støtte fra sin administrasjon og de møter uvillighet til å innføre vektrelaterte programmer i skolen. De samme sykepleierne rapporterer om lite støtte fra lærerne på skolene de er tilknyttet og forteller at det er vanskelig for overvektige barn å finne sunn mat på skolen (Steele et al. 2011).

Sykepleierne synes det er dårlig samarbeid mellom de og andre helsetjenester og at de får lite eller ingen tilbakemelding når de henviser videre (Isma et al. 2013 og Turner, Owen og Watson 2015).

5.0 Diskusjon

I diskusjonen skal vi vise våre evner til å kritisk vurdere, diskusjonen inneholder både drøfting av metodens ulike deler og drøfting av resultatet fra litteraturstudien (Michaelsen og Mundal 2016)

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen vil vi utføre en kritisk vurdering av fremgangsmåten i litteraturstudiet og vurdere styrker og svakheter ved artikkelsøk og analyse av artiklene (Michaelsen og Mundal 2016). Problemstillingen inneholder begrepene forebyggende og behandlende arbeid. Vi har valgt å inkludere begge fordi artikkelutvalget ikke skiller mellom de ulike typene arbeid rettet mot overvektige barn og unge og fordi flere tilfeller viser at behandlende arbeid også virker forebyggende.

5.1.1 Datasamling og artikkelsøk

Etttersom vi fant lite pensumlitteratur som omhandler barn og unge med overvekt, undersøkte vi annen litteratur. Det finnes en del faglitteratur med fokus på overvekt hos barn og unge, men den litteratur vi fant hadde ikke rett perspektiv for vår bacheloroppgave. Denne litteraturen handler om tiltak for å behandle overvekt og ikke erfaringer sykepleiere har med å utføre arbeid rettet mot overvektige barn og unge. Det at vi fant lite relevant bakgrunns litteratur kan være en svakhet med oppgaven da vi ikke alltid har faglitteratur å drøfte funnene våre opp mot. I resultatdiskusjonen har vi drøftet funn fra utenlandske artikler opp mot norske retningslinjer og lovverk. Dette kan anses som en svakhet i oppgaven da norske lover og retningslinjer ikke kan direkte overføres til andre land.

Bakgrunns litteraturen og rapporter fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet ga oss god bakgrunn til å velge søkeord og begynne søket. Vi hadde også satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier som begrenset søket i forhold til hensikt og gjorde det lettere å finne relevant forskning. Noen av kriteriene er allerede fastsatt i Retningslinjene for bachelorskriving (Høgskolen i Molde 2016), blant annet at alle artiklene skal være publisert i et godkjent tidsskrift og at artiklene skal være fagfellevurdert. Selv inkluderte vi

blant annet sykepleieperspektiv, da det er sykepleieres erfaringer vi ønsker å undersøke. Etterhvert måtte vi utvide aldersgruppen i oppgaven da det var lite forskning rettet kun mot ungdom/tenåringer. Det at vi raskt benyttet oss av bibliotekar for å få veiledning til artikkelsøk ser vi som en styrke i oppgaven vår. Selv om vi til slutt ikke brukte noen av artiklene fra det søket vi fikk veiledning på hjelp rådene vi fikk fra bibliotekar angående artikkelsøk og utforming av PI-skjema, oss videre med de neste søkene.

Det første hovedsøket vårt som ble utført i ProQuest med 2978 treff skulle vært begrenset ytterligere. Ved kun å gå gjennom 300 av treffene er det sannsynlig at vi kan ha gått glipp av gode artikler, samtidig som et mer begrenset søk kunne ført til at noen av artiklene vi har brukt i oppgaven ikke ville blitt inkludert.

Datasøkene ble utført i flere databaser, men vi har kun har inkludert artikler fra ProQuest og OVID, da søkene i Cinahl og SweMed ikke ga gode og relevante treff. Vi hadde i utgangspunktet et mål om å få flest mulig artikler fra vestlige land, da vi mener det er lettere å overføre disse funn til norske forhold. Det målet har vi nådd, da våre artikler er publisert enten i Nord-Europa, USA eller Australia. Artikler fra USA kan ikke like godt overføres til norske forhold, som artikler fra Sverige, da kulturen, skolesystemet og fedmeproblematikken er annerledes. Vi mener imidlertid at det er lettere enn å overføre funn fra artikler fra f.eks Midt-Østen eller Asia, da kosthold- og treningsvaner er relativt like.

Selv om problemstillingen vår tilsier at kvalitative artikler kan være mer aktuelle, har vi valgt å inkludere 3 kvantitative artikler for å belyse problemstillingen. Spørreskjema til mange personer gir et større datagrunnlag enn intervju med færre personer. En blanding av artikler med bruk av flere metoder mener vi derfor er en styrke i oppgaven.

Til kvalitetsvurdering av artiklene brukte vi sjekklister fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2014). For å bruke sjekklister på best mulig måte, valgte vi å sette artiklene inn i en tabell for å se hvor mange kriterier hver enkelt artikkel oppfylte (vedlegg 5). Alle artiklene med mellom 8 og 10 oppfylte kriterier ble vurdert som gode, de med 6-7 oppfylte kriterier, ble vurdert som middels, mens de fra 0-5 oppfylte kriterier ble vurdert som dårlige. Av de artiklene vi har brukt i oppgaven vår er 11 vurdert som gode og 3 som middels gode. Sjekklister og tabellen har vi hatt god nytte av senere i oppgaven da

vi fikk en bedre oversikt og det var lettere å trekke ut hva vi skulle bruke fra hver artikkel basert på hvor god artikkelen var. På de kvalitative artiklene og kombinasjonsstudiene brukte vi sjekklister for kvalitative artikler, mens vi på de kvantitative artiklene var mer usikker på hvilken type artikkel det var og valgte å bruke sjekklister for prevalensstudier. Men vi er usikre på om det er riktig i forhold til de kvantitative artiklene, noe som kan bety at vi har vurdert artiklene feil og er da en svakhet i studien vår.

5.1.2 Etisk vurdering

Ikke alle artiklene i oppgaven er etisk godkjent, men artiklene som ikke er det har skrevet god begrunning for hvorfor (vedlegg 3). Det var viktig for oss at alle som har deltatt i studien artikkelen er bygd på har deltatt frivillig, noe de har gjort. Vi ser at de i en artikkel har fått 50 dollar for å delta, men vi mener likevel at meningene til sykepleierne i artikkelen ikke ble påvirket, og er til å stole på.

5.1.3 Analyse

Analyseprosessen starter i forbindelse med utvelgelse av de artikler vi inkluderte i studien. Vi brukte Evans (2002) fire faser for å gjøre prosessen lettere og mer oversiktlig, noe som førte til en god prosess i analysearbeidet. Det at vi leste artiklene hver for oss to ganger og etterpå gikk gjennom de i felleskap mener vi er en styrke i oppgaven, da vi på denne måten bedre sikret at de relevante funnene ble oppdaget og at begge var enige i hva som var relevant/ikke relevant. Etersom artiklene er publisert på engelsk, kan vi ikke garantere at vi har forstått innholdet helt. Dette kan medføre feiltolkinger som vil være en svakhet i oppgaven. Det å bruke Evans (2002) fire faser fungerte godt for oss og hjalp oss til å komme videre i prosessen.

Selv om vi mener at vi har utført analysen på en akseptabel måte har vi lite erfaring i å analysere artikler som kan bety at analysen ikke er fullverdig og vil være en svakhet for resultatet som er presentert.

Resultatmessig har vi sterke funn, da våre hovedfunn er gjentakende i flere av studiene og ikke kun i enkelte. Dette anser vi som en styrke ved oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen diskuterer vi funnene opp mot hverandre og opp mot relevant teori og erfaringer fra praksis.

5.2.1 Lite tid til overvekt

Mangel på tid er noe mange sykepleiere i vår litteraturstudie har erfart når det gjelder å forebygge og behandle overvekts-problematikk. Flere av artiklene nevner at sykepleierne ikke har tid nok til å snakke med barna og ungdommene og dermed få «tak på» problematikken. De uttrykker skuffelse og negativitet rundt dette og skulle ønske de hadde mer tid og ressurser.

Våre funn viser at sykepleiere mangler tid til å vurdere barnets vekttilstand og til å iverksette behandling. De forteller også at det er vanskelig å forutsi hvor lenge en samtale angående dette temaet vil ta, og velger derfor å ikke ta det opp pga. tidspress. Aagaard (2012) skriver at overvekt er et økende problem i alle aldersgrupper i Norge.

Forebyggende og behandlende arbeid til barn og unge med overvekt bør prioriteres, spesielt med tanke på at barn som er overvektige ofte tar med seg denne problematikken inn i voksen alder (Folkehelseinstituttet 2016). Det er forståelig at sykepleierne må gjøre prioriteringer mellom kronisk alvorlig sykdom og overvekts-problematikk. Men det er ikke bare mellom denne problematikken sykepleierne erfarer at de må velge. Det kommer frem i funnene at sykepleierne ser mer alvorlig på undervektige barn, som samtidig er et hyppigere problem på skoler og helsestasjoner. Det er vanskelig for sykepleiere å få nok tid og ressurser til å ta av seg alle problemene samtidig og her kommer derfor ressursproblematikken inn som sykepleierne i funnene nevner. Det burde bli prioritert mer tid til overvektsproblematikk da det kan skape alvorlige lidelser i voksenlivet.

Nortvedt (2011) skriver at sykepleiere opplever at enkelte pasienter/grupper ikke blir prioritert pga begrensede ressurser som skal fordeles rettferdig. Grunnleggende sykepleie kan bli forsømt som en følge av effektivisering innenfor helsevesenet.

I nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet (2010) legges det vekt på både psykososiale og somatiske konsekvenser for overvektige barn og unge. Overvekt og fedme kan føre til livsstilssykdommer feks. diabetes type 2, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser og kreft (Aagaard 2012). Dette er sykdommer

som krever mye ressurser og tid fra helsevesenet og det kunne i flere tilfeller vært unngått ved å ta tak i overvektsproblematikken i tidligere alder. Barn og unge som utvikler alvorlige livsstilssykdommer som konsekvens av overvekt og fedme vil skape et lengre og mer tidkrevende pasientforløp enn om det ble tatt hånd om tidligere.

Samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet 2009) setter krav til at spesialisthelsetjenesten arbeider mer helhetlig og setter fokus på forebygging og tidlige intervensjoner.

Aagaard og Bjerkreim (2012) skriver at det er viktig at sykepleier finner en langsiktig løsning som er oppnåelig for barn/ungdom som skal gjøre en livsstilsendring, men ut fra vårt resultat kan dette bli en stor utfordring for sykepleierne. Noen av sykepleierne nevner at de synes det er nytteløst å prøve å følge opp barnets vekt og livsstil, da det ikke blir noen kontinuitet i oppfølgingen pga at ressurser og tid fører til sjeldne og korte møter hos helsesøster eller på sykehus. Fokuset på disse timene blir som regel brukt på andre problemer. Det at andre sykdommer og diagnoser i mange tilfelle blir prioritert over overvektsproblematikk hos barn og unge er en utfordring, da mer kritiske tilstander må behandles først. Samtidig blir ikke konsekvensene av ikke å ta tak i overvektsproblematikken med i den heltilige vurderingen av barnet/den unge, med de følger det kan få. Barn og unge som utvikler alvorlige livsstilssykdommer som en konsekvens av overvekt og fedme vil skape et lengre og mer tidkrevende pasientforløp enn om det ble tatt hånd om tidligere. Erfaring fra praksis viser at helsesøster kun har disponibelt en halvtime på de fleste faste konsultasjonene, og innen den halvtimen skal helsesøster også dokumentere. Helsesøster er disponibel ved flere anledninger utenom disse faste konsultasjonene, men dette krever at barnet/den unge selv tar kontakt og evt. tar opp vektproblematikk. Waldum-Grevbo og Haugland (2015) viser i sin forskning at kun 1,4 % av skolene i Norge har helsesøsterdekning hver dag. Det at helsesøster er daglig til stede fører til at elever lettere tar kontakt enn når helsesøster kun er der ukentlig. Barn og unge er ofte impulsive og en stengt dør når de ønsker å søke råd og veiledning kan bidra til at elevene ikke tar kontakt igjen.

Helsedirektoratet (2010) anbefaler tidlig intervensjon gjennom individuelle oppfølgingstiltak for hele familien og at det kreves oppfølging over tid for barn i risikogrupper. Her er foreldre, barnehage og skole viktige samarbeidspartnere. I Helsedirektoratets (2010) tiltaksnivå 1 mot overvekt og fedme hos barn og unge anbefaler

de økt satsning på fysisk aktivitet i skolen og kostholdsveiledning. Helsedirektoratet (2010) peker på skolen som en viktig kunnskapsformidler, når det gjelder forebygging av overvekt, dette vil kunne innebære tilrettelegging for sunne skolemåltider og daglig fysisk aktivitet samt opplæring i sunne levevaner. Et slikt tiltak vil kreve økt tid og ressurser til både sykepleier og skole, noe det kommer frem i vårt resultat

at det ikke er stort nok fokus på i dag. Overvekt og fedme fører altså med seg flere problemer og konsekvenser enn de rent somatiske. Helsedirektoratet (2010) fremhever at hele 35% av overvektige barn blir mobbet, dette er urovekkende tall. Overvektige barn er mer utsatt for psykososiale problemer relatert til blant annet mobbing og lavere selvfølelse (Helsedirektoratet 2010). Vårt resultat viser at nettopp pga at overvekt fører til flere problemer, mener sykepleierne at oppfølging av overvekt krever mer tid og oppfølging i form av samtaler, noe som er vanskelig for sykepleierne i en allerede presset arbeidshverdag.

Mangel på tid fører også til at sykepleiere ikke får oppdatert seg på relevant forskning når det gjelder barn og overvekt, noe som igjen kan føre til usikkerhet rundt egen kunnskap og evner til å forebygge og behandle overvekt.

5.2.2 Tynt kunnskapsgrunnlag

Ernæring er et tema som er blitt tatt opp mye de siste årene og er et meget omdiskutert emne. En dag er det usunt med poteter og sunt med sjokolade, en annen dag er det omvendt. Helsepersonell uttrykker stadig bekymring til media om at den norske befolkningen spiser mer usunt og at barn og unge plages av overvekt og fedme. Det er viktig at sykepleiere er kritisk til informasjon som utgis i media og følger med på nasjonale retningslinjer. Også i vårt resultat snakker sykepleierne om motstridende råd og anbefalinger angående kosthold. Det viser seg at sykepleierne erfarer at de mangler kunnskap på området ernæring til overvektige barn og unge. Funnene viser at sykepleierne ikke har tilegnet seg nok kunnskap i utdanningen og at de ikke helt vet hvordan de skal håndtere overvekten. Sykepleierne forteller at de har utfordringer i forhold til å forklare sammenhengen mellom kosthold og fysisk aktivitet og at de til tider gir motstridende råd som skaper forvirring hos barn og familien. Nyutdannede sykepleiere erfarer at de mangler tillit til egne kunnskaper og mestring, mens de som hadde 5 års erfaring eller mer var mer trygge på seg selv og sin egen kunnskap. En mulig konsekvens for mangel på kunnskap vil

være at sykepleiere ikke tar tak i mulig overvektsproblemer blant barn og unge, samt at de ikke vet hvordan de skal gi råd og veilede barn/unge som kommer til de med problemer.

Som en del av arbeid rettet mot overvektige barn og unge er det viktig at sykepleiere inkluderer og veileder foreldrene. Foreldre må sette seg inn i gode matvaner og gjøre det til en del av hverdagen i hjemmet (Aagaard og Bjerkreim 2012). Et godt hjelpemiddel sykepleier kan henviser til er en matdagbok for å bevisstgjøre barnet og/eller foreldrene (Aagaard og Bjerkreim 2012). Alt barnet eller den unge spiser og til hvilke tider noteres ned, noe som gir en god oversikt over dagen. Det vil bli lettere å følge med og følge opp hvor mye og hva som spises. Sykepleier må kunne viderefremme sin kunnskap om sammenhengen mellom inntaket av mat og fysisk aktivitet og viktigheten av å ha faste mat-rutiner i hverdagen. Et slikt «redskap» ville kunne hjelpe sykepleierne til å bli mer konkret i sin veiledning til familien.

I arbeidet med forebygging og behandling vil det være en utfordring når skolens kantiner har varer med alt for mye sukker og fett slik noen av våre funn viser. Aagaard og Bjerkreim (2012) skriver at sukkerinntaket blant 13 åringer har økt vesentlig i dag i forhold til hvordan inntaket var i 1993. Det er tydelig at det er utfordrende å gi ernæringsveiledning, hvis kantinen serverer usunn mat vil det gi feil signaler til barn og unge. I nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet 2010) gir de anbefalinger om hvordan skolemåltidet bør organiseres og hva som skal serveres og de sier at skolekantiner bør tilby sunn mat og drikke. Sykepleier kan her bidra med råd og veiledning til kjøkkenpersonale og lærere om hva som er god og dårlig ernæring, samt å gi råd til innkjøp av matvarer.

Funnene våre viser at sykepleierne gjerne ble med på innføre aktivitetsplaner på skolen, hvis det gis mulighet til det. Aktivitetsnivået bør økes og det er viktig å finne en aktivitet barnet eller den unge trives med og synes er artig. Blir det en plikt å aktivisere seg faller rutinen raskt ut. En aktivitet som forbindes med lek og moro er et mål som kan være fint og sette seg. Det vil kunne gjøre aktiviseringen lettere og positivt for barnet eller den unge (Aagaard og Bjerkreim 2012).

Samtidig som funnene våre viser at sykepleierne sier de skulle ønske de hadde mer kunnskap sier de også at de skulle ønske at de kunne bidra mer med den kunnskapen de allerede har. Det kommer frem at sykepleierne føler de har generell kunnskap til å

informere store grupper, men mangler spesifikk kunnskap når det gjelder direkte behandling til individet. De etterlyser verktøy de kan bruke i forhold til måling og oppfølging av overvekt og fedme hos barn og unge. Sykepleiere har for lite kunnskap om ernæring og utfører sjeldent BMI-måling eller lignende vektkontroller. De gir heller generelle og vage råd om kosthold og fysisk aktivitet til barn og foreldre, i stedet for spesifikk individrettet behandling, noe som kan føre til forvirring blant barn og foreldre og at de ikke tar på alvor det sykepleier sier. Det nevnes også at hvis det blir tatt en BMI er det usikkerhet hva de skal gjøre videre med dette resultatet. Kunnskapen er ikke stor nok til å «ta fatt i» et evt. forhøyet resultat av målingen, og sykepleierne føler det er fånyttet å måle BMI. Et av våre funn viser til erfaringer med at bruk av internettverktøy kan øke kvaliteten og virkningen av helsepersonellens råd og gi mer autoritet til innholdet/rådene. Samtidig som flere sykepleiere merker at det å vise til noe skriftlig gjør at barn og foreldre legger mer vekt på det som blir sagt.

Det er ikke bare kunnskap knyttet til ernæring, pedagogikk og fysisk aktivitet som er en utfordring for sykepleieren i dere veiledning av barn og unge og deres familier. Foreldrenes økonomi og utdanning har også en innvirkning på barnas kosthold. Gutter som har foreldre med høy utdanning spiser mer sukker og fett enn de som har foreldre med lav utdanning, mens det hos unge jenter er motsatt (Folkehelseinstituttet 2016). Resultatet fra UngKan-undersøkelsen viser at det var høyere forekomst av overvekt og fedme blant 15 åringer som hadde foresatte med lav utdanning sammenlignet med 15 åringer som hadde foresatte med høy utdanning. I andre land som Australia og USA er det motsatt, der barna med høyt utdannede foreldre, er mer stillesittende og i mindre fysisk aktivitet (Folkehelseinstituttet 2016). Å ha kunnskap om barn i risikogrupper er viktig når sykepleier skal følge opp barn/unge over lengre tid og når tiltak skal iverksettes. Sykepleiere i USA og Australia har barn i andre risikogrupper enn sykepleiere i Nord-Europa, noe som er viktig å ta med i betraktning når forebyggende og behandlende tiltak skal iverksettes.

5.2.3 utfordringer med kontakt med foreldre og barn/unge

Når sykepleieren skal snakke med barn fra mange ulike miljøer er det å ha en god dialog viktig. Man må kunne formidle kunnskap på en måte så de forstår informasjonen som blir

gitt. Våre funn viser at det vanligvis er sykepleierne som tar kontakt med foreldrene angående bekymring for barnets vekt, og av og til er foreldrene enig i problematikken. Det hender også at bekymrede foreldre tar kontakt selv, da er arbeidet til sykepleier lettere og sykepleier kan heller innta en støttende rolle. Det er som nevnt tidligere i oppgaven et sensitivt tema for sykepleier å ta opp. Det kan være vanskelig å vurdere hvordan, og om man skal ta det opp med barn/foreldre da man aldri kan forutse hvordan de vil reagere. Samtidig er det sykepleierens faglige plikt å si fra om overvekts-problematikk, det ligger innenfor sykepleierens forebyggende arbeidsområde. Funnene våre viser at ved negativ respons fra foreldrene var det lettere for sykepleier å utsette samtalen. En negativ respons bør heller føre til selvrefleksjon fra sykepleier og at sykepleier tenker gjennom egne holdninger og handlinger for så å velge en annen fremgangsmåte.

Sykepleierne i noen av funnene legger vekt på at det er viktig med tillit mellom dem og foreldrene, og at de av den grunn prøver å unngå å presse dem angående vektproblematikk. De har gjennom erfaring funnet ut at en måte å unngå negativ respons på kan være å ikke legge for mye fokus på akkurat overvekt/fedme problematikken, men heller nevne det i forbindelse med andre tema. Helsedirektoratet (2010) legger vekt på at man som fagperson skal ha en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming under samtaler om overvekt. Det er viktig at sykepleier finner ut hva familien føler de trenger hjelp til og hvilke bekymringer de har, samt å kartlegge og synliggjøre familiens egne ressurser når det gjelder en varig livsstilsendring.

Vi har også noen funn som viser at sykepleierne opplever både negativ og positiv respons fra foreldrene. Noen foreldre kan være triste i begynnelsen, men blir gradvis mer samarbeidsvillig og innser at familien trenger en livsstilsendring. Erfaringene fra sykepleierne viser også at en belærende fremtoning fra sykepleier kan minske samarbeidsviljen med foreldrene og barnet. Ved at sykepleier har en positiv holdning og ved å ikke problematisere situasjonen ved å unngå at kosthold- og livsstilsendringene høres vanskelige ut, samt å gi god informasjon om hvordan barn og foreldre skal gjennomføre dette sammen, er en god fremgangsmåte for et godt samarbeid.

En av de vanligste og vanskeligste utfordringene mellom sykepleier og foreldre/barn/unge er at familien ikke ser på overvekt som ett problem og at de ikke er motiverte til å gjøre noen endring. Sykepleierens erfaring er da at det er mange familier som ikke ser sin egen rolle i barnas overvekt. En mangel på motivasjon blant barnet/ungdommen kan også være

en utfordring for flere sykepleiere. De opplever at stigmaet med å være overvektig ikke er så stort lenger, siden overvekt er et økende problem og opplever at barnet/ungdommen ikke tenker på helsekonsekvenser. Helsedirektoratet (2010) skriver at man som fagperson skal være en god rollemodell og bidra til å støtte og trygge foreldrene. Sykepleier bør stille åpne spørsmål for å sette i gang barnet og foreldrenes egne tankeprosesser for bedre å utforske følelser og tanker de har om overvekt og fedme for å finne motivasjonen barn/unge for å forebygge eller behandle overvekt.

Kristoffersen (2012) skriver at mestringsforventning og støtte fra familie og sykepleier er en helt avgjørende faktor for å lykkes med å gjennomføre livsstilsendringer som innebærer økt fysisk aktivitet og endring av kostholdet hos mange ulike grupper. Et av våre funn viser til at motiverende intervju kan være en god teknikk å bruke i møte med overvektige barn og ungdom. Det å bruke åpne spørsmål og reflekterende lytting er en god måte å vise respekt for familiens meninger. Når en sykepleier skal gi råd eller veilede kan det være en ide å spørre om foreldrene er interessert i å høre hva de har å si, for å unngå å trenge seg på. Det er viktig å få en god og positiv kommunikasjon med foreldre og barn/unge. Kommunikasjon til barn fører med seg noen ekstra utfordringer. Barn/unge kan i utgangspunktet være skeptiske til nye mennesker og det kan være krevende å skape et tillitsforhold, de legger godt merke til nonverbale signaler, så sykepleier må være observant i forhold til eget kroppsspråk og holdninger. Det er viktig å tilrettelegge samtalen med tanke på barnets alder, større barn og ungdommer misliker å bli snakket til med et barnslig språk og ungdom har behov for mer informasjon enn et barn. Fysisk og psykisk tilstedeværelse er viktig for at det skal oppstå tillit (Grønseth og Markestad 2013a).

Våre funn viser også at lav utdanning og dårlig økonomi hos foreldrene er en aktuell utfordring, noe som kan innvirke både på type matvarer som kjøpes og på muligheter for fritidsaktiviteter. Dette samsvarer med beskrivelser i Barnehelserapporten (Folkehelseinstituttet 2016) hvor det skrives at barn med foreldre med høy utdanning har et høyere aktivitetsnivå, enn de som har foreldre med lav utdanning, dette gjelder spesielt i forhold til fritidsaktiviteter. Hvis en ser på økonomiske forhold blant mødre viser det seg at barn med lavt utdannede mødre, er mer utsatt for overvekt, det samme gjelder skilsmissebarn. Prosentandelen av barn og unge med overvekt er ca. 50 % høyere hos de som har skilte foreldre, enn hos de som fortsatt har gifte foreldre (Folkehelseinstituttet 2016). Denne kunnskapen må sykepleierne kjenne til og inkludere i sitt forebyggende og

behandlende arbeid blant barn og unge. Helsedirektoratet (2010) skriver at det for barn i risikogrupper har vist seg mest effektivt med tidlig intervensjon gjennom individuelle oppfølgingstiltak for hele familien og at det kreves oppfølging over tid. På individnivå er det viktig med tverrfaglig samarbeid mellom først og fremst fastlege og helsesøster. Økt hverdagsaktivitet med tilhørende daglig moderat til høy aktivitet og sunnere matvaner i stedet for restriktive dietter er tiltak som bør iverksettes for hele familien.

5.2.4 Utilstrekkelig tverrfaglig/tverrprofesjonelt samarbeid

Våre funn viser at sykepleiere på skoler og helsestasjoner føler at de blir nedprioriterte og at de får lite forståelse fra ledelsen på sine arbeidsplasser. De føler at deres ledere viser lite interesse for en omorganisering for på best mulig måte å utnytte ressursene på arbeidsplassen, samt sette mer fokus på forebyggende arbeid. Ut fra det sykepleierne selv opplever kan denne uvilligheten stamme fra flere hold, noen nevner økonomiske grunner og redsel for hvordan foreldre og andre i samfunnet kom til å reagere, andre nevner overvekt hos medlemmer av ledelsen. Det forebyggende arbeidet som blir utført beskrives som utilstrekkelig, begrenset og ukoordinert. Selv om noen sykepleiere tilknyttet skolen, ser at de utfører en del forebyggende arbeid blant annet i samarbeid med andre lærere på skolen og med kantinepersonalet. Dette er i form av høyde- og vektscreeninger samt veiledning om kosthold og fysisk aktivitet direkte til barna i klasserommet og til foreldrene. Grønseth og Markestad (2013b) skriver at skolehelsetjenestens oppgaver er av forebyggende og helsefremmende art og dreier seg om faste konsultasjoner rettet mot individer, grupperelatert arbeid som helseopplysning og undervisning, tverrfaglig samarbeid og rådgivning til skolens personale. Skolehelsetjenesten har ansvar for at nødvendige henvisninger og tiltak iverksettes.

Det var allikevel flere sykepleiere i skoler som ikke utførte slikt arbeid og som møtte lite anerkjennelse hvis de tok opp temaet med ledelsen eller annet personell på skolen. De fleste av sykepleierne uttrykker at de gjerne skulle arbeidet mer med forebyggende helsearbeid rettet mot overvektige barn og unge, men at deres arbeidsdag ikke er tilrettelagt for dette. De mener at støtte fra administrasjonen og lærerne er nødvendig for å sette i gang tiltak rettet mot å forebygge overvekt. I nasjonale faglige retningslinjer skriver Helsedirektoratet (2010) at skolen er en viktig kunnskapsformidler og at de skal hjelpe barnefamilier med å gi barn og unge en god oppvekst. Når det gjelder forebyggende tiltak

rettet mot overvektige barn og unge nevner de spesifikt at skolen skal tilrettelegge for sunne måltider og daglig fysisk aktivitet. Forebygging av overvekt krever godt tverrfaglig samarbeid mellom blant andre lærere og helsesøstre og de anbefaler at kroppsøvingslærere bør ha stor kompetanse innenfor dette området. Enkle tiltak for å fremme fysisk aktivitet kan være åpne gymsaler i friminuttene, klatrevegg eller klatretau, streetbasket og sparkesykler. Gode skolegårder kan være et effektivt tiltak mot mobbing og uro og føre til økt trivsel og læring. For å bedre elevenes kosthold kan enkle tiltak være skolefrukt og skolemelk og å unngå at kantiner tilbyr usunn mat og drikke, men heller sunne alternativer. Skolehelsetjenesten kan også iverksette tiltak, sammen med lokale butikkinnehavere og skolens ledelse, som begrenser at elevene handler på kiosker og butikker i nærheten i friminuttene (Helsedirektoratet 2010).

Ut fra våre funn ser vi at sykepleierne ofte har dårlige erfaringer når det gjelder samarbeid med annet helsepersonell og andre helseinstitusjoner, samtidig som flere sykepleiere sier de ikke benytter seg av muligheten for å berike egen kunnskap via andre faggrupper. De sykepleierne som har henvist videre eller prøvd å få i gang et samarbeid med annet helsepersonell i lokalsamfunnet, understreker hvor viktig de synes det er for å få en oversikt over hvilke ressurser som er tilgjengelig og for å få tak på ny faglig informasjon. Flere sykepleiere snakker om dårlig samarbeid med og lite tilgang på personale innenfor spesialhelsetjenesten. Mange henvisninger som blir sendt av sykepleier på skole og helsestasjoner ble avvist pga deres arbeidsmengde og lav alvorlighetsgrad på barnets overvekt, noe som kan føre til at sykepleierne føler seg isolerte og hjelpeløse. Når henvisningene ble tatt til følge opplevde sykepleierne at de fikk lite eller ingen informasjon tilbake. Dette samsvarer med våre opplysninger fra praksis der helsesøstre ofte ga uttrykk for frustrasjon over lite tilgjengelighet hos Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og lange ventetider når det ble sendt henvisninger. De var noe mer fornøyde over samarbeidet med fastlege og lærere på skolene de er tilknyttet. I Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) står det at spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i kommunene blant annet innenfor forebygging. Samarbeidet mellom kommunene og helseforetak setter krav til endrede arbeidsformer og økt fleksibilitet når det gjelder oppgaver og tjenestesteder, noe som betyr at en endring i rammebetingelsene må til. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) legger også vekt på at en henvisning videre til spesialisthelsetjenesten ikke skal føre

til en avviking av lokalt ansvar eller tiltak som allerede er satt i gang. Forebygging av overvekt og fedme skal utføres som et samarbeid mellom primær- og spesialhelsetjeneste, men hovedansvaret, så langt det ikke er snakk om svært alvorlig fedme, skal ligge hos helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Ut ifra våre funn og erfaringer kan det se ut som dette er et felt det bør arbeides mer med og at de ulike helsetjenestene har et forbedringspotensiale når det gjelder å utveksle kunnskap og å samarbeide med hverandre.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien har vært å belyse hvordan sykepleier arbeider med overvektige barn og unge. Ut i fra hensikt formulerte vi problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere til forebyggende og behandlende arbeid rettet mot overvektige barn og unge, og hvilke utfordringer møter sykepleier?

Denne litteraturstudien viser at det utfra sykepleiers erfaringer er mange utfordringer de møter på i arbeidet med overvektige barn og unge. Det er flere utfordringer som gjør arbeidet vanskelig å gjennomføre. Hovedfunnene våre viser til erfaringer knyttet til:

Tidspress og mange arbeidsoppgaver gjorde at sykepleierne ikke så sin mulighet til å i det hele tatt ta opp problematikken, samtidig som flere følte de ikke kunne nok om temaet når de hadde tid til å ta det opp. Og hvis de hadde tid til å ta opp temaet, hadde de ikke tid til jevnlig oppfølging over en lengre periode.

Studien viser at sykepleiere generelt har for lite kunnskap om hvordan de skal forebygge og behandle overvekt hos barn og unge, men utfra erfaringer er kunnskap viktig når de skal utføre veiledning og at det kan være hensiktsmessig å ha redskaper og hjelpemidler som BMI en kan vise til, da dette øker forståelsen for barnet og pårørende om overvekt.

Sykepleierne erfarer at overvekt hos barn og unge er et sensitivt tema å ta opp med både barn og foreldre og at det er vanskelig for sykepleierne å vite hvordan de skal ta opp overvektsproblematikk.

For å få til en varig livsstilsendring er det sentralt at familien deltar og sykepleieren bør legge vekt på å få til et godt samarbeid med foreldrene. Sykepleieren må inkludere og forklare viktigheten av livsstilsendring hjemme blant hele familien, ikke bare til barnet. Oppfølging av barnet og familien er tidkrevende, men studiene viser at det er høyst nødvendig for et godt resultat.

Samarbeid med skoler og andre instanser er også viktig når sykepleier skal forebygge og behandle overvekt, funnene viser at sykepleier av og til føler seg alene og maktesløs i møte med overvektige barn og unge og at samarbeidet mellom ulike instanser ikke fungerer slik det skal.

Konsekvenser for praksis: Funnene i studien viser at kunnskapen til sykepleiere er for dårlig, bør grunnutdanningen endres slik at det blir et større fokus på å forebygge og behandle overvekt, samt mer om hvordan sykepleiere skal kommunisere med barn og unge? Samhandlingsreformen som ble innført i Norge i 2012 setter krav til at helseinstanser i Norge skal utøve forebyggende helsearbeid noe våre funn viser sjeldent blir gjort, funnene samt egne erfaringer fra arbeid og praksis fører til at vi ser et forbedringspotensiale når det gjelder prioritering og utføring av forebyggende helsearbeid.

6.1 Forslag til videre forskning

Denne studien baserer seg utelukkende på forskning fra andre land enn Norge og vi etterlyser forskning rettet mot erfaringer med overvektige barn og unge fra norske sykepleiere og helsesøstre.

Vi ser at kommunikasjon mellom sykepleier og barnet/familien er en barriere, det kunne vært interessant å sett mer forskning knyttet til denne utfordringen. Forskningsartiklene vi fant baserte seg ofte på enten sykepleie eller pasientperspektiv, det kunne vært interessant å lese artikler med begge perspektivene inkludert for en mer helhetlig forståelse av problematikken.

Vi har funnet at sykepleiere generelt har for lite kunnskap om hvordan de skal forebygge og behandle overvekt hos barn og unge og etterlyser mer forskning basert på hvordan sykepleiere mener de kan tilegne seg mer kunnskap om temaet.

Litteraturliste

- Aagard, Heidi og Torhild Bjerkreim. 2012. "Væske og ernæring." I *Grunnleggende Sykepleie*, red. Eli-Anne Skaug, 162-207. Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.
- Elwell, Laura, Jane Powell, Sharon Wordsworth and Carole Cummins. 2014. "Health professional perspectives on lifestyle behaviour change in the paediatric hospital setting: a qualitative study." *BMC Pediatrics*. 14:71
<http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-71>
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2):22-26.
- Folkehelseinstituttet. 2016. «Barnehelserapporten». Lest 26.10.2016
<https://www.fhi.no/nettpub/barnehelserapporten/>
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. «Olika typer av litteraturstudier». I *Att göra systematiska litteraturstudier*, 25-35. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Gance-Cleveland, Bonnie, Kimberly Sidora-Arcoleo, Heather Keesing, Mary Margaret Gottesman og Margaret Brady. 2009. "Changes in Nurse Practitioners' Knowledge and Behaviors Following Brief Training on the Healthy Eating and Activity Together (HEAT) Guidelines" *Journal of Pediatric Health Care* 23(4)
doi: 10.1016/j.pedhc.2008.03.002
- Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2013a. "Kommunikasjon med barn og unge" I *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 81-88. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2013.
- Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2013b. "Forebyggende helsearbeid blant barn" I *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 41-47. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2013.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Mld. St. 47
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/n/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. 2010. «Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge». Lest 26.10.2016.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for->

- [forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge](#)
- Høstgaard Bonde, Ane, Peter Bentsen og Anette Lykke Hindhede. 2014. "School Nurses' Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity". *The Journal of School Nursing* 30 (6) 448-455 DOI: 10.1177/1059840514521240
- Isma, Gabriella E, Ann-Cathrine Bramhagen, Gerd Ahlstrom, Margareta Östman and Anna-Karin Dykes. 2012. "Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study". *BMC Family Practice* 13:57 DOI: 10.1186/1471-2296-13-57
- Isma, Gabriella E, Ann-Cathrine Bramhagen, Gerd Ahlstrom, Margareta Östman and Anna-Karin Dykes. 2013. "Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden" *BMC Family Practice* 14:143 DOI: 10.1186/1471-2296-14-143
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2012. "Livsstil og endring av livsstil" *I Grunnleggende Sykepleie*, red. Eli-Anne Skaug, 162-207. Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.
- Kunnskapsbasert praksis. 2012. "PICO". Lest 15.12.2016
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Kunnskapssenteret for helsetjenesten. 2014. «Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar» Lest 01.11.2016.
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>
- Ljungkrona-Falk, Lena, Hilde Brekke og Maria Nyholm. 2013. "Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children." *Health promotion international* 29 (4):730-738. doi: 10.1093/heapro/dat023
- Magnusson, Maria B, Karin I Kjellgren og Anna Winkvist. 2012. "Enabling overweight children to improve their food and exercise habits – school nurses' counselling in multilingual settings." *Journal of Clinical Nursing* 21 (17-18): 2452-2460 doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04113.x
- Michaelsen, Ragnhild og Ingunn Mundal. 2016. Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde.
- Morrison-Sandberg, Leslie F., Martha Y. Kubkik og Karen E. Johnsen. 2011. "Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses." *The Journal of School Nursing* (1):13-21 doi: 10.1177/1059840510386380

- Norsk Helseinformatikk. 2016. «Overvekt hos barn». Lest 26.10.2016.
<http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/overvekt-hos-barn-14371.html?page=all>
- Norsk senter for forskningsdata. 2016. «Register over vitenskapelige Publiseringsskanaler». Lest 30.10.2016
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Nortvedt, Per 2011 «Prioritering av helseressurser er vanskelig» *Sykepleien* 99(1)(78-79)
 DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0021
- Park, Min Hae, Áine Skow, Dewi Ismajani Puradiredja, Anna Lucas, Hayley Syrad, Ulla Sovio, Billy White, Anthony S Kessel, Barry Taylor, Sonia Saxena, Russell M Viner, Sanjay Kinra. 2015.” Development and evaluation of an online tool for management of overweight children in primary care: a pilot study.” *BMJ Open* 5(6): e007326.doi: [10.1136/bmjopen-2014-007326](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007326)
- Quelly, Susan B. 2014. “Influence of Perceptions on School Nurse Practices to Prevent Childhood Obesity” *The Journal of School Nursing* 30(4) 292-3
 doi:10.1177/1059840513508434
- Regber, Susann, Staffan Mårild og Jan Johansson Hanse. 2013. «Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. » *BMC Nursing* 12:27 doi.org/10.1186/1472-6955-12-27
- Steele Ric G, Yelena P Wu, Chad D Jensen, Sydni Pankey, Ann M Davis og Brendan S. Aylward. 2011. »School nurses’ perceived barriers to discussing weight with children and their families: a qualitative approach.” *Journal of School Health* 81 (3): 128-137. EBSCOHost
- Turner, Gillian L, Stephanie Owen og Paula M Watson. 2015.” Addressing childhood obesity at school entry: Qualitative experiences of school health professionals” *Journal of Child Health Care*(3):304-13. doi: 10.1177/1367493515587061.
- Waldum-Grevbo, Kristin Sofie og Trude Haugland. 2015. “En kartlegging av helsesøster-bemanningen i skolehelse-tjenesten”. *Sykepleien Forskning* 10(4)(352-360) DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.55977
- World Health Organization. 2016a. “Preventing Disease Through Healthy Environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Lest 05.04.2017.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf

World Health Organization. 2016b. “Report of the commission on ending childhood obesity”. Lest 05.04.2017.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf

Vedlegg 1

	P	I
Norsk	<p>Fedme* Overvekt*</p> <p>Ungdom* Tenår*</p> <p>Barn*</p>	Sykepleie*
Engelsk	<p>Obes* Overweight</p> <p>Youth* Teen* Adolescen*</p> <p>Child*</p>	<p>Nurs*</p> <p>Treat*</p>

Vedlegg 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Obese*.mp or Obesity/ or exp Obesity, Morbid/	14.09.2016	Ovid Medline	189280	0	0	0
Overweight.mp. or Overweight/	14.09.2016	Ovid Medline	47501	0	0	0
1 or 2	14.09.2016	Ovid Medline	204203	0	0	0
Limit 3 to yr="2005 - Current"	14.09.2016	Ovid Medline	128688	0	0	0
Limit 4 to ("adolescent (13 to 18 years)" and (danish or english or norwegian or swedish.	14.09.2016	Ovid Medline	22526	0	0	0
Nursing/ or nurs*.mp.	14.09.2016	Ovid Medline	585319	0	0	0
5 and 6	14.09.2016	Ovid Medline	389	0	0	0
Limit 7 to yr="2010 – Current"	14.09.2016	Ovid Medline	225	145	19	0
Nurs* and overweight or obes*	27.10.2016	Proquest	65399	0	0	0
Nurs* and overweight or obes* and perspective* or experience*	27.10.2016	Proquest	41254	0	0	0
Nurs* and overweight or obes* and perspective* or experience*, limit to 2010-current, to scholarly journals, to article, to English, Danish,	27.10.2016	Proquest	2978	20	14	7

Norwegian or Swedish and to children 6-12 and adolescent 13-18						
Nurs*	16.11.2016	Ovid Medline	191338	0	0	0
Obes* or overweight	16.11.2016	Ovid Medline	196373	0	0	0
Nurs* and obes* or overweight	16.11.2016	Ovid Medline	871	0	0	0
Child*	16.11.2016	Ovid Medline	1972513	0	0	0
Teenager or adolescent	16.11.2016	Ovid Medline	1894323	0	0	0
Child* and teenager or adolescent	16.11.2016	Ovid Medline	2974554	0	0	0
Nurs* and obes* or overweight and child* and teenager or adolescent, limit to 2009 to current and Norwegian, Swedish, Danish and English language.	16.11.2016	Ovid Medline	288	20	8	5
Nurs or nursing	22.11.2016	Ovid Medline	661621	0	0	0
Child*	22.11.2016	Ovid Medline	2259622	0	0	0
Teenager or adolescent	22.11.2016	Ovid Medline	1894323	0	0	0
Obes*	22.11.2016	Ovid Medline	275806	0	0	0
Barriers	22.11.2016	Ovid Medline	106322	0	0	0
Nurs or nursing and child* and teenager or adolescent and obes* and barriers	22.11.2016	Ovid Medline	72	5	3	1

Obesity or overweight and nurse or nursing and experiences or perspectives and adolescent or young adult or child and qualitative, limit to scholarly journals and English, Swedish, Danish and Norwegian language, and 2010 to current.	28.11.2016	Proquest	714	10	4	1
Totalt						14

Vedlegg 3

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Elwell, Laura, Jane Powell, Sharon Wordsworth and Carole Cummins. 2014. Storbritannia. BMC Pediatrics	Health professional perspectives on lifestyle behaviour change in the paediatric hospital setting: a qualitative study.	Studiens hensikt er å identifisere hindringer og tilretteleggingsområder i forbindelse med livsstilsendringer på et akutt barnesykehus.	Et kvalitativt, semistrukturert intervju design.	33 deltagere ble målrettet utvalgt for å inkludere flere profesjoner av de som arbeidet på dette akuttsykehuset, av disse inkluderes 22 sykepleiere.	De ser fordeler med å gi råd om livsstilendring, men at det er vanskelig å finne tid. Vanskelig å få kontinuitet i veiledningen.	Ikke nødvendig med etisk godkjenning fordi studien var definert som en serviceevaluering.	God
Gance-Cleveland, Bonnie, Kimberly Sidora-Arcoleo, Heather Keesing, Mary Margareth Gottesman og Margaret Brady. 2009. USA. Journal of Pediatric Health Care.	Changes in Nurse Practitioners Knowledge and Behaviors Following Brief training on the Healthy Eating and Activity Together (HEAT) Guidelines.	Undersøke hvordan HEAT kurset kan påvirke sykepleieres kunnskap og holdninger ifht. Forebygging av overvekt.	Spørreskjema.	35 sykepleiere deltok på en NAP NAP konferanse og svarte på spørreskjema før og etter gjennomgått kurs. 3 i frafall, kun 32 fullførte skjema før og etter kurset.	Sykepleierene følte de fikk mer kunnskap etter endt kurs. Sykepleierene rapporterte moderat framgang når det gjaldt veiledning for livsstilsendring og kommunikasjon. Sykepleierne følte seg også bedre forberedt på hindringer som kunne oppstå etter endt kurs. Eksempel på barrierer: Foreldre/pårørene, tid.	Etisk godkjenning har vi vurdert som ikke nødvendig da det ikke var sensitive informasjon i studien.	Middels
Høstgaard Bonde, Ane, Peter Bentsen og Anette Lykke Hindhede. 2014. Danmark.	School Nurses' Experiences with Motivational Interviewing for Preventi	Målet med denne studien var å finne ut hvordan skolesykepleiere brukte motiverende intervju som en del av det	Et kvalitativt saksstudie, dybde og semistrukturert intervjuformat.	12 sykepleiere fra 12 forskjellige skoler i 5 forskjellige bydeler i København, som alle hadde gjennomført et	Sykepleierne viser til gode opplevelser med bruk av motiverende intervju, men at det var noen dilemma som oppsto flere	Godkjent av barne- og ungdomsdepartementet i Danmark, siden alle. Siden identiteten til barna kun var	God

The Journal of School Nursing.	ng Childhod Obesity	forebyggende arbeidet mot overvekt og fedme hos barn.		treningkurs i motiverende intervju året før.	ganger, det kunne være situasjoner hvor barnet eller foreldrene ikke oppfattet barnet som overvektig, eller når barnet selv syns det er overvektig, mens foreldrene ikke oppfatter det på samme måte.	kjent av sykepleierne og ikke av forskerne krevdes ingen spesiell etisk godkjenning.	
Isma, Gabriella E, Ann-Cathrine Bramhagen, Gerd Ahlstrom, Margareta Östman and Anna-Karin Dykes. 2012.Sverige. BMC Family Practice	Swedish Child Health Care nurses concepts of overweight in children: a qualitative study	Målet med denne studien var å undersøke oppfatningen av barn og unges overvekt, inkludert fedme, blant sykepleiere som jobber i Child Health Care.	Intervju med åpne spørsmål, analysert via fenomenografisk metode.	18 forskjellige sykepleiere fra 17 forskjellige arbeidsplasser sør i Sverige. 19 ble spurt om å være med, 1 takket nei pga dårlig tid.	Hovedfunn er en endring i oppfattelsen av overvekt, mer fokus på utseende, ikke på helse, at overvekt hos unge barn er et forsømt tema, at overvekt er et følsomt tema og at familiens livsstil er viktig i forhold til utvikling av overvekt og fedme.	Studien ble godkjent av Regional Etisk komite i Lund og intervjuene gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen.	God
Isma, Gabriella E, Ann-Cathrine Bramhagen, Gerd Ahlstrom, Margareta Östman and Anna-Karin Dykes. 2013. Sverige. BMC Family Practice	Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden	Målet med studien var å belyse hvilken oppfatning barnehelsepleiere i Sverige har om deres forebyggende arbeid hos barn og unge med overvektspromatikk.	Intervju med åpne spørsmål ble analysert med fenomenografisk metode.	18 forskjellige sykepleiere fra 17 forskjellige arbeidsplasser sør i Sverige. 19 ble spurt om å være med, 1 takket nei pga dårlig tid.	2 hovedfunn, interne hindringer for sykepleiers arbeid med overvekt og eksterne hindringer mot å lede arbeidet for å forebygge overvekt hos barn. Eksempel på interne hindringer er prioriteringer og mangel på kunnskap, mens eksterne hindringer kan være samarbeid med foreldre, mangel på ressurser og lite samarbeid med andre fagpersoner/institusjoner.	Studien var godkjent av Regional Etisk komite i Lund. Alle intervjuene gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen.	God

<p>Ljungkrona-Falk, Lena, Hilde Brekke og Maria Nyholm. 2013. Sverige. Health promotion international .</p>	<p>Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children</p>	<p>Studiens hensikt er å beskrive sykepleieres inntrykk på hindringer de kan møte når de diskuterer med foreldre til barn og unge med overvekt om sunne matvaner, fysisk aktivitet og barnets vekt.</p>	<p>Blandet metode med fokusgruppeintervju og spørreskjema basert på svarene fra fokusgruppeintervjuene.</p>	<p>Deltagere ble valgt ut i fra sykepleiere som jobbet på CHCC (Child health care centers) i Sverige. Det var totalt 29 CHCCs med totalt 76 registrerte sykepleiere. Ut i fra dette ble 24 sykepleiere invitert til å delta i fokusgruppeintervju og 17 sykepleiere godtok og deltok på 1 av 3 fokusgrupper. De sendte i ettertid ut spørreskjema til alle 76 sykepleierne og 62 ble returnert.</p>	<p>Det kommer frem i studien at et stort flertall av sykepleierne var enig i at det var vanskelig å få forståelse fra overordnede organisasjoner med jobben de gjorde på CHCC. En stor del av deltakerne krysset av på at det var veldig enig i at de syntes det var vanskelig å snakke med foreldre om barnets overvekt og at de følte seg utilstrekkelig med familier som hadde psykososiale problemer. Det kom også frem at det var ubehagelig å snakke om barnets overvekt med foreldrene om foreldrene også var overvektige. Ingen av sykepleierne uttalte noe ubehag å diskutere hvor mye tid barnet brukte på tv og andre aktiviteter.</p>	<p>Studien er etisk godkjent av The Regional Ethics Committee in Gothenburg, Sweden.</p>	<p>God</p>
<p>Magnusson, Maria B, Karin I Kjellgren og Anna Winkvist. 2012. Sverige. Journal of clinical nursing</p>	<p>Enabling overweight children to improve their food and exercise habits – school nurses' counselling in multilingual</p>	<p>Hensikten med studiet var å analysere hvordan skolesykepleiere underviste barn med overvekt og fedme under omstendigheter der mange av barna var innvandrere og hvordan kommunikasjonen mellom de</p>	<p>22 rådgivningstimer mellom 8 skolesykepleiere og 20 overvektige barn ble tatt opp og analysert med bruk av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>14 av 44 inviterte sykepleiere ble med på studien, av disse ble 8 inkludert i den endelige studien. Ingen frafall</p>	<p>Sykepleierne hadde for lite kunnskap om ernæring generelt og at de ikke var flinke nok til å undervise/rådgive verken barna eller foreldrene. Det viste seg også at noen av sykepleierne lett kunne ta på seg en paternalistisk</p>	<p>Etisk godkjent av Universitetet av Göteborg</p>	<p>God</p>

	settings	foregikk.			innstilling under samtaler.		
Morrison-Sandberg, Leslie F., Martha Y. Kubkik og Karen E. Johnsen. 2011. USA. The Journal of School Nursing	Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses	Hensikten med studien var å få innsikt i nåværende fedme-relatert arbeid utført av skolesykepleiere på barneskoler i Minnesota, deres meninger angående forebyggende programmer og interesse i å implementere fedmeforebyggende programmer.	Semistrukturerte intervju med 21 sykepleiere ble tatt opp og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.	Sykepleiere fra 23 ulike skoledistrikt ble kontaktet, 21 ble med. Ingen frafall.	Mange sykepleiere følte de hadde for lite tid til forebyggende arbeid, da mesteparten av tiden gikk med på å behandle/følge opp med barn med allergi eller kroniske sykdommer. 2/3 ga uttrykk for at nåværende arbeide med å forebygge fedme ikke var bra nok, ukoordinert eller begrenset, mens ca halvparten kunne ønske de hadde flere tjenester/tiltak å tilby.	Godkjent av University of Minnesota	God
Park, Min Hae, Áine Skow, Dewi Ismajani Puradiredja, Anna Lucas, Hayley Syrad, Ulla Sovio, Billy White, Anthony S Kessel, Barry Taylor, Sonia Saxena, Russell M Viner, Sanjay Kinra. 2015. United Kingdom. BMJ Open.	Development and evaluation of an online tool for management of overweight children in primary care: a pilot study.	Studiens hensikt er å utforske hvordan internett verktøy for å vurdere barns overvekt blir mottatt blant pasienter, familier og helsepersonell.	En kombinert studie med spørreskjema og semistrukturerte intervju.	4 legekantor ble invitert til å delta i undersøkelsen, hvor 3 godtok. 2 leger, 2 sykepleiere deltok i undersøkelsen. Det ble sendt mail til alle foreldre med barn i alderen 5-18 år som var registrerte pasienter om de ville delta i studien (2600 barn), hvor det endte med at foreldrene til 14 barn i alderen 5-18 år deltok. 14 barn fra 12 forskjellige familier. Alle intervjuer med barn ble utført	Det ble gjort et intervju av foreldre og barn av legene og sykepleierne som deltok i studien. Hovedfunn som kom frem var at studien var en "oppvåkning" for foreldrene i forhold til hva slags drikke og aktivitetsnivå barna fikk og at det kunne ha innvirkning på vekt. 79% (11) responderte at det var nyttig informasjon de fikk ut av studien. 21% (3) svarte at studien var noe nyttig. De viste også frem på skjerm hva BMI og	Alle foreldre deltok i intervjuene til barna.	Middels

				med en foreldre til stede.	helsen var for barnet og flere ønsket å fortsette med oppfølging å informasjon etter studiens slutt. Sykepleierne var fornøyd med studien og synes de nådde fram mye god og nyttig informasjon både muntlig og skriftlig.		
Quelly, Susan B. 2014. USA. Journal of school nursing.	Influences of Perceptions on School Nurse Practices to Prevent Childhood Obesity.	Studiens hensikt var å finne ut hva skolesykepleierens oppfattelse, effektivitet, fordeler og barrierer i deltagelse i COP (childhood obesity prevention).	Kvantitativ studie hvor det ble sendt ut anonyme spørreskjema til registrerte sykepleiere som jobbet på skole som skolesykepleiere.	De har rekruttert fra to ulike fagorganisasjoner i USA og i fra 12 skoledistrikt i Florida. Det var 171 deltagere, men usikkert hvor pålitelig tallet er grunnet at de kunne bli rekruttert både fra fagorganisasjon og skoledistrikt. Alle skjema er utfyllt anonymt og samme sykepleier kan ha fyllt ut skjema to ganger. Dette er det også informert om i artikkelen.	I resultatet kommer det frem at flest skolesykepleiere har brukt BMI for å kartlegge barnets vektstatus og ut i fra dette vurdert om det trengs videre oppfølging eller ikke. Ved BMI over normalen gir de utrykk for at de tar kontakt med foreldre og forteller sin bekymring for barnets vekt og anbefaler at de følger opp hos en spesialist for denne problematikken. Det kommer frem at skolesykepleierne sjeldent selv tar ansvaret til å undervise foreldrene og undervise barnet selv pga. Mangel på tid, forberedelser og mestringsstro.	Anonymisert og frivillige spørreskjema. Godkjent av "institutional review board of the University of Central Florida".	Middels

<p>Regber, Susann, Staffan Mårild og Jan Johansson Hanse. 2013. Sverige. BMC Nursing. Sweden.</p>	<p>Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health care centers.</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres inntrykk av sykepleierforeldre interaksjonen i CHC (Child health care) og vurdere barrierer og tilretteleggere i møter som er tiltenkt å hjelpe med sunn vekt oppgang og forebygge overvekt.</p>	<p>Kvalitativ studie hvor de brukte personlige intervju.</p>	<p>Skriftlig og muntlig informasjon ble gitt ut til de som jobbet i CHC av CHCs utviklere. De representerte 4 geografiske områder i landet og er ansvarlig for videre opplæring av sykepleierne. Interesserte sykepleiere fikk beskjed om å ta kontakt. Inklusjonskriterier: Pediatrisk eller distrikt sykepleier, jobbet aktivt i området Västra Götaland og at de deltok frivillig. 19 ble kontaktet og studien ble tilslutt komprimert til 15 sykepleiere.</p>	<p>Studien viser at flere opplevde det som et sensitivt tema å snakke om barnets overvekt med foreldrene. Hvis foreldrene også var overvektige følte sykepleierne at de på en måte kritiserte foreldrene for deres overvekt og livsstil når de skulle ta opp barnets helse. Flere følte at ved bruk av BMI diagram var det lettere å underbygge realiteten og lettere å konversere med foreldre ved å bruke det.</p>	<p>Studien fulgte Svensk lov om etisk gjennomgang av studie som involverer mennesker. Studien trengte ikke etisk godkjenning grunnet det ikke var samlet sensitive personlig data.</p>	<p>God</p>
---	---	---	--	---	--	--	------------

<p>Robinson, Alison, Elizabeth Denney-Wilson, Rachel Laws og Mark Harris. 2013. Australia. Journal of paediatrics and child health.</p>	<p>Child Obesity Prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices</p>	<p>Målet med studien var å utforske nåværende praksis, innstillinger, selvtillit og opplæringsbehov hos australske sykepleiere når det gjelder å forebygge overvekt hos barn.</p>	<p>Spørreskjema og intervju.</p>	<p>Sykepleiere fra 3 deler av New South Wales i Australia (to byer og en landsbygd) ble invitert til å bli med på studien ved å fylle ut et spørreskjema. 59 spørreskjema ble returnert (22%) av de som ble utsendt. Deretter ble 10 av disse utvalgt til intervju.</p>	<p>Resultatene viser at det er variabelt hvor mye tid de bruker på barnekonferanser ifht. Konsultasjoner på voksne. De oppga at omlag 78% av tiden gikk til voksne, mens under 10% av tid ble brukt på barna. Det var også variabelt fra hvem som hadde ansvaret på de ulike dagene og hvordan de ville fordele tid og ressurser. De fleste sa de ønsket å bruke mer tid på forebyggende arbeid med overvekt hos barn og unge og at de syntes det var givende å jobbe med dette. Flere svarte at den største hindringen for å forebygge overvekt hos barn var den sosial-økonomiske stillingen til familien. Flere så også at dårlig inntrykk over hvor mye de brydde seg om problematikken (foreldre eller barnet) var viktig. De med under 5 års erfaring følte seg ikke dyktige nok, mens de med over 5 års erfaring følte seg tryggere. De fortalte også at de syntes det var</p>	<p>Godkjent av Univeristy of New South Wales Human Research Committee.</p>	<p>God</p>
---	---	---	----------------------------------	---	---	--	------------

					lettere å gi veiledning til en overvektig voksen pasient, enn foreldre til et overvektig barn.		
Steele, Ric G, Yeelena P Wu, Chad D Jensen, Sydni Pankey, Ann M Davis og Brandon S. Aylward. 2011. Amerika. Journal of school health.	School Nurses Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families : A Qualitative Approach.	Studiens hensikt er å se nærmere på barrierene skolesykepleier kan møte i kontakt med barn og familier med tanke på vektrelatert helseproblematikk.	Fokusgruppe samtaler som ble tatt opp og senere gått igjennom for å finne barrierer sykepleierne tok opp.	22 skolesykepleiere fra 3 skoler deltok i undersøkelsen. Rundt 100 skolesykepleiere ble kontaktet med informasjon om studien. 33 var interessert og tok kontakt med studiepersonell. 22 stykk deltok på minst en fokusgruppe hver. Hver fokusgruppe hadde 2-6 deltakere hver gang (7 ganger).	Det kom frem en rekke hindringer i studien. I artikkelen er det listet opp de som ble gjentatt flest ganger: Selvoppfattet kompetanse, manglende kunnskap, personlige vekt utfordringer, oppfattet manglende støtte fra skolepersonell og administrasjon, dårlig tid, familie karakteristikk, dårlig motivasjon hos barnet, frykt for reaksjoner, vanskeligheter med å bygge relasjoner med barnet før en tar opp vektproblematikk, negative erfaringer med skolevektprogram eller med familien, kantinekosten og sosiale normer.	Frivillig intervju av sykepleiere, hvor hver sykepleier som deltok fikk utbetalt 50 dollar for deltakelsen.	God

<p>Turner, Gillian L, Stephanie Owen og Paula M Watson. 2015. England. Journal of Child Health Care.</p>	<p>Adressin g childhood obesity at school entry: Qualitati ve experien ces of school health professio nals.</p>	<p>Studien forsker på erfaringene til 26 helsearbeidere på skole der 16 er sykepleiere på hvordan de henvender seg til overvektige barn ved skolestart og hva slags barrierer og hindringer de kan møte på.</p>	<p>Kvalitativ undersøkel se med fokusgrup pe med skolesyke pleierne og spørreskje ma til de som ikke kunne delta på fokusgrup pe.</p>	<p>26 deltok, der 12 var skolesykepleier e. 4 skolesykepleier e svarte i stedet på åpne spørreskjema da de ikke kunne delta på fokusgruppene.</p>	<p>Flere svarte at det å følge opp et overvektig barn var vanskelig grunnet for få ansatte og at om det var sykdom på arbeidsplassen måtte de som var der dekke over. De forteller også at det er ingen klare retningslinjer de skal følge i en situasjon som dette og derfor en hindring i hva slags hjelp de skulle igangsette videre. En annen hindring var at foreldrene ikke engasjerte seg eller så problemet med barnets overvekt. Dette ble begrunnet med at foreldrene var kanskje overvektige selv, annen familieproblema tikk som ”overkjørte ” barnets overvekt og at barnet var så ungt at foreldrene ikke bekymret seg for at dette ville være et vedvarende problem. Det var blandede følelser hos sykepleierne om de følte seg selvsikre nok til å ta det opp. Noen syntes det gikk fint og følte seg trygge på å snakke med foreldrene, mens</p>	<p>Etisk godkjent av Liverpool John Moores Univerisity Research Ethics Committee. Skriftlig godjennelse ble mottatt av alle deltakerne.</p>	<p>God</p>
--	---	---	---	---	---	---	------------

					noen syntes det var vanskelig. Det var en sterk enighet blant deltakerne at opplæringen relatert til overvekt hos barn var utilstrekkelig.		
--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 4

Tidsbegrensninger	Kunnskap	Foreldre- og pasientkontakt	Ledelsen
<p>Nødvendig med individualisert oppfølging. Krever kontinuerlige samtaler/veiledning. Lite tid, andre oppgaver blir prioritert. Usikkerhet rundt lengde på samtale, lettere å la være å ta opp overvektsproblematikk.</p>	<p>God nok kunnskap til å gi generelle råd. Har for lite spesialisert kunnskap. Sykepleierne gir vage eller åpne råd, åpen for tolkning. For dårlig samarbeid med andre instanser. Føler mangel på kompetanse. Bedre kompetanse/trygghet etter gjennomført kurs.</p>	<p>Avhengig av godt samarbeid med foreldre. Sykepleiere lett for å bli belærende. Usikkerhet på hvordan de skal ta opp sensitiv tematikk. Redsel for å fornærme/såre. Foreldrenes egen kultur, motivasjon og holdninger kan være både positivt og negativt. Foreldrenes økonomiske status.</p> <p>Pasienter uten motivasjon. Pasienter som ikke ser på seg selv som overvektige, ikke oppfatter det som et problem. Redd for å stigmatisere barn og unge. Vekt er et følsomt tema, redd for å fornærme.</p>	<p>Mangel på forståelse og støtte fra ledelsen. Ikke klare retningslinjer å forholde seg til. Mangel på ressurser, for lite bemanning. Sykepleiere har lite innflytelse på kosthold og aktivitesnivå på skoler.</p>

Vedlegg 5

Antall JA	Karakter
8-10	Høy
6-7	Middels
1-5	Lav

Artikkel nr.	Artikkelens navn	Antall JA	Karakter
1	Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health care centers	9	Høy
2	Development and evaluation of an online tool for management of overweight children in primary care: a pilot study	7	Middels
3	Enabling overweight children to improve their food and exercise habits- school nurses' counselling in multilingual settings	9	Høy
4	Health professional perspectives on lifestyle behaviour change in the pediatrics hospital setting: a qualitative study	9	Høy
5	Influence of Perceptions on School Nurse Practices to Prevent Childhood Obesity	6	Middels
6	Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses	10	Høy
7	Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden	9	Høy

8	School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative Approach	9	Høy
9	School Nurses' Experiences With Motivational	9	Høy

	Interviewing for Preventing Childhood Obesity		
10	Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study	9	Høy
11	Swedish nurses encounter barriers when promoting healthy habits in children	8	Høy
12	Child obesity prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices	8	Høy
13	Addressing childhood obesity at school entry: Qualitative experiences of school health professionals	8	Høy
14	Changers in nurse practitioners' knowledge and behaviours following a brief training on the healthy eating and activity together (HEAT) guidelines	6	Middels