



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge
Preventing overweight and obesity among children
and adolescents**

Tommy Andre Tornes og Silje Vestre Størksen

Kandidatnr.: 39 og 11

Totalt antall sider inkludert forsiden: 65

Molde, 10. desember 2019



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trine Tafjord

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

Dato:

Antall ord: 11366

Sammendrag

Bakgrunn: Fedme er en av de største helseutfordringene i Norge. Ifølge en norsk undersøkelse blant 3.-klassinger viser tall fra 2010 at 22% jenter og 17% gutter var i kategorien overvekt/fedme. Overvekt og fedme hos barn føres ofte videre til å bli overvekt og fedme som voksne og er sett i sammenheng med risiko for utvikling av diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, muskel- og skjelettplager, psykiske lidelser og flere typer kreft. Man ser at det å behandle overvekt og fedme og skape varig vektreduksjon er vanskelig og er svært ressurskrevende for de det gjelder. Det finnes derfor gode grunner til å ha fokus på forebygging hos barn og unge.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å jobbe med forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge.

Metode: Litteraturstudie som er basert på 10 forskningsartikler, 8 med kvalitativ design og 2 med både kvalitativ og kvantitativ design.

Resultat: Sykepleiere opplever å møte flere barrierer i det forebyggende arbeidet. En av de store utfordringene de møter er i form av benektelse og manglende motivasjon hos foreldrene og barnet. Sykepleierne erfarer at de mangler gode nok kunnskaper og kommunikasjonsevner, der bruken av motiverende intervju har vist seg som et svært nyttig hjelpemiddel. Sykepleierne er i hyppig kontakt med småbarnsfamilier der de tar ulike målinger av barnet og står for oppfølgingen over flere år, noe som setter de i en unik posisjon for å ta tak i det forebyggende arbeidet tidlig.

Konklusjon: Sykepleierne er i en nøkkelposisjon når det gjelder forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge. Det forebyggende arbeidet er dog utfordrende, der sykepleierne møter flere barrierer både eksternt og internt. En gjentakende utfordring sykepleierne møter er motstand i form av benektelse og manglende forståelse hos foreldrene, der en usunn livsstil hos foreldrene viser seg i form av overvekt hos barnet. Manglende kunnskap om temaet i kombinasjon med vage kommunikasjonsevner fører til at sykepleierne innehar en lav selvfølelse i kontakten med foreldrene og barna. Fokus på atferdsendring med bruk av teknikken motiverende intervju er vist å ha god effekt og gir

sykepleierne trygghet i arbeidet. Ulike hjelpemidler kan gi positiv innvirkning på både det forebyggende arbeidet og ved videre oppfølging, der eksempelvis hyppig telefonoppfølging med familiene er gunstig.

Nøkkelord: Overvekt, fedme, barn, unge, sykepleier, forebygging.

Abstract

Background: Obesity is one of the greatest health threats of our time. According to a Norwegian survey, 22% of girls and 18% of boys among 3. graders were obese/overweight. Overweight and obesity in children will in many cases lead to overweight and obesity as adults and are seen in context of risk of developing type 2 diabetes, cardiovascular disease, high blood pressure, musculoskeletal disorders, mental disorders and several types of cancer. Treating overweight and obesity and creating lasting weight reduction is difficult and is very resource intensive for those concerned. There are therefore good reasons to have a focus on prevention in children and adolescents.

Aim: The purpose of this literature study was to shed light on how nurses experience working to prevent overweight and obesity in children and adolescents.

Method: Literature study based on 10 research articles, 8 with qualitative design and 2 with both qualitative and quantitative design.

Results: Nurses are experiencing multiple barriers in preventive work. One of the greatest challenges they face are in the form of denial and lack of motivation on the part of the parents and the child. The nurses find that they lack good enough knowledge and communication skills. The use of a motivational interview has proved to be a very useful tool. The nurses are in frequent contact with toddler families where they take different measurements of the child and take care of the follow-up over several years, which puts them in a unique position to take the preventive work early.

Conclusion: The nurses are in a key position when it comes to preventing obesity and obesity in children and adolescents. However, preventive work is challenging, as the nurses face several barriers both externally and internally. A recurring challenge the nurses face is resistance in the form of denial and lack of understanding from the parents, where an unhealthy lifestyle shows up in the form of overweight in the child. Lack of knowledge about the topic in combination with vague communication skills causes the nurses to have low self-esteem in contact with parents and children. Focus on behavior change using the motivational interview technique has been shown to have a good effect and gives the nurses confidence in the work. Various aids can have a positive impact on

both preventive work and on further follow-up, where, for example, frequent telephone follow-up with families is beneficial.

Keywords: Overweight, obesity, children, adolescents, nurse, prevention.

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn til valg av tema	1
1.2	Hensikt.....	2
2.0	Teoribakgrunn.....	3
2.1	Definisjon og beregning av grad av overvekt/fedme hos barn	3
2.2	Årsaker til overvekt og fedme	3
2.2.1	Levevaner og miljøfaktorer påvirker vekten	4
2.2.2	Energibalanse	4
2.3	Helsemessige konsekvenser for overvektige barn.....	5
2.4	Helsefremmende og Forebyggende arbeid	6
2.4.1	Ernæring og overvekt	7
2.4.2	Fysisk aktivitet og overvekt.....	8
2.4.3	Sykepleierens forebyggende funksjon	8
3.0	Metode	10
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2	Datainnsamling/litteratursøk	11
3.2.1	Beskrivelse av søkene.....	11
3.3	Kvalitetsvurdering	13
3.4	Etisk vurdering.....	14
3.5	Analyse.....	15
4.0	Resultat	16
4.1	Sykepleiernes erfaring med å jobbe fedmeforebyggende	16
4.2	Sykepleieres opplevelse av barrierer	17
4.2.1	Sykepleierens arbeidsplass og samfunnets holdninger.....	17
4.2.2	Møte med familien en barriere	19
4.3	Opplevelse av utilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter	20
4.4	Sykepleierne i en nøkkelposisjon.....	20
5.0	Diskusjon.....	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	22
5.1.2	Datainnsamling/litteratursøk	23
5.1.3	Kvalitetsvurdering	24
5.1.4	Etisk vurdering	24

5.1.5	Analyse.....	25
5.2	Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1	Viktigheten av kunnskap og erfaring	26
5.2.2	Betydningen av å ha sykepleiere i riktige posisjoner	27
5.2.3	Behovet for å bryte ned barrierer	28
5.2.4	Økt fokus på tiltak som gir resultater	29
6.0	Konklusjon	31
7.0	Forslag til videre forskning	32
	Litteraturliste	33

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk databasesøk

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 4: Analysetabell

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn til valg av tema

Fedme er en av de største helseutfordringene i verden, der så mye som om lag 315 millioner mennesker har en KMI (Kroppsmasseindeks) på over 30. Verdens helseorganisasjon rapporterer om at mellom 25 og 70% av voksne i Europa er overvektige, der fremtidige tall, ifølge Verdens Helseorganisasjon, tilsier at 3 av 4 menn vil være overvektige om 15 år (Sortland 2016, 193). Norske barn blir tyngre og tyngre og de siste 30 årene har antallet barn med fedme tre- til firedoblet seg og barn med overvekt doblet seg (Jåtun 2012).

"Barn i vekst i Norge 2008" var en landsomfattende undersøkelse fra Folkehelseinstituttet i samarbeid med skolehelsetjenesten, der vekstutviklingen blant norske 3. klassinger ble overvåket over tid i form av å måle høyde og livvidde (Hovengen, Biehl og Glavin 2014). I 2010 viste tallene at 22% av jentene og 17% av guttene var enten overvektige eller i kategorien fedme (Sortland 2016). Det finnes ulike årsaker til at et barn blir overvektig, men hovedårsaken handler om hvor mye barnet spiser, hva slags mat barnet spiser, og hvor aktivt barnet er. Et overvektig barn kan utvikle tilleggsplager i barneårene som astma, insulinresistens, høyt blodtrykk og høyt kolesterol, og har samtidig en forhøyet risiko for å utvikle en rekke alvorlig sykdommer senere i livet som blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes, høyt blodtrykk, slitasjegikt og noen former for kreft. En annen alvorlig tilleggsplage overvekt kan ha for barnet i barneårene er psykiske plager, da det for barnet kan oppleves som en stor belastning å være overvektig, eller «annerledes», enn de andre barna (Øen 2012a). Ifølge Sortland (2016, 194) er der en klar sammenheng mellom fedme som barn og fedme som voksen, hvor så mye som 60% av tilfellene der fedme i barne- og ungdomsårene er uttalte, følger vedvarende fedme inn i voksenlivet. Dette er en høy prosentandel, og med tanke på at fedme og overvekt kan gi helsemessige utfordringer i barneårene og voksenlivet, er det et sentralt tema å sette søkelys på.

Overvekt hos barn kan forebygges (Aagaard 2016, 230). Forebygging har sin opprinnelse fra sykdomstenking og dreier seg om å avdekke sykdomsrisiko, for så å sette inn tiltak som reduserer sykdomsrisikoen eller utviklingen av sykdom (Øen 2012b). Å forebygge en skade eller en sykdom er både bedre for personen det gjelder, og billigere enn å reparere og behandle i ettertid. Det forebyggende arbeidet skal utvikle tiltak som kan gi en

reduksjon i skader og sykdommer, og på den måten utgjøre en positiv forskjell (Mæland 2010). Sykepleie handler ikke bare om å behandle, det handler i stor grad om å forebygge en eventuell sykdom eller skade, før den faktisk trenger behandling. Dette støttes opp i de yrkesetiske retningslinjer som alle sykepleiere må forholde seg til, der sykepleierens fundamentale plikt grovt kan deles inn i fire undertema: å fremme helse, å forebygge sykdom, å lindre lidelse og å sikre en verdig død (Sneltvedt 2016). Forebygging av overvekt og fedme blant barn kommer under de tre første pliktene til sykepleieren, og nettopp derfor har vi valgt å belyse hvordan sykepleierne erfarer å jobbe med denne pasientgruppen i vår litteraturstudie.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleiere erfarer å jobbe med forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge.

2.0 Teoribakgrunn

Før vi startet å søke etter forskningsartikler undersøkte vi tilgjengelig pensumlitteratur om temaet vi hadde valgt. Vi fant noe relevant forskningsbasert litteratur om barn og overvekt, samt tilstrekkelig litteratur om temaene overvekt, ernæring, kosthold, fysisk aktivitet og om arbeidet sykepleiere gjør av fedmeforebyggende arbeid i dag. Dette ga oss nyttig bakgrunns teori for å kunne løse oppgaven og om mulig knytte opp mot funn i forskningsartiklene. Vi benyttet oss blant annet av søkemotoren Oria for å få en oversikt over tilgjengelig litteratur på høgskolens bibliotek.

2.1 Definisjon og beregning av grad av overvekt/fedme hos barn

KMI står for kroppsmasseindeks og brukes for å klassifisere ulike vektkategorier. KMI beregnes ut fra personens høyde og vekt, og gir et generelt mål på mengden kroppsfett. Utrekningen av KMI gjøres slik: $Vekt/Høyde^2$. For barn under 17 år brukes andre normalverdier enn hos voksne. Det fungerer på samme måte som en KMI-beregning, men her omgjøres KMI til en såkalt Iso-KMI, som tar mer hensyn til individuelle forskjeller som alder og kjønn. Poengsummen i Iso-KMI viser hva verdien ville tilsvart hos en voksen. Iso-KMI på <25 definerer normalvekt, >25 overvekt, >30 fedme og >35 alvorlig fedme (Helsedirektoratet 2010a).

Helsedirektoratet (2010a) har ut ifra disse målingene laget tiltaksnivå som anbefales å følge ut fra hvor barnet ligger på Iso-KMI skalaen. Et minus med Iso-KMI-målinger er at de bare sier noe om balansen mellom vekt og høyde hos barnet. Helsedirektoratet (2010a) anbefaler derfor å bruke midjemål av barnet, som vil gi et bedre bilde av kroppsfettets distribusjon enn Iso-KMI. Det eksisterer dog ikke grenseverdier for barn basert på midjemål, hverken nasjonalt eller internasjonalt. Å definere overvekt ut fra midjemål er derfor vanskelig, men det anbefales å benyttes som et verktøy for å følge behandlingseffekten av de vektreduserte tiltakene som er igangsatt (Helsedirektoratet 2010a).

2.2 Årsaker til overvekt og fedme

Årsakene til overvekt og fedme kan på forklares som et overskudd i energibalansen, der inntaket av energi blir større enn det fysiske forbruket (Helsedirektoratet 2010a). Men der er også andre faktorer som spiller inn. Barn med slektninger som er overvektige har større

tilbøyelighet til å bli overvektige selv grunnet gener. Overvekt kan være hormonbettinget eller knyttet til stoffskiftet, og enkelte medisiner kan ha bivirkning i form av vektøkning. Forskning tilsier at barn fra dårlig fungerende familier eller som er i lavere sosiale lag, har større sjanse for å utvikle overvekt. Det samme sies om barn med lærevansker eller som er sosialt utstøtt. Hverdagen til de fleste familier er i dag fullt i gjøremål, med mindre tid til matlaging enn tidligere. Ofte blir ferdigmat en løsning på en travel hverdag, og vi har til dels mistet kontrollen på hva vi putter i oss. Disse vanene smitter over på barnet, og barna trår lett i foreldrenes fotspor (Helsedirektoratet 2010a).

2.2.1 Levevaner og miljøfaktorer påvirker vekten

De viktigste faktorene som avgjør om et menneske utvikler fedme er miljøet og levevaner. Det er miljøet som har endret seg de siste tiårene og forårsaket fedmeepidemien, ikke genene våre. Ironisk nok har tiden som blir brukt til trening og fysisk aktivitet økt, men samtidig har tiden foran TV-skjermen, dataspill og sosiale medier økt betraktelig mer. En sannsynlig forklaring på økende gjennomsnittsvekt og andel overvektige er at folks daglige fysiske aktivitet i form av hverdagsaktivitet er betydelig redusert siste tiårene som et resultat av strukturelle endringer i samfunnet, samtidig som at energiinntaket ikke er redusert (Sortland 2016).

2.2.2 Energibalanse

Energibalanse vil si forholdet mellom energiforbruk og tilført energi gjennom kostholdet. I dagligtale omtales denne energien som maten vi inntar i form av kalorier – kcal, og i form av energien, antall kcal, vi forbrenner ved fysisk aktivitet (Sortland 2016). Når energiforbruket og energiinntaket er likt, opprettholder kroppen en stabil energibalanse, og kroppsvekten vår forblir uendret. Negativ energibalanse er når kroppen henter energi fra kroppens egne lagre grunnet for lavt inntak gjennom kosten, og vi vil da gå ned i vekt. Positiv energibalanse er det motsatte, og resulterer i at vi legger på oss (Sortland 2016). Gjennom aktivitet og kosthold kan vi dermed påvirke forbrenningen i positiv eller negativ grad. Sult, appetitt og metthet er kroppens måte å si fra om behovet for energibalansen på. Disse kroppslige følelsene reguleres fra sentre i hypothalamus i mellomhjernen, og er et komplekst samspill mellom mage-tarm-kanalen, glukose, insulin, frie fettsyrer, hormonelle og nervøse mekanismer (Hjartåker et al. 2017). Energibehovet per kilo kroppsvekt er større hos barn enn hos voksne, der et barn mellom 1-3 år har et energibehov mellom 700-1700 kcal. Med tanke på at et voksent menneske på 70 kg,

regnet ut fra et gjennomsnittlig energibehov på 33 kcal per kg. kroppsvekt, har et daglig energibehov på ca. 2310 kcal, gir det en forståelse av at et lite barn har et mye større behov for energi enn voksne. På tross av dette ses det en økning i fedme blant barn og unge (Sortland 2016).

St. Olavs Hospital i Trondheim har utarbeidet anbefalinger for kostplaner til barn med fedme. Dette er standardiserte kostplaner, og tar ikke personlige hensyn. Vi legger ved tabellen for å gi et innblikk i et ca. energibehov hos barn med fedme, i ulike aldre (Kostverktøyet 2019).

	Alder	Energibehov (per dag)
Førskole	4-6 år	1200 kcal
Barneskole	7-12 år	1500 kcal
Ungdomsskole	13-15 år	1700 kcal
Videregående skole	16-18 år	2000 kcal

(Kostverktøyet 2019)

2.3 Helsemessige konsekvenser for overvektige barn

Et overvektig barn står i fare for å utvikle somatiske tilleggspilger i barneårene som astma, høyt blodtrykk og høyt kolesterol, i tillegg til en betydelig risikofaktor for utvikling av diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettpilger, psykiske lidelser og flere typer kreft senere i livet (Øen 2012b).

Vi har alle en fysisk- og psykisk helse som gjensidig påvirker hverandre negativt og positivt. Sliter vi psykisk, beveger vi oss gjerne mindre, spiser dårligere, sover dårlig og isolerer oss fra omverdenen. Dette fører til en økt risiko for fysiske pilger, der pilgene kan ses på som en konsekvens av psyken (Martinsen 2018). Fysisk aktivitet som forebygging og behandlingsmetode er vitenskapelig godt dokumentert. At barn er fysisk aktive er avgjørende for at de skal oppnå normal vekst, med utvikling av motoriske ferdigheter og muskelstyrke. Fysisk aktivitet er vist å ha en rekke helsefordeler i form av blant annet å redusere sjansen for overvekt og fedme, bedre hjertehelsen vår og øke kondisjonsnivået, det fører til sunn vekst av bein, leddbånd og sener, bedrer balansen og koordinasjonen, gir bedre søvn og styrket mental helse, og mulighet til å utvikle både fin- og grovmotoriske ferdigheter (Kvam 2019). Fysisk aktivitet har også andre positive effekter på hjernen, med redusert angst som en av de store effektene. Hos barn er det

påvist positive resultater på læring og evne til planlegging og organisering (Haugland og Haug 2012).

Som sykepleier er det viktig å rette fokuset mot både den fysiske og den psykiske helsen til barnet som sliter med overvekt. Overvekt og fedme blant barn påvirker barnas psykiske helse i stor grad, der barnet kan oppleve stigmatisering og mobbing fra det sosiale, noe som kan føre til isolasjon, trøstespising og en ytterligere vektoppgang. Flere internasjonale studier viser at behandling av fedme fører til økt selvfølelse, en mer normalisert spiseatferd og bedre livskvalitet hos det overvektige barnet (Steinsbekk 2012).

2.4 Helsefremmende og Forebyggende arbeid

Kristoffersen (2016, 198) beskriver helsefremmende arbeid slik: *"Helsefremmende arbeid er den prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsa"*. Florence Nightingale, grunnleggeren av den moderne sykepleien, var svært opptatt av denne delen av sykepleien, ved at pasientene skulle skånes mot påkjenninger. Ifølge Florence Nightingale er det viktig at omgivelsene rundt pasientene blir tilrettelagt slik at pasienten kan bekjempe sykdommen og plagene sine (Kristoffersen et al. 2016, 25)

Helsefremmende arbeid er ulike tiltak som skal bedre livskvalitet og trivsel. Det skal styrke muligheter til å mestre belastninger og utfordringer man utsettes for, og redusere utviklingen av risikofaktorer som fører til sykdom. Tidligere var fokuset mer rettet mot forebygging av spesifikke sykdommer og medisinske virkemidler, men nå er fokusarbeidet tiltak i forbindelse med det psykiske, fysiske og sosiale miljøet menneskene lever i til daglig. En annen måte å forklare helsefremmende arbeid på, er at det jobbes for at samfunnet utvikles på en slik måte at man reduserer utviklingen av fremtidig sykdom og vantrivsel (Braut 2018). Helsefremmende arbeid er like aktuelt for friske mennesker som for de i ulike stadier av sykdom og helsesvikt (Kristoffersen 2016, 198).

Forebyggende tiltak skal komme i forkant av en skade, problem eller sykdom, og ikke i ettertid. Det er vanlig å dele forebygging inn i 3 ulike typer: *primærforebyggende*, *sekundærforebyggende* og *tertiærforebyggende* (Mæland 2010).

Primærforebyggende tiltak er rettet mot hele befolkningen eller grupper av befolkningen, og har som mål å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte mennesker. Eksempler på

primærforebyggende tiltak er vaksinasjonsprogrammet for barn eller ulike helseopplysningskampanjer. Tiltakene er baserte på konkret kunnskap om ulike risikofaktorer (Mæland 2010).

Sekundærforebyggende tiltak er å stoppe den videre utviklingen hos de som har tidlige symptomer på sykdom og plager. Overvekt og fedme er et veldig godt eksempel, der sekundærforebyggende tiltak eksempelvis er informasjonsarbeid om fysisk aktivitet og ernæring (Mæland 2010).

Tertiærforebyggende tiltak handler om at pasienten som allerede er utsatt for sykdom eller plager ikke skal få det verre enn nødvendig ved unødig forverring av sykdommen eller utvikling av kroniske tilstander. Et eksempel her kan være hånddesinfeksjon blant sykehusansatte for å forebygge spredning av smitte (Mæland 2010).

Helsefremmende og forebyggende arbeid går hånd i hånd, og skal skje i samarbeid med de menneskene det gjelder. Dette arbeidet er en prioritet både nasjonalt og internasjonalt, med et felles mål om å gjøre folk i bedre stand til å bedre og ivareta sin egen helse. Faktorer i samfunnet som gir god helse må styrkes, samtidig som de som medfører helserisiko må svekkes. De ulike tiltakene skal omfatte alle mennesker uavhengig av helsetilstand og risiko for sykdom, med et mål om flere leveår med god helse i befolkningen som en helhet, i tillegg til å redusere helseforskjeller mellom etniske grupper, sosiale grupper og mellom kvinner og menn (Mæland 2010).

2.4.1 Ernæring og overvekt

Forskning tyder på at et kosthold med lavere inntak av kalorier er viktigere enn fysisk aktivitet når et overvektig barn skal ned i vekt (Steinsbekk 2012), noe som kan forklares i at det er enklere å begrense energiinntaket via kosten sammenlignet med hvor lenge/hardt en må være fysisk aktiv til samme mengden energi. Et sunt og næringsrikt kosthold vil ha en positiv virkning på barnet i tidlig levealder, og er med på å danne grunnlag for gode kostvaner senere i livet. Fra barnet er rundt 1 år kan det spise omtrent det samme som de voksne. Energibehovet til småbarn er stort, men magen rommer lite volum. Derfor har små barn behov for hyppigere måltider enn voksne, og det anbefales mellom 4-6 måltider daglig. Metthets- og tørstefølelsen hos barn er svært velregulert, og når et barn sier det er mett, så er det trolig fordi det faktisk er mett (Sortland 2016).

Helsedirektoratet (2010a) kommer med ulike anbefalinger til foreldre om hvordan takle at et overvektig barn vil ha mer mat. Dette er et sensitivt og vanskelig tema for foreldrene å kontrollere, og som viser seg å være en av grunnene til vektøkning. Det anbefales at barnet får et glass vann før måltidet for å hjelpe på metthetsfølelsen, å motivere barnet til å spise sakte, gi fiberrike matvarer for bedre metthetsfølelse, og alltid ha grønnsaker tilgjengelig ved måltider. Maten som blir servert bør ikke være for energitett. Barnet er avhengig av at foreldrene setter grenser og begrenser mengden mat, da de selv ikke er i stand til å gjøre dette (Helsedirektoratet 2010a).

2.4.2 Fysisk aktivitet og overvekt

Hippokrates formulerte betydningen av fysisk aktivitet slik: *"Det er ikke nok å spise for å holde mennesket friskt, det må også mosjonere. For på tross av at mat og mosjon har motsatte kvaliteter, arbeider de sammen for å fremme helse"* (Skaug 2016, 315).

Fysisk aktivitet er enhver kroppslig bevegelse som resulterer i en økning av energiforbruk utover hvilenivå, og inkluderer alle former for fysisk utfoldelse (Skaug 2016). Fysisk aktivitet er for mange forbundet med noe «slitsomt», noe som krever mye motivasjon i forkant for å gjennomføre. Endrer vi synet på hva fysisk aktivitet faktisk er ved å få aktivitet inn som en naturlig og positiv del av hverdagen, er vi godt på vei med forebygging. Fysisk inaktivitet representerer en stor helserisiko, og aktivitet har vist seg å ha betydning både når målet er å fremme helse og forebygge sykdom (Skaug 2016, 314-316).

Barna lærer seg tidlig vaner, og legger raskt merke til hva som er lystbetont og ikke. Ved å sette standarden i de tidlige leveår, kan vi bidra til å forebygge inaktivitet og utvikling av overvekt og fedme. At barn er glad i bevegelse, oppfinnsomme og lekne kan utnyttes til det positive, der barnet ubevisst og naturlig velger å være fysisk aktiv i løpet av dagen. Aktivitet i form av lek er sentralt gjennom hele livet. Leken er viktig for et barns fysiske og mentale utvikling, der barnet via leken får erfaringer med sin egen kropp, sosial interaksjon og samtidig lærer hvordan ulike gjenstander og redskaper benyttes. Leken skaper, foruten positive effekter ved å være fysisk aktiv, livsglede og velvære, og er helsefremmende (Skaug 2016, 316).

2.4.3 Sykepleierens forebyggende funksjon

Sykepleiere jobber forebyggende og helsefremmende på flere arenaer. Særlig er dette arbeidet prioritert hos sykepleiere som arbeider på helsestasjon, skolehelsetjeneste og ved kommunale frisklivssentraler (Kristoffersen 2016). Kristoffersen (2016, 198) beskriver

sykepleierens oppgave slik: *"Helsefremmende og forebyggende arbeid er en integrert del av all sykepleie"*.

En helsesykepleier/helsesøster er en sykepleier med videreutdanning mot barn, unge og deres familier, med et helsefremmende og forebyggende fokus som stort sett jobber på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Selv om helsesøsterutdanningene er en videreutdanning av sykepleien, er den generelle sykepleieren likevel av vesentlig grad i det forebyggende arbeidet mot overvekt og fedme blant barn og unge. Vi har derfor valgt og ikke utelukke helsesøstre eller andre sykepleiere med relevante videreutdanninger fra studien vår. Det er blant annet sykepleierens jobb i kontakt med barnefamiliene å bidra til økt kunnskap om en sunn livsstil, å komme med kostholdsråd og oppmuntre til økt fysisk aktivitet. Sykepleieren kan møte barna og deres foreldre i ulike sammenhenger der de må bidra med sin kunnskap om overvekt, fedme og forebygging, noe som krever at sykepleieren holder seg faglig oppdatert på nasjonale retningslinjer og anbefalinger (Sortland 2017).

3.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte som benyttes for å komme frem til ny kunnskap og løse problemer. Metoden er arbeidsverktøyet vi velger som er best egnet til å belyse et spørsmål eller en problemstilling, og er veien vi går for å finne et mål (Dalland 2017). Ifølge Eines (2018) skal bacheloroppgaven i sykepleie være en litteraturstudie, og vi har derfor benyttet denne metoden. En systematisk litteraturstudie tar utgangspunkt i en problemstilling som man besvarer ved å identifisere, velge, vurdere og analysere aktuelle forskningsartikler (Forsberg og Wengström 2015).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da vi foretok de første søkene, så vi raskt at dette var et tema hvor det er foretatt mye forskning. Vi fikk høye tall på treff, og måtte dermed sette inn flere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi valgte å inkludere artikler med sykepleieperspektiv og sykepleierrelevans, og artikler datert etter år 2009. Vi inkluderte alle barn fra 0-18 år og at artiklene skulle være norsk-, svensk-, dansk – eller engelskspråklig. I tillegg inkluderte vi kvalitative artikler og artikler med både kvalitativ og kvantitativ design. Både artikler med publikasjonsnivå 1 og 2 ble tatt med. Vi ekskluderte artikler med pasient- og pårørendeperspektiv, artikler med fokus på voksne, rene kvantitative artikler og review artikler. Artikler med publikasjonsnivå 0 og artikler eldre enn 10 år ble i hovedsak også ekskludert. Flere av inklusjons- og eksklusjonskriteriene kommer tydelig fram i søkehistorikken vår (vedlegg 2).

Vi endte opp med artikler hovedsakelig fra Norden og Europa, men også noe forskning fra andre deler av verden, da forskningen var veldig relevant for vår oppgave. Grunnen til at vi valgte en så bred aldersgruppe fra 0-18 år, var at vi ønsket å belyse viktigheten av forebyggende arbeid gjennom hele barndommen, og på den måten sette lys på hvilke utfordringer, barrierer, sykepleierne og annet helsepersonell møter i kontakt med overvektige barn og unge. På en slik måte får vi et bredere bilde av hvilken type forebyggende arbeid som eksisterer og fungerer, og hva som mangler/burde fokuseres mer på.

3.2 Datainnsamling/litteratursøk

Vi benyttet oss av systematisk litteraturstudie når vi besvarte oppgavens problemstilling. En systematisk litteraturstudie skal gi oversikt over flere artikler om samme emne, og den kjennetegnes ved at den har en omfattende og godt beskrevet søkestrategi der tittelen og formålet med studien er tydelig. En systematisk litteraturstudie skal gi en god oversikt over hva som er finnes om et bestemt emne og hva forskningen sier (Forsberg og Wengström 2015).

Ut ifra temaet og det vi begge var interessert i å undersøke med denne litteraturstudien formet vi en hensikt som grunnlag for vår søkestrategi. Vi fylte fra starten av ut et PICO-skjema som skulle hjelpe oss å systematisere søkingen vår (vedlegg 1). Hensikten gjorde vi om til en problemstilling for å kunne bruke dette i PICO-skjemaet. PICO er en måte å dele opp spørsmålet, altså problemstillingen, på, slik at det blir strukturert på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2017). PICO er en forkortning av ordene: *Patient/Problem, Intervention, Comparison* og *Outcome* (Nortvedt et al. 2017). I vår problemstilling skulle vi ikke sammenligne noe, og vi brukte derfor ikke *C-comparison* i søkingen. Undervisningen vi hadde med bibliotekar hjalp i å finne og plassere egnede søkeord i vårt PICO-skjema (vedlegg 1).

Søkene våre ble begrenset med bruk av de boolske operatorene "AND" og "OR" og ved trunkering av søkeord. Trunkering betyr å søke på stammen av et ord, derav det engelske ordet *trunk* som betyr stamme (Nortvedt et al. 2017). Et eksempel er ordet *nurse*. Ved å søke *nurs**, kunne vi inkludere å få treff på artikler med ulik bruk av ordet, eksempelvis *nurse*, *nursing* og *nurses*. For å kombinere søkeord benyttet man "AND" for å avgrense søkene til å inneholde flere av de utvalgte søkeordene. "OR" benyttes for å utvide søket til å kunne inneholde ulike alternative søkeord (Nortvedt et al. 2017).

3.2.1 Beskrivelse av søkene

I vedlegg 2 presenteres en oversikt over vår søkehistorikk fra databasesøkene.

Søk i Ovid Nursing 20. september 2019

Søkeord som ble brukt var: *Body weight** med alternativene *overweight** og *obesity**. *Prevent** med alternativene *avoid*, *limit* og *stop*. *Nurs**.

Vi la inn begrensningene: artikler publisert mellom 2009 til dags dato, alle småbarn (0-23 måneder), alle barn (0-18 år) og at artiklene skulle være dansk-, engelsk-, norsk-, eller svenskspråklig. I tillegg søkte vi med begrensning på alle artikler utgitt siste 10 år. Søket vårt ga 54 treff. Vi leste 12 sammendrag, 5 hele artikler og vi valgte å bruke 1 artikkel, artikkel nummer 8 (vedlegg 2).

Søk i ProQuest 5. oktober 2019

Søkeord som ble brukt var: Overweight med alternativene obes*, weightgain* og weightproblem*. Child* med alternativene youth*, kid* og adolescent*. Prevent* med alternativene avoid* og stop*. Nurs*. Qualitative*. Vi la inn begrensningene: artikler publisert fra 2009 til dags dato, de skulle publisert i vitenskapelig tidsskrift, det skulle være artikler og skulle være utgitt på språkene dansk, engelsk, norsk eller svensk. Søket vårt ga 230 treff, 34 sammendrag og 22 artikler ble lest, hvor hele 8 artikler ble inkludert, artikkel nummer 1, 2, 3, 4, 5 ,6 ,9 og 10 (vedlegg 2).

Søk i ProQuest 14. oktober 2019

Søkeord som ble brukt var: Overweight med alternativene obes* og weightgain. Preven* med alternativene avoid og prohibit. Nurs* med alternativet health professional*. Vi la inn begrensningene: Artiklene skulle være utgitt i vitenskapelig tidsskrift, avhandlinger eller rapporter, men *ikke* aviser, trådmater, magasiner eller bøker. Artiklene skulle være utgitt imellom 2009 og 2020, inkludere alle barn mellom 1 mnd og 18 år. Være utgitt på dansk, engelsk, norsk eller svensk. Søket ga 7780 treff, 25 sammendrag og 11 artikler ble lest, hvorav 1 artikkel ble inkludert, artikkel nummer 7 (vedlegg 2).

I starten benyttet vi oss av å søke om forebyggende arbeid kun fra et sykepleiersperspektiv, men etter hvert forsøkte vi også å inkludere helsepersonell, da vi så at flere av artiklene som kom opp var studier gjort hos flere helsepersonell samtidig, der sykepleierne var en del av en større studie. Likevel fant vi flest aktuelle artikler i søk uten bruk av helsepersonell i søket. Vi gjorde en rekke prøvesøk i ulike databaser. Treff vi fikk i søkedatabasene Medline, SweMed+, CINAHL og British Nursing Index ble etter hvert utelukket som inkluderte artikler, men noen artikler i Medline ble funnet aktuelle å kunne bruke i resultatdiskusjonen. De mest relevante artiklene ble funnet i søkedatabasene ProQuest og Ovid. Her fant vi svært mange relevante og gode artikler for problemstillingen vår, der den største utfordringen var å utelukke hvilke artikler vi ikke skulle bruke. Til slutt endte vi opp med 10 artikler som vi mener godt belyser, og besvarer,

problemstillingen vår på en bred og informativ måte (vedlegg 3). Nærmere beskrivelse av søkestrategi er vedlagt (vedlegg 2).

3.3 Kvalitetsvurdering

"The medical literature can be compared to a jungle. It is fast growing, full of dead wood, sprinkled with hidden treasure and infested with spiders and snakes". -Peter Morgan, Scientific Editor, Canadian Medical Association (Nortvedt et al. 2013).

Søkemotoren Oria var nyttig å bruke når vi ville undersøke om de ulike artiklene var fagfellevurderte. Ved søk på artikkeltitlene, kom det tydelig frem på treffene i Oria om artiklene var utgitt i et fagfellevurdert tidsskrift, noe som ikke kom klart frem i de andre søkemotorene vi benyttet oss av.

Nortvedt et al. (2013) forklarer viktigheten av å gjøre kvalitetsvurdering av artikler selv om de er publiserte i vitenskapelige tidsskrifter. De forklarer videre at selv om en artikkel har gjennomgått peer review/fagfellevurdering, skal man likevel vurdere den metodiske kvaliteten, gyldigheten, resultatene og om artikkelen er overførbar til vår kontekst.

Ulike studiedesign krever ulike kontrollspørsmål (Nortvedt et al. 2013). Som sjekkliste valgte vi å bruke standardisert sjekkliste på Helsebiblioteket (2016a) for artiklene våre innenfor studiedesignet kvalitativ forskning. 2 av artiklene (nr. 6 og 9) har en såkalt "mixed-method" med både kvantitativ og kvalitativ design. Vi ønsker ut ifra hensikten med vår litteraturstudie å høste erfaringer og har derfor valgt å bruke den kvalitative delen av disse studiene. Hvis man svarer nei på et av de 2 første spørsmålene i sjekklisten bør man vurdere å legge fra seg artikkelen (Helsebiblioteket 2016a). Ingen av de inkluderte artiklene våre fikk nei på de 2 første spørsmålene. 6 av våre artikler hadde positivt svar på 10 av 10 spørsmål i sjekklisten og 4 artikler hadde 9 av 10 positive svar. Vurderingen av hver enkelt artikkel kommer frem i vedlegg 3.

Som en del av kvalitetsvurderingen valgte vi og ekskluderte artikler som ikke var nivå 1 eller 2. Vi brukte register over vitenskapelige publiseringskanaler til å søke på de aktuelle tidsskriftene som våre inkluderte artikler var utgitt i (Norsk senter for forskningsdata 2019). Ved å søke i registrene fant vi ut at 8 av våre inkluderte artikler er utgitt i et nivå 1 tidsskrift og 2 var utgitt i et nivå 2 tidsskrift. Vi valgte også å ikke ta med artikler som var for gamle for å minimere sjansen for å bruke utdatert forskning. Vår eldste artikkel, som vi fant i forbindelse med prøvesøk er fra 2006 (nr. 5), men ble vurdert som aktuell. De resterende 9 artiklene er fra 2011 og nyere. Med denne kritiske kvalitetsvurderingen, satt vi igjen med 10 gode, relevante artikler som ga svar på problemstillingen vår.

3.4 Etisk vurdering

Etiske prinsipper er ivaretatt under vurdering av artiklene, dette kan ses mer nøyaktig i oversikt over artiklene (vedlegg 3). Lov om medisinsk helsefaglig forskning ble vedtatt i 2008, og har som formål å fremme etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning på en god måte. I §5 står det om forsvarlighet at medisinsk og menneskelig forskning blant annet skal ivareta etiske og personvernmessige forhold. Videre står det følgende: *"hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser"* (Helseforskningsloven § 5, 2008).

Helseforskningsloven skal med andre ord sikre at det i Norge følges visse krav til forskning, der de forskningsetiske retningslinjene skal ivaretas. Etiske overveielser handler likevel om mer enn at regler følges. Etikken er normene for riktig og god livsførsel, og i dagliglivet skal etikken hjelpe oss med veiledning og gi grunnlag for vurderinger før vi tar en avgjørelse og handler. Dette er den grunnleggende etikken vi alle mennesker har i oss, men det er likevel ikke slik at vi skiller mellom dagliglivets etikk og forskningsetikk. Forskjellen er området etikken blir anvendt på, der forskningsetikken har med vurderinger i forhold til samfunnets normer og verdier å gjøre. Den etiske vurderingen skal her omfatte alle sider av forskningen, både når det gjelder planlegging, problemstilling, hvilke metoder som skal brukes, og hvordan resultatene blir anvendt og rapportert. Personvernet skal ivaretas, der de deltagende i forskningen ikke skal bli påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland 2017).

Alle våre artikler var, av ulik grad, etisk vurderte. I artiklene så vi etter om deltakerne var tilstrekkelig informert om studien de skal delta i og det er basert på frivillighet og samtykke. Vi så også etter om deltakernes personvern var ivaretatt ved at opplysninger var anonymisert. De fleste anga detaljert hvor artiklene var etisk godkjente, og noen oppga detaljer om hvordan personvernet til deltagerne ble ivaretatt. Artiklene vi har brukt mener vi er tilstrekkelig etisk vurderte, og de er av den bakgrunn tatt med i oppgaven vår. Forebygging av overvekt og fedme blant barn og unge er et sensitivt tema, og det er lett å bli styrt av følelser og egne meninger. Dette har vi vært bevisste under arbeidet, og vi har fokusert på å holde oss nøytrale og ikke la oss påvirke av hverken egne tanker og meninger, eller av bestemte meninger ut fra forskningsartikler og litteratur.

3.5 Analyse

Ifølge Evans (2002) er det viktig å jobbe systematisk når man skal utarbeide en syntese av data man har samlet inn. Vi har benyttet oss av Evans` (2002) fire faser som er en metode for å samle inn og analysere data.

I fase 1 samles data/artikler inn ut ifra inklusjonskriteriene ved hjelp av aktuelle søkedatabaser (Evans 2002). Vi brukte hensikten i litteraturstudien vår som utgangspunkt for søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier og kvalitetsvurderte funnene våre. Vi sto til slutt igjen med 10 artikler som skulle være med på å besvare problemstillingen vår.

I fase 2 skal artiklene leses nøye for å skaffe helhetlig oppfattelse av innholdet og nøkkelfunn skal identifiseres (Evans 2002). Våre utvalgte artikler ble lest gjennom nøye og vi satt opp vår egen sammenfatning av funnene. Vi diskuterte sammenfatningene for å bli enige om at nøkkelfunnene samsvarer med det vi har oppfattet hver for oss. Flere nøkkelfunn ble tidlig klart for oss begge, som for eksempel sykepleiernes ulike erfaring med forebygging av fedme og en rekke barrierer som gjorde arbeidet deres utfordrende i forskjellig grad (vedlegg 3).

I fase 3 skal hovedtemaene og undertemaene identifiseres og settes opp i grupper. Artiklene sammenlignes på tvers for å indentifisere felles nøkkelfunn, innholdet tolkes og forbindelser identifiseres (Evans 2002). Nøkkelfunn fra de ulike artiklene ble i første omgang identifisert og satt opp i sammendraget vi skrev fra de enkelte artiklene, så ført inn i artikkeloversikten (vedlegg 3). Deretter lagde vi en analysetabell hvor vi delte inn nøkkelfunn i kategorier og underkategorier (vedlegg 4). På denne måten fikk vi en god oversikt over nøkkelfunnene og hvilke av de som gikk igjen på tvers av artiklene. Et par av artiklene skilte seg ut med nøkkelfunn som ikke gikk igjen i de andre, men vi vurderte de likevel som aktuelle grunnet en noe annen vinkling som kunne være til hjelp i å svare på problemstillingen vår.

I fase 4 beskrives et fenomen som identifiseres ved hjelp av temaene og funnene gjort i artiklene (Evans 2002). Her brukte vi hovedtemaene og nøkkelfunn til å lage en syntese som beskrives i resultatdelen.

4.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å jobbe med forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge. I resultatdelen har vi tatt for oss de 10 inkluderte forskningsartiklene hvor vi presenterer funn fra disse delt opp i 4 ulike underkategorier.

4.1 Sykepleiernes erfaring med å jobbe fedmeforebyggende

Flere av studiene påpekte at sykepleierne synes det forebyggende arbeidet mot overvekt og fedme hos barn og unge var spennende og viktig (Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Sandberg et al 2011 & Powell et al. 2017). De fleste viste interesse for arbeidet, og praktiserte forebyggende tiltak i daglig praksis ved eksempelvis form av videreføring av råd om ernæring og fysisk aktivitet (Bonde et al. 2014; Helseth et al. 2017; Isma et al. 2012; Larsen et al. 2006; Laws et al. 2015; Morrison-Sandberg et al. 2011; Powell et al. 2017; Robinson et al. 2012; Thorstensson et al. 2017).

"Why do I enjoy it? I think because you are giving people information for their own health and you're trying to get it so they understand what is wrong with them...so that they can help look after themselves...and I think that's giving people pride or independence back to them (Nurse 4, rural)." (Robinson et al. 2013, E296)

På tross av at flere til daglig praktiserte forebyggende tiltak ved generelle kostråd og råd om fysisk aktivitet, var det gjennomgående i studien vår at sykepleierne følte de manglet tilstrekkelig med kunnskaper om temaet, noe som gjorde at de kjente på en lav selvfølelse som hindret de i å ta tak i selve problemet (Bonde et al. 2014; Helseth et al. 2017; Isma et al. 2012; Laws et al. 2015; Morrison-Sandberg et al. 2011 & Robinson et al. 2012).

"I think assessing children`s diets and the children`s BMI...would actually be quite good (to have) a bit more background and knowledge about that as well...healthy eating recommendations for children...physical activity recommendations...and then perhaps some strategies to encourage families to adopt healthy lifestyles as well" (Nurse 7, metro) (Robinson et al. 2012 E298)

Den lave selvfølelsen og mangelen på kunnskap gjorde videre at kommunikasjonen ble til en stor utfordring, der de manglet gode metoder for å kommunisere med og motivere

foreldrene og barna til livsstilsendringer (Bonde et al. 2014; Gerards et al. 2012; Laws et al. 2015 & Robinson et al. 2012). Et annet interessant funn i enkelte av studiene viste at sykepleierne med flere års erfaring var tryggere i kommunikasjonen med foreldrene enn de som var nyutdannede eller med lite erfaring i praksis (Larsen et al. 2006 & Robinson et al. 2012).

4.2 Sykepleieres opplevelse av barrierer

4.2.1 Sykepleierens arbeidsplass og samfunnets holdninger

I 4 av studiene (Gerards et al. 2012; Helset et al. 2017; Isma et al. 2012 & Morrison-Sandberg et al. 2011) ble det påpekt at samfunnets holdninger, og derfor også deres holdninger som sykepleiere, til overvekt generelt var endret, ved at det har blitt mer sosialt godtatt å ha noen kilo ekstra på kroppen. Dette gjorde at sykepleierne følte de var så vant til å se overvektige barn og unge, at de ikke vektla det som et like stort problem lengre. På arbeidsplassen møtte sykepleierne barrierer i form av mangel på tid (Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Morrison-Sandberg et al. 2011; Powell et al. 2017 & Robinson et al. 2012), tilgjengelige ressurser (Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Larsen et al. 2006; Morrison-Sandberg et al. 2011 & Powell et al. 2017), manglende oppfølgingstilbud (Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Morrison-Sandberg et al. 2011 & Powell et al. 2017) og endring av samfunnets holdninger i forhold til hva som er samfunnsmessig akseptert som normalvekt/overvekt (Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017 & Morrison-Sandberg et al. 2011). I noen av studiene var et av nøkkelfunnene manglende prioritering på skolesykepleierens arbeidsplass, der skoleledelsen så det problematisk å ta barn ut av skoletimen og sykepleierne følte seg presset til å prioritere andre oppgaver (Morrison-Sandberg et al. 2011 og Powell et al. 2017).

"I think time is a bit of a barrier...sometimes it would be nice to have a little bit more time particularly with some patients that have more issues...you're constricted with time and the busyness of the practice...(Nurse 7, metro)." (Robinson et al. 2012, E296)

I et eksempel fra Gerards et al. (2012) ble det lagt frem observasjoner om at enkelte av barna som sykepleierne refererte til som normalvektige, faktisk var i kategorien fedme. Samme tankegangen ble presisert i studien til Isma et al. (2012), der sykepleierne i studiet fra Sverige blant annet uttrykte at innbyggerne i landet på generell basis har blitt

tyngre, og at de barna som tidligere ble ansett for å være normalvektige i dag blir ansett for å være tynne.

"I've thought about this regarding to BMI. One talks about it a lot nowadays. How good is it actually? I look at the children here, and one sees a lot of quite nice children. Their BMI is high, but when I look at them, I can't see that they are bodily obese. They are big." (Isma et al. 2012, 4).

Det samme endrede inntrykket av overvekt ble støttet opp av studien til Thorstensson et al. (2017, e254): *"The eye can cheat you; I can be surprised when I measure BMI and detect obesity, and the eye may have seen something different."*

4 av studiene påpekte at sykepleierne synes det var vanskelig å jobbe etter gjeldende retningslinjer grunnet personlig uenighet med eksempelvis målene for KMI (Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Larsen et al. 2006 & Laws et al. 2015).

I studien fra Norge (Helseth et al., 2017) uttrykte sykepleierne skepsis til retningslinjene i forhold til utrekning av KMI, i den bakgrunn at sykepleierne mente flere ting måtte tas hensyn til når en klassifiserer et barn for overvektig eller ei, som hvor godt trent barnet er med tanke på muskelmasse:

"Of course, we just measure the kilos. But we don't measure whether this is muscles or fat. And it's clear that those who play handball three to four days a week, they're solid muscle. Both boys and girls can often be quite solid, right? And we don't take that into account, So I think it's actually quite difficult, those who I know train on four to five days a week. Because they aren't overweight in that sense, they're, well...it's muscles." (Group 2) (Helseth et al. 2017, 4719)

Laws et al. (2015, 5) påpekte det samme i sin studie: *"I don't look at them (growth or BMI charts) all that much because it doesn't take into effect their race, the parents' size og anything like that" (nurse 2).*

Barrierene på arbeidsplassen og på det samfunnsmessige plan gjorde det forebyggende arbeidet til sykepleierne utfordrende. Flere av studiene påpekte samtidig at sykepleierne følte de satt på en stor ansvarsbyrde (Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Morrison-Sandberg et al. 2011; Powell et al. 2017 & Thorstensson et al. 2017).

4.2.2 Møte med familien en barriere

I studien vår kom vi over flere artikler som vektla manglende ressurser hos familiene som en barriere (Isma et al. 2012; Larsen et al. 2006; Morrison-Sandberg et al. 2011 & Robinson et al. 2012). Manglende ressurser var enten økonomiske barrierer som gjorde oppfølgingen vanskelig, eller barrierer i form av at det ikke bare var barnet som var overvektig, der hele familien praktiserte en usunn livsstil. Sykepleierne møtte i tillegg store barrierer i møte med foreldrene i form av motstand og benektelse av overvektsproblematikken, og derav en manglende forståelse for nødvendigheten av en livsstilsendring (Bonde et al. 2014; Gerards et al. 2012; Isma et al. 2012; Robinson et al. 2012 & Thorstensson et al. 2017).

Selv om sykepleierne praktiserte råd og veiledning, møtte de likevel motstand. Her med et godt eksempel fra studien til Laws et al. (2015, 8) :

"And I do say it is recommended by the experts...that kids don't have screens before the age of two, and the parents just sort of gawk at you and they just go «Really? What am I supposed to do with them then?» It's kind of like, «I don't know, interact with them maybe, read them a book, go to the park, go for a walk», you know, just sort of give them alternatives, Again, you can see them going «Yeah right» (nurse 16)"

Eksempelvis benektet ofte foreldrene at barnet deres var overvektig ved å bruke unnskyldninger som at barnet hadde normalt "valpefett" (uttrykk) som det kom til å vokse av seg i senere tid (Isma et al. 2012), eller at foreldrene ikke innså alvorligheten av at barnet var overvektig i tidlig alder (Gerards et al. 2012). I artikkelen til Thorstensson et al. (2017) snakket de om utfordringer knytt til at foreldrene selv var eller hadde vært overvektige, der foreldrene derfor mente det ikke ville fungere for barnet å gå ned i vekt når de som foreldre ikke klarte det selv. I samme artikkelen hadde foreldrene i studien uttrykt bekymring rundt om barnet kunne utvikle spiseforstyrrelser hvis det ble for mye fokusert på barnets overvekt. Mangel på tid blant foreldrene til å lage sunne, hjemmelagede matretter ble av Larsen et al. (2006) påpekt som en annen stor utfordring hos familiene, der løsningen ofte ble raske ferdigretter fra fast-food restauranter o.l. Et av hovedfunnene i studien til Larsen et al. (2006), var barrieren mangel på kunnskap om overvekt og fedme i kombinasjon med en manglende motivasjon blant foreldrene til å foreta livsstilsendringer. Isma et al. (2012, 5) støtter dette, med et utsagn fra sykepleierne som omhandlet hvor vanskelig det er å hjelpe barnet når foreldrene ikke er villig til endring:

"You cannot help anyone who does not want to be helped. In the beginning the child is protected by the parents. But, the parents will realize the problem sooner rather than later. They will return... (1:18)."

4.3 Opplevelse av utilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter

Flere studier påpekte manglende kommunikasjonsferdigheter (Bonde et al. 2014; Gerards et al. 2012 & Laws et al. 2015), og flere testet i den sammenheng ut bruken av motiverende intervju i samtaler med barna og foreldrene (Bonde et al. 2014; Robinson et al. 2012; Thorstensson et al. 2017), noe som ga svært positive resultater i samtaler med barna og foreldrene, i tillegg til en styrket selvfølelse hos sykepleierne. Studiene påpekte at sykepleierne ofte videreførte kunnskap og informasjon, men at de likevel ikke følte foreldrene og barnet tok til seg informasjonen. De savnet derfor kommunikasjonsmetoder som faktisk førte til en atferdsendring. Her med et eksempel fra Laws et al. (2015, 10):

"It's one thing to have some knowledge and it's a totally different thing to actually apply it in your life. It's something about not just informing or giving knowledge, but how do you actually do it in ways that people will then integrate it? (nurse 15)."

Dette støttes opp av studien til Thorstensson et al. (2017, e255): *"To motivate parents and encourage possibilities, you must build on what they have and strengthen it, find out if there are any obstacles, where and how important these obstacles are".*

4.4 Sykepleierne i en nøkkelposisjon

Samtlige artikler i studien vår belyste at sykepleierne er i en nøkkelposisjon i forhold til forebyggende arbeid hos barn og unge (Bonde et al. 2014; Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Isma et al. 2012; Larsen et al. 2006; Laws et al. 2015; Morrison-Sandberg et al. 2011; Robinson et al. 2012 & Thorstensson et al. 2017). Sykepleiere jobber i et bredt spekter, der de er i tidlig kontakt med småbarnsfamilier enten det er på sykehus, på helsestasjon eller i skolene. Sykepleierne har en gylden mulighet til å tidlig bidra med kunnskap og råd, og på den måten veilede foreldrene og barna mot en sunn livsstil (Bonde et al. 2014; Gerards et al. 2012; Helseth et al. 2017; Isma et al. 2012; Larsen et al. 2006; Laws et al. 2015; Robinson et al. 2012; Thorstensson et al., 2017).

Laws et al. (2015, 6) poengterer viktigheten av at sykepleiere snakker med foreldrene om overvekt når muligheten er der, noe som støtter tanken om at sykepleiere fra ulike arenaer kan jobbe forebyggende mot vektproblematikken: *"It is a priority, definitely...it needs to be mentioned any time when the parent comes in because you and I know that`s going to affect their child`s development. So it`s really important for them to be getting the right sort of nutrients (nurse 11)".*

Studien til Laws et al. (2015, 6) viser hvordan sykepleierne sitter på en god mulighet til å bidra med råd og veiledning om hvordan tolke barnets sult og metthetssignal og bidra til et sunt forhold til ernæring:

"...we do see a lot of kids from four to five months starting to show that great interest in food and wanting to eat...So we have to sort of treat every child as an individual...So we can`t say six months 100% for every child (nurse 9)" (Laws et al. 2015, 6).

Via helsestasjoner starter sykepleiernes kontakt med foreldrene og deres nyfødte barn, der de kanskje følger barnas utvikling gjennom flere år. Barna er videre gjennom skolehelsetjenesten oppfulgt av sykepleiere og helsesøstre som er i posisjon til å bidra positivt med fedme-forebyggende arbeid blant barn og unge.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjon ser vi kritisk på fremgangsmåten vi har hatt i litteraturstudiet og vurderer styrker og svakheter i inklusjons- og eksklusjonskriteriene, datasamlingen, litteratursøket, den etiske vurderingen og analysen. Gjennom oppgaven benevner vi ofte sykepleierne som skolesykepleiere og helsesykepleiere. I Norge kreves som regel en videreutdanning som helsesykepleier for å kunne inneha de stillingene som går igjen i artiklene. Artiklene våre er hentet fra flere ulike land og kravene der kan være annerledes enn våre, så av den grunn benevnes sykepleierne ut ifra en oversettelse av benevnelsen i forskningsartiklene.

5.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Alle artiklene i litteraturstudien vår har et sykepleieperspektiv og vi ser dette som en styrke da perspektivet er likt og studiene kan lettere sammenlignes. Vi valgte å inkludere artikler datert fra 2009 og nyere, selv om at et av prøvesøkene resulterte i en artikkel skrevet i 2006 (artikkel nr. 5). Denne artikkelen vurderte vi likevel som relevant da nøkkelfunn så ut til stemme overens med flere av artiklene med nyere dato. Styrken ved å inkludere artikler av nyere dato er selvsagt at nyere forskning er mest oppdatert og tidsaktuell. Likevel kan eksklusjon av artikler med eldre dato gjøre at vi går glipp av gode artikler med funn som fortsatt er aktuelle og som kanskje ikke er blitt gjort nyere forskning på. Mengden av nyere forskning som kan besvare vår problemstilling avgjorde at vi kunne forsvare å legge hovedtyngden på forskning av nyere dato.

Siden litteraturstudie vårt skulle handle om forebygging hos barn, valgte vi å inkludere treff med barn fra 0-18 år. Vi ønsket å belyse viktigheten av forebyggende arbeid overfor barn gjennom hele oppveksten og så derfor denne inklusjonen som en styrke. Det kunne på en annen side føre til sprikende funn siden forebyggende arbeid overfor spebarn gjøres på en helt annen måte enn f.eks. hos barn i ungdomskolen. Vi kunne likevel se flere fellesnevner og valgte derfor ikke å snevre det inn ytterligere. Vi inkluderte artikler med publiseringsnivå 1 og 2, noe som ifølge helsebiblioteket (2012) viser at artiklene er utgitt i tidsskrift som har artikler med god kvalitet innenfor målområdet, noe vi mener er en styrke i studien vår. Vi ekskluderte artikler med publiseringsnivå 0, som ikke er innenfor målområdet. Styrken i dette er at vi da utelukker artikler som muligens ikke oppfyller

kravet til kvalitet, men svakheten kan ligge i å gå glipp av gode artikler som kunne ha vært publisert i tidsskrifter av høyere nivå.

Vi ekskluderte pasient- og pårørendeperspektiv og mener dette en styrke i forhold til hensikten ved litteraturstudien. Ved å ekskludere review artikler sørget vi for at vi hadde førstehåndsinformasjon direkte fra originalartikler. Hadde vi likevel brukt tid til å studere review artikler, kunne vi ha funnet gode originalartikler fra referansene hvis selve review artikkelen var relevant. Kvalitative og mixed-method artikler ble inkludert, og siden vi valgte å bruke den kvalitative delen av mixed-method artiklene fikk vi resultater i form av erfaringer, noe som hensikten av litteraturstudien dreier seg om. Dette ser vi på som en styrke. Å ekskludere kvantitative artikler kan medføre å glipp av store studier hvor man for eksempel kan se tall på hvilke erfaringer som går igjen hos mange, dette kan sees som en svakhet i studien.

Foruten de nevnte inklusjons- og eksklusjonskriteriene endte vi opp med artikler fra hovedsak europeiske land, samt noen andre land med vestlig kultur, som USA og Australia. Styrken slik vi ser det er at man kan høste kunnskap og erfaringer fra land med lignende kultur som vår egen. Det er på en annen side ikke sikkert at funnene er direkte overførbare til det norske forhold da faktorer som oppbyggingen av helsetjenestene, andel fattigdom, tilgang på ressurser og utdanning ikke nødvendigvis er direkte overførbart fra andre land.

5.1.2 Datainnsamling/litteratursøk

Vi så tidlig nytten av å bruke PICO-skjema for å systematisere søkingen vår (Nortvedt et al. 2017). Styrken i dette var at søkingen ble systematisk og ga oss en god oversikt som gjorde det enklere å velge riktige søkeord. Søkeordene våre ga rikelig med treff og vi erfarte at de ga særlig mange treff ved søk i ProQuest. For å sikre oss artikler som var velegnet til å løse vår problemstilling valgte vi å bruke flere begrensninger som årstall for utgivelse, alder under 18 (barn), utgivelsesspråk og vitenskapelig tidsskrift. I de fleste tilfellene var dette en styrke som begrenset treffene til mest mulig aktuelle artikler. På en annen side opplevde vi at å begrense for mye i ProQuest førte til at vi fikk flere tusen treff mer enn hvis vi begrenset bare det aller mest nødvendige. Det ene søket ga oss nærmere 8000 treff og opplevde det som vanskelig å finne relevante artikler blant så mange treff, noe som var en svakhet i studien. Vi valgte likevel å gå igjennom en del artikler og fant en av de aktuelle på de første sidene av søketreff.

Det andre søket i ProQuest hvor begrensningen var mindre, fikk vi et mer fornuftig treff på i overkant av 200, hvor hele 8 av artiklene ble inkludert. Her så vi det som en styrke av treffene ble mer presise og ga mange aktuelle artikler. Ovid ga en god del mindre treff med samme søkeord og begrensninger og førte også til færre inkluderte artikler. I søkedatabasene Medline og CINAHL fant vi artikler som kunne brukes i diskusjonsdelen av studien, noe vi ser på som en styrke i studien. Vi så fordelene ved å trunkere ordene, slik at flere mulige måter å bruke ordet på ble tatt med i søket (Nortvedt et al. 2017). I etterkant ser vi at trunkering har blitt brukt uhensiktsmessig enkelte plasser, for eksempel i søket på ovid, hvor vi har trunkert ordet *obesit**. Denne trunkeringen utelukker blant annet ordet *obese*, et svært aktuelt søkeord. Dette er en svakhet i studien vår.

En endring som ble gjort underveis var å inkludere helsepersonell i tillegg til sykepleiere. En potensiell svakhet i denne endringen var å inkludere for mange andre typer helsepersonell som ikke kunne relateres til sykepleieren. Vi så derimot at dette heller ble en styrke da de aller fleste av studiene som inneholdt helsepersonell, direkte kunne relateres til sykepleieren. Søkene våre og en god del av prøvesøkene våre ble lagret. Dette var en styrke i litteraturstudien vår, da det var lett å gå tilbake til søkene for å ta opp igjen tråden i arbeidet.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Studiene ble som anbefalt kontrollert opp mot sjekklister for å bruke en anbefalt kvalitetsvurdering (Helsebiblioteket 2016a), noe som kan sees som en styrke i arbeidet. At samtlige artikler hadde minst 9 av 10 spørsmål med positive svar ser vi på som et kvalitetstegn og en styrke i studien vår. En potensiell svakhet kan ligge i at vi som forfattere har liten erfaring med bruk av sjekklister og valg av riktig sjekklister. Vi kontrollerte at artiklene var bygd opp etter IMRAD-prinsippet (**I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat og **D**iskusjon) (Nortvedt et al. 2017), at artiklene var utgitt på nivå 1 eller 2 tidsskrift, at studiene var fagfellevurdert og om studiene selv opplyste hvor de har fått godkjenning fra. Dette ser vi på som en styrke i kvalitetsvurderingen. Sammendrag av alle artiklene ble fylt inn i artikkeloversikten (vedlegg 3), et hjelpemiddel som gjorde det oversiktlig å se hoved essensen i artikkelen og svarer på flere av spørsmålene i sjekklister for kvalitetskontroll (Helsebiblioteket 2016b).

5.1.4 Etisk vurdering

Ikke alle av våre inkluderte artikler inneholdt en egen del om etisk vurdering eller omtaler etisk vurdering direkte. Dette kan vurderes som en svakhet i litteraturstudien. Størsteparten av artiklene hadde en slik vurdering. Vi studerte nøye artiklene hvor dette

ikke var direkte omtalt og så etter andre tegn til etisk vurdering, noe som vi mener veier opp for disse manglene i artiklene. Om hvor godt deltakerne var informerte om studien på forhånd, at deltakerne var anonyme, hvordan lydopptak ble oppbevart og at deltakelsen spesifiseres som frivillig var noe av det så etter. Vi har tatt med den etiske vurderingen i artikkeloversikten (vedlegg 3).

5.1.5 Analyse

Ved å bruke de fire fasene til Evans` (2002) som en metode for å samle inn og analysere data styrker vi litteraturstudien og jobber systematisk. Størsteparten av jobben gjorde vi hver for oss. På denne måten kan tenkes av vi gikk glipp av mer direkte tilbakemelding, mer inngående diskusjoner og andre fordeler med å sitte i samme rom. Mye kan løses over telefon og meldinger, men samspillet blir ikke samme som å sitte i samme rom. På en annen side var vi begge forfatterne enige om at vi jobber aller best med ro rundt oss. Vi bor også et godt stykke unna hverandre og sparte mye tid på reising da vi valgte å samarbeide med digitale hjelpemiddel. Bruken av en analysetabell (vedlegg 4) ga oss en god oversikt over tema og funn som gikk igjen på tvers av oppgaven og fungerte som et godt hjelpemiddel for oss i litteraturstudiet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Viktigheten av kunnskap og erfaring

I nesten alle av studiene kom det frem at sykepleierne hadde stor interesse for å jobbe forebyggende mot overvekt og fedme og praktiserte tiltak som kostholdsråd og råd om fysisk aktivitet i det daglige arbeidet. Helsedirektoratet ga i 2010 ut nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. De opplyser at: *"Formålet med retningslinjene er å sikre faglig forsvarlig arbeid med overvekt- og fedmeproblematikken i primærhelsetjenesten og bidra til et godt samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten. Retningslinjene viser også nødvendigheten av samarbeid på tvers av sektorer (2010)".* Retningslinjene gjør blant annet rede for både utredning og anbefalte tiltak og er tilgjengelig for alle.

Litteraturstudien vår viste dog et gjennomgående problem at sykepleierne følte de manglet tilstrekkelig kunnskap om forebygging og håndtering av overvekt og fedme hos barn og unge. Kunnskapen sykepleierne manglet var generelt om overvekt og fedme, om hvordan gå frem i behandlingen og kunnskap om hvordan kommunisere med foreldrene og barna om et så sensitivt tema som barnefedme er, og hvordan de kunne kommunisere på måter som faktisk førte til atferdsendring.

I Norge var det få studier å finne om temaet. Studien til Helseth et al. (2017) er den eneste studien vi har med fra Norge. Funnene fra denne studien indikerer ikke mangel på kunnskap blant sykepleierne, men drar frem problemer som manglende ressurser, ansvarsbyrde og skepsis til retningslinjene. I tillegg var et av nøkkelfunnene at temaet var svært sensitivt å jobbe med. De poengterte i studien at flere kunne ha BMI på over 25, som ifølge retningslinjene tilsa overvekt, men der sykepleierne mente den ekstra vekten var grunnet muskler fra treningsaktiviteter barnet deltok i.

Et nøkkelfunn i over halvparten av studiene var at sykepleierne følte de manglet tilstrekkelig kunnskap om overvekt og fedme, noe som medførte lav selvtillit og problemer med å kommunisere dette videre på en måte som motiverte til livsstilsendring. Det kommer ikke tydelig frem i studiene hvilke konkrete kunnskaper sykepleierne føler de mangler. I studiene til Larsen et al. (2006) og Robinson et al. (2012) ser vi at sykepleiere med lang erfaring følte seg tryggere i å kommunisere med foreldrene om dette sensitive temaet enn de med lite praksiserfaring. Dette funnet er viktig å ta med seg inn i vår egen arbeidshverdag, der vi må tenke på hvordan vi kan løfte vår egen kunnskap og kompetanse i arbeidet. Ved å belyse at kunnskapen om overvekt og fedme blant barn og

unge er mangelfull blant sykepleierne, vil det kunne bevisstgjøre sykepleiere i fremtiden til å interessere seg mer for det forebyggende arbeidet og ved det tilegne seg den kunnskapen og kompetansen som er nødvendig for at sykepleierne skal bli tryggere i arbeidet.

5.2.2 Betydningen av å ha sykepleiere i riktige posisjoner

I alle våre inkluderte studier belyses det i ulik grad at sykepleierne sitter i ulike arenaer og er i en nøkkelposisjon til å drive med forebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Et overtall av de inkluderte studiene påpeker også at sykepleierne jobber i et bredt spekter av arenaer hvor de sitter på en gylden mulighet til tidlig å bidra med kunnskap og råd og veilede foreldre og barn til en sunnere livsstil. Forebyggende arbeid praktiseres i både i kommunene og spesialisthelsetjenesten, der blant annet samhandlingsreformen fra 2008-2009 (Kristoffersen 2016,195-196) ga sykepleierne et økt fokus på forebyggende innsats i kommunene. Sykepleiere er tilstede ved en rekke arenaer hvor forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge kan foregå. I reformen (Kristoffersen 2016, 196) står det blant annet: *"Det vil bli økt vekt på forebyggende innsats i kommunene...Arbeid knyttet til helseopplysning og til livsstilsendringer vil være sentralt. Veiledning og undervisning vil være knyttet til læring og egenmestring, og vil foregå på kommunale helsehus, frisklivssentraler og helsesentre".* -Og her jobber det sykepleiere i ulike stillinger.

I Norge er trolig helsesøstre de som er i hyppigst kontakt med barna og deres familier, med jevnlig oppfølging gjennom de tidlige barneår og videre inn i grunnskole og ungdomsskole (Kristoffersen 2016). I studien vår er det uvisst hvilken type spesialutdanning enkelte av sykepleierne har fra de ulike landene studiene er tatt fra, da dette ikke er konkretisert i alle studiene. Sykepleierne blir omtalt som "School nurse", "Health Nurse", "General Nurse", "Child Nurse" eller "Community Nurse". Trolig er noen av disse med videreutdanning, men vi synes likevel de var svært relevante for studien vår, der alle uansett er sykepleiere i bunn, og det var sykepleieres erfaring med forebygging av overvekt og fedme vi var ute etter.

I psykisk helse ser man både barn og voksne med ulike psykiske lidelser. Psykiske lidelser er sett i sammenheng med stillesitting, dårligere kosthold, mindre søvn og isolasjon (Martinsen 2018). I en review studie utgitt i 2012, en analyse av 25 forskningsartikler, så man en signifikant sammenheng mellom lite søvn og risiko for overvekt og fedme blant barn (Liu, Zhang og Li 2012). Å bevege seg mindre, samt inntak av klassisk trøstemat med mye kalorier fører til overskudd i energibalansen og dermed

overvekt (Sortland 2016). Psykisk helse og fysisk helse henger sammen og blir sett på som en ond sirkel. Sykepleierne i psykisk helse må derfor rette fokuset både mot et fysiske og det psykiske i sitt forebyggingsarbeid (Steinsbekk 2012).

Rett etter fødsel er sykepleierne også til stede i hjemmet i forbindelse med hjemmebesøk (Helsedirektoratet 2010b). Helsestasjonen har ellers en sentral rolle i å gi råd og veiledning til foreldre og barn, med fokus på å fremme en sunn livsstil (Helsedirektoratet 2010b). 5 av studiene vi har med dreier seg om arbeidet til skolesykepleiere. Dette er en arena hvor sykepleierne kan drive både utredning, opplysning og veiledning, i tillegg til aktiv forebygging. Helseundersøkelsen i 8. trinn er en gylden mulighet til å både oppdage overvekt og fedme, men også fange opp barn i risikozonen (Helsedirektoratet 2010b). Sykepleiere jobber i et bredt spekter, og er på den måten i en gylden posisjon til å tidlig nå ut til småbarnsfamiliene og barna i en tidlig alder. Dette støttes opp av Laws et al. (2015, 6), som poengterer viktigheten av at sykepleiere snakker med foreldrene om overvekt når muligheten er der.

5.2.3 Behovet for å bryte ned barrierer

Vår studie viser at barrierer er en av de mest fremtredende nøkkelfunnene. I flere av studiene var forholdene i hjemmet til barna en stor barriere. Foreldrene manglet i flere tilfeller kunnskap og forståelse for overvekts problematikken. De benektet at barna hadde et vektproblem, forstod ikke problemet, følger det kan få og uttrykte bekymringer for om barnet kunne utvikle spiseforstyrrelser. Samtidig var et gjentakende problem en generell usunn livsstil og overvekt i familiene.

Forskning tyder på at barn fra dårlig fungerende familier har større sjans for å utvikle overvekt (Helsedirektoratet 2010b). Samtidig ser man problemet i velfungerende familier med en travle hverdag, der rask ferdigmat ofte blir en løsning (Norsk helseinformatikk 2018). Dette viser hvordan vår tids travle hverdag kan sette spor. Dette var en av hovedfunnene i studien til Larsen et al. (2006), der mangel på kunnskap om overvekt og fedme i kombinasjon med en manglende motivasjon blant foreldrene til å foreta livsstilsendringer var listet som en stor barriere. Isma et al. (2012) støtter dette, der sykepleierne uttrykte at en av de største barrierene de møtte for å få hjelpe barnet var når foreldrene ikke var villige til endring. Helsedirektoratet (2010a) gir klare anbefalinger om at barna bør få i seg fiberrike matvarer, grønnsaker til middagen og at maten ikke er for energitett. Dette gir klare motsetninger til studiene som viste til at flere ofte tydde til raske

løsninger med ferdigmat, der ferdigmaten ofte er energitett og fører fort til at daglig anbefalt kaloriinntak overgås (Helsedirektoratet 2010a).

4 av de inkluderte studiene hadde funn på barrierer som var tilstede i samfunnet generelt. Både samfunnet, men også sykepleierne, var blitt så vant til å se overvekt at det hadde blitt mer sosialt akseptert og ikke lenger ble vektlagt som et like stort problem. Grensen for hva som blir ansett som overvekt er flyttet og hva som blir sett på som normalvekt, er egentlig overvekt. Med det menes det at samfunnet har godtatt at gjennomsnittsvekten blant folket har endret seg, og at samfunnet har tilpasset seg der etter.

Noen av studiene trakk også frem forhold på arbeidsplassen til sykepleierne som en barriere. Mangel på ressurser var gjennomgående. Det samme har vi erfart fra praksis og jobb og ser i store deler av helsevesenet. Arbeidsoppgaver blir lagt til og bemanningen kuttes ned til et minimum. Også skolesykepleierne i flere av studiene opplevde mangel på ressurser som en barriere for å gjøre tilstrekkelig arbeid innen forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge. Skolesykepleierne i flere av studiene opplyste om at størsteparten av tiden gikk med til å ta seg av barn med kroniske sykdommer som diabetes eller astma, samt psykiske og psykososiale problemer. Eksempelvis ønsket mange av sykepleierne i flere av studiene å gjøre mer og bruke mer tid på barna, men de møtte motstand i form av at skoleledelsen ikke ønsket å ta elever ut av klassen for å delta i timer hos skolesykepleieren. Ulike barrierer fra ulike hold vanskeliggjør arbeidet til sykepleierne og vi ser klare signaler om at mer målrettet informasjon ut til samfunnet kan øke kunnskapen blant folk generelt og med det øke fokuset på den forebyggende delen. Forebyggende helsearbeid ved primærforebyggende tiltak i form av eksempelvis helseopplysningskampanjer og sekundærforebyggende tiltak med informasjonsarbeid om eksempelvis ernæring og fysisk aktivitet, kan bidra til forebygging og/eller stoppe den videre utviklingen av overvekt og fedme (Mæland 2010). Økt fokus ved hjelp av ulike tiltak kan være med på å bevisstgjøre både sykepleiere, familiene, samfunnet generelt og andre aktører som påvirker det helsefremmende arbeidet.

5.2.4 Økt fokus på tiltak som gir resultater

Vår studie viser at ulike forebyggende tiltak kan gi positive resultater. For å forstå hvilke tiltak som kan være nyttig, er det viktig å først forstå årsaken bak. I kapittelet vårt om teori går vi inn på en del årsaker til overvekt og fedme hos barn og unge, der stillesitting, økt skjermbruk og et større energiinntak enn forbruk sees som klare hovedårsaker på

overvekt og fedme blant barn og unge (Sortland 2016). Klare råd vil selvsagt da være det motsatte, nemlig økt fysisk aktivitet, mindre skjermbruk og et balansert kosthold (Helsedirektoratet 2010a). Det blir mye fokusert på hvilke råd og hva slags veiledning som bør gis til barn og foreldre, noe som viste seg som en gjentakende utfordring i flere av studiene.

Flere av studiene, deriblant Laws et al. (2015, 10), påpekte i sin studie at flere av sykepleierne uttrykte at de ønsket mer kunnskap om kommunikasjonsmetoder som førte til atferdsendring: De påpekte at de ofte ga informasjon, men at de likevel ikke klarte å lære kunnskapen fra seg. I den sammenheng ble ofte Motiverende Intervju (MI) trukket frem som et godt hjelpemiddel. MI er godt dokumentert med gode resultater innen atferdsendring, blant annet ved spiseforstyrrelser og endring av kosthold og fysisk aktivitet. MI er et samarbeid mellom den som praktiserer teknikken og mottakeren, og kan brukes i alle settinger hvor endring av atferd er et ønsket utfall. MI er en empatisk og effektiv form for samtale som skal bidra til at pasienten selv kjenner på et ønske om endring, motivasjon og mestring. Målet med samtalen er at pasienten selv skal tenke ut at han eller hun ønsker en endring, hvordan det skal skje, og på den måten ha overbevist seg selv om endringen og planen om endring som skal iverksettes (Ivarsson 2017). Flere av studiene praktiserte og testet ut bruken av MI som kommunikasjonsverktøy både hos barna og foreldrene, noe som ga gode resultater i form av at sykepleierne følte på en økt mestringsfølelse og følte seg tryggere i arbeidet, og ved at foreldrene følte seg mer motiverte til å foreta endringer. Den inkluderte studien fra Danmark (Bonde et al. 2014) tok utgangspunkt i å forske på skolesykepleieres erfaringer med bruken av MI i forebygging av barnefedme. Studien viste at metoden var gjennomførbar å bruke i arbeidet, og enkel å inkludere sammen med øvrige teknikker som kognitiv terapi, som de praktiserte til daglig. Bruken av MI hjalp sykepleierne med å håndtere kommunikasjonen rundt det sensitive temaet.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien har vist oss at sykepleierne via ulike arenaer er i en nøkkelposisjon når det gjelder det forebyggende arbeidet mot overvekt og fedme blant barn og unge. Sykepleiere og helsesøstre følger barna fra de er nyfødte og videre gjennom skoleårene, der retningslinjer skal bidra til riktig oppfølging. Resultater viser dog at flere er skeptiske til retningslinjenes innhold, og dermed unnlater å følge de. Samfunnets syn på overvekt og fedme har endret seg i takt med økt vekt blant befolkningen. Helsepersonell rundt barn og unge er blitt så vant til å se overvekt at det nærmest har blitt normalt å bære noen kilo ekstra. Dette er med på å påvirke sykepleieres syn på når et barn er overvektig.

Barrierene sykepleierne møter gjør det forebyggende arbeidet vanskelig, der den mest gjentakende barrieren i omtrent alle studiene vi inkluderte viste at holdningene til foreldrene var vanskelig å jobbe med. Holdningene gikk ut på både benektelse av barnets overvekt, og en manglende motivasjon til å gjøre noe med det. Foreldrene innså ikke alvoret av barnets overvekt, og flere i familiene var selv overvektige der en generell usunn livsstil var gjeldende.

Overvekt og fedme blant barn og unge er et sensitivt og vanskelig tema å snakke om. Studier viste at sykepleierne kjente på en lav selvfølelse ved å skulle kommunisere om temaet, der de manglet gode kommunikasjonsteknikker i tillegg til en følelse av manglende kunnskap. Flere studier var innom teknikken Motiverende Intervju som en metode rettet mot atferdsendring. Flere av disse kunne vise til gode resultater hos foreldrene og barna, men også blant sykepleierne som kjente på en økt mestring i kommunikasjonsferdigheter og videreføring av kunnskap.

Studien vår har gitt oss en bred forståelse for overvekt og fedme blant barn, der vi ser at vi som sykepleiere i ulike arenaer er i en viktig posisjon til å bidra positivt med det forebyggende arbeidet. Overvekt og fedme blir i dag nærmest omtalt som en epidemi, og problemet er økende. Det forebyggende arbeidet trenger økt fokus, der bevisstgjøring av sykepleierens viktige rolle i det forebyggende arbeidet kan være med på å utgjøre en positiv forskjell ved å minimere barrierene de møter. Ved å bli mer bevisste vår viktige rolle som sykepleiere i et forebyggende perspektiv, kan vi bidra til å hjelpe flere barn og unge til en sunnere livsstil. Opprettholdelse av en normal kroppsvekt er med på å redusere risikoen for utvikling av fysiske og psykiske plager, og vil hjelpe barnet til å ha de beste utgangspunkter for et langt og friskt liv videre inn i voksenrollen.

7.0 Forslag til videre forskning

I studien vår undersøkte vi forebygging av overvekt og fedme blant barn og unge fra sykepleieres ståsted. Det ville vært interessant og ved et senere tidspunkt undersøke barn- og unges egne opplevelser av det å være overvektig, og hvilke erfaringer de har med hjelpeapparatet rundt.

Litteraturliste

- Aagaard, Heidi. 2016. "Væske og ernæring". I *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov*, red. Gro Hjelmeland Grimsbø, 191-242. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bonde, Ande Høstgaard, Peter Bentsen & Anette Lykke Hindhede. 2014. «School Nurses` Experiences With Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity». *The Journal of School Nursing* 30(6): 448-455.
- Dalland, Olav. 2019. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eines, Trude. 2018. "Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie". Molde: Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag.
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26.
- Hovengen, Ragnhild, Anna Biehl og Kari Glavin. 2014. Barns vekst i Norge 2008 - 2010 – 2012. Høyde, vekt og livvidde blant 3. klassinger. Oslo: Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/rapport-20143-barns-vekst-i-norge-pdf2.pdf>
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Gerards, Sanne MPL, Pieter C Dagnelie, Maria WJ Jansen, Nanne K De Vries og Stef PJ Kremers. 2012. "Barriers to successfull recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals». *BMC Family Practice* 13 (37). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-37>.

Haugland, Siren og Ellen Haug. 2012. "Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av overvekt". I *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*, red. Gudbjørg Øen, 177-191. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Helsebiblioteket.no. 2012. "Hva betyr "publiseringsnivåer"?".
<https://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringsnivåer>.

Helsebiblioteket.no. 2016a. "Sjekklistor".
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>.

Helsebiblioteket.no. 2016b. «Systematisk oversikt».
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>.

Helsedirektoratet. 2010a. *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. IS-1734. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. 2010b. *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. IS-1736. Oslo: Helsedirektoratet.

Helseforskningsloven. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning av 20. juni 2008 nr. 44.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.

Helseth, Sølvi, Kirsti Riiser, Bettina Holmberg Fagerlund, Nina Misvær og Kari Glavin. 2017. «Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity- School nurses` perceptions of the challenges involved». *Journal of Clinical Nursing* 26:4716-4725.

Hjartåker, Anette, Jan I. Pedersen, Hanne Müller og Sigmund A. Anderssen. 2017. *Grunnleggende ernæringslære*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Isma, Gabriella E., Ann-Cathrine Bramhagen, Gerd Ahlstrom, Margareta Östman & Anna Karin Dykes. 2012. «Swedish Health Care nurses' conceptions of overweight in children; a qualitative study». *BMC Family Practice* 13 (37).

<https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-57>.

Ivarsson, Barbro Holm. 2017. *Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jåtun, Bjørn Magne. 2012. "Målemetoder, definisjon og forekomst av fedme". I *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*, red. Gudbjørg Øen, 51 - 59. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Kostverktøyet. 2019. "Kostplaner". Oppdatert 7. November, 2019.

<https://www.kostverktoyet.no/kosthold/porsjonsst%C3%B8rrelse/Kostplaner>.

Kristoffersen, Nina Jahren. 2016. "Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten". I *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*, red. Gro Hjelmeland Grimsbø, 193-266. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 2016. "Hva er sykepleie". I *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*, red. Gro Hjelmeland Grimsbø, 15-28. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Larsen, L, B. Mandleco, M. Williams & M. Tiedeman. 2006. Childhood obesity: Prevention practices of nurse practitioners. *American Academy of Nurse Practitioners* 18: 70-79.

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

Liu, Jianghong, Angelina Zhang og Linda Li. 2012. "Sleep duration and overweight/obesity in children: Review and implications for pediatric nursing". *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 17: 193-204.

- Martinsen, Egil W. 2018. *Kropp og Sinn: Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*. Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.
- Morrison-Sandberg, Leslie F., Martha Y. Kubik og Karen E. Johnson. 2011. " Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings From Interviews With Licensed School Nurses". *The Journal of School Nursing* 27(1): 13-21.
- Mæland, John Gunnar. 2010. *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk Helseinformatikk. 2018. "Overvekt hos barn». Lest 14. november 2019. <https://nhi.no/sykdommer/barn/hormonsykdommer/overvekt-hos-barn/?page=all>.
- Norsk senter for forskningsdata. 2019. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler". <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2017. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Powell, Shannon Baker, Martha Keehner Engelke og Janice A. Neil. 2017. " Seizing the Moment: Experiences of School Nurses Caring for Students with Overweight and Obesity". *The Journal of School Nursing* 34(5): 380-389.
- Robinson, Alison, Elizabeth Denney-Wilson, Rachel Laws & Mark Harris. 2012. «Child obesity prevention in primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices». *Journal of Pediatrics and Child Health* 49:294-299.
- Skaug, Eli-Anne. 2016. "Aktivitet". I *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov*, red. Gro Hjelmeland Grimsbø, 313-346. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, Torild. 2016. "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere". I *Etikk i sykepleien*, red. Berit Støre Brinchmann, 97-113. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sortland, Kjersti. 2016. *Ernæring: mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.

Steinsbekk, Silje. 2012. "Children in treatment for obesity: Psychological perspectives, physical activity and diet". Doktorgradsavhandling. NTNU i Trondheim.

Thorstensson, Stina, Carola Blomgren, Annelie J. Sundler og Margaretha Larsson. 2017. " To break the weight gain-A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school". *Journal of Clinical Nursing* 27: 251-258.

Øen, Gudbjørg. 2012a. "Fedmeproblematikkens utfordringer". I *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*, red. Gudbjørg Øen, 21-38. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Øen, Gudbjørg. 2012b. "Forebygging av fedme hos barn og ungdom". I *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*, red. Gudbjørg Øen, 237-258. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Vedlegg 1: PICO-Skjema

	P	I	C	O
Norsk	Overvekt*	Sykepleie*	Ingen tiltak	Forebygg*
	Fedme	Helsepersonell*		Motvirk*
				Stopp*
	Barn*			
	Ung*			
Engelsk	Overweight*	Nurs*		Prevent*
	Obes*	Healthcare professional*		Avoid*
	Kid*	Health professional*		Limit*
	Child*			Stop*
	Adolescent*			
	Youth*			

Vedlegg 2: Søkehistorikk databasesøk

Ovid Nursing

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Body weight* or overweight* or obesit*	20.09.2019	Ovid Nursing	2482	0	0	0
Limit 1 to 2009-current AND all infant (birth to 23 months) or all child (0 to 18 years) AND Danish or english or Norwegian or swedish and last 10 years	20.09.2019	Ovid Nursing	484	0	0	0
Prevent*	20.09.2019	Ovid Nursing	14887	0	0	0
Avoid*	20.09.2019	Ovid Nursing	1980	0	0	0
Limit*	20.09.2019	Ovid Nursing	7998	0	0	0
Stop*	20.09.2019	Ovid Nursing	534	0	0	0
Prevent* or avoid* or limit* or stop*	20.09.2019	Ovid Nursing	23591			
Nurs*	20.09.2019	Ovid Nursing	38056	0	0	0
Prevent* or avoid* or limit* or stop* AND nurs*	20.09.2019	Ovid Nursing	6864	0	0	0
Body weight* or overweight* or obesity* AND limit to 2009-current, «all infant(birth	20.09.2019	Ovid Nursing	54	12	5	1 Powell, Engelke og Neil 2017

to 23 months)», «all child(0-18 years)», (danish or english or norwegian or swedish), last 10 years AND prevent* or avoid* or limit* or stop* AND nurs*						(nr. 8)
---	--	--	--	--	--	---------

ProQuest søk 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
overweight OR obes* OR weightgain* OR weightproblem* AND child* OR youth* OR kid* OR adolescent* AND prevent* OR avoid* OR stop* AND nurs* AND qualitative*, limit 1 to 2009-current AND Scholarly Journals AND Article AND Danish OR english OR Norwegian OR Swedish.	05.10.2019	ProQuest Health Research Premium Collection	230	34	22	8 Bonde, Bentsen og Hindhede 2014 (nr. 1) Gerards et al. 2012 (nr. 2) Helseth et al. 2017 (nr. 3) Isma et al. 2012 (nr. 4) Larsen et al. 2006 (nr. 5) Laws et al. 2015 (nr. 6) Robinson et al. 2012 (nr 9)

						Thorstensson et al. 2017 (nr. 10)
--	--	--	--	--	--	---

ProQuest søk 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
overweight OR obes* OR Weightgain AND preven* OR avoid OR prohibit AND Nurs* OR Health Professional*, limit to Scholarly Journals OR Dissertations & Theses OR Reports OR Other Sources NOT Newspapers OR Wire Feeds OR Magazines OR Books, limit to 2009 – 2020 and Adolescent (13-18 years), Child (6-12 years), Infant (1-23 months), Preschool child (2-5 years) and danish or english or norwegian or swedish	14.10.2019	ProQuest Health Research Premium Collection	7780	25	11	1 Morrison- Sandberg, Kubik og Johnson 2011 (nr. 7)

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Nr	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / Frafall	Hovedfunn	Kvalitet / etisk vurdering
1	Bonde, Ande Høstgaard, Peter Bentsen & Anette Lykke Hindhede. 2014 Danmark The Journal of School Nursing	School Nurses` Experiences with Motivational Interviewing for Preventing Childhood Obesity	Å finne ut av bruken av MI (motiverende intervju) i forebyggende og behandlende setting av overvekt og fedme blant barn og unge. Å utforske bruken av MI som både forebyggende og behandlende metode mot overvekt og fedme	Kvalitativ studie Utdypende, semi- strukturerte intervjuer	12 skolehelsesøstre ble kurset i teknikken motiverende intervju, som i etterkant ble brukt i samtaler med foreldrene i ulike deler av København. Sykepleierne hentet ut anonym informasjon fra 3-4 barn hver, som ble brukt i studien. Sykepleierne ble selv intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på video. Alle deltagerne var kvinnelige	Sykepleierne møtte ulike barrierer, der de største var når barnet var kraftig overvektig, men foreldrene ikke anså det som et problem, når barnet og foreldrene hadde ulik grad av motivasjon til endring. Sykepleierne følte seg trygge i samtale med foreldrene og barnet når de anvendte teknikken MI	Nivå 1. Fagfellevurdert. 10 av 10 positive svar på sjekklister kvalitativ design. Studien er godkjent av Barne- og ungdomsavdeli ngen i København, Danmark. Sykepleierne godjente deltagelsen via e-mail.

					sykepleiere som hadde jobbet i gjennomsnitt 13 år.		Deltagelsen var frivillig. Denne typen studie krevde ikke mer utdypende etisk godkjenning.
2	Gerards, MPL Sanne, Pieter C Dagnelie, Maria WJ Jansen, Nanne K De Vries & Stef PJ Kremers. 2012 Nederland BioMed Central BMC Family Practice	Barriers to successfull recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals	Å finne ut av hvilke barrierer nederlandske helsearbeidere står ovenfor hos foreldre når de henviser til forebyggende intervensjoner mot overvekt og fedme. Studien er del av et større RCT der hensikten var å forbedre foreldrenes kunnskap relatert til barnets ernæring og fysiske aktivitet. Studien var utført på foreldre til	Kvalitativ studie. Intervjuer med åpne spørsmål, som en del av en større pilot-studie.	16 ulike profesjonelle i arbeid med ungdom, derav 6 sykepleiere, fra 11 ulike barneklinner. Deltagerne hadde i gjennomsnitt 16 års erfaring med barn og unge.	Alt helsepersonell anså forebyggende tiltak mot overvekt og fedme som svært viktig. Den største barrieren de møtte hos foreldre til overvektige barn var benektelse av at barnet deres var overvektig, og motstand mot å diskutere vektproblematikken. Enkelte rapporterte om at de manglet tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter	Nivå 1 Fagfellevurdert 10 av 10 positive svar på sjekkliste kvalitativ design. Hele studien er godkjent av den etiske komite i Maastricht University Medical Centre.

			overvektige 4-åringer.			Enkelte rapporter om lav selvsikkerhet i forhold til temaet. Mer kunnskap om kommunikasjonsteknikker blant helsepersonell for å bedre deres selvsikkerhet og for å motivere foreldrene til forebyggende tiltak er nødvendig.	
3	Helseth, Sølvi, Kirsti Riiser, Bettina Holmberg Fagerlund, Nina Misvær og Kari Glavin. 2017 Norge Oslo and Akershus University College of Applied Sciences	Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity- School nurses` perceptions of the challenges involved.	Å innhente en bedre forståelse for helsesøstres oppfatninger over utfordringer knytt til innføring av nasjonale retningslinjer mot overvekt og fedme blant ungdommer.	Kvalitativ studie Studien er en del av en større intervensjonsstudie; «The Young & active study»	6 ulike fokusgrupper for innhenting av data. 21 helsesøstre fra en gruppe på 146, ble plukket ut til videre intervjuer etter hovedstudien. Studien er rettet mot ungdommer mellom 13-15 år.	Nye retningslinjer for å håndtere overvekt og fedme ble gitt til helsesøstrene, som de ikke fikk tildelt ekstra ressurser til. De uttrykte ulike utfordringer med å følge opp retningslinjene; Ansvarsbyrden, skepsis til retningslinjene og overvekt som et sensitivt tema	Nivå 2. Fagfellevurdert. 10 av 10 positive svar på sjekklister kvalitativ design. Studien er godkjent av regionale komiteer for medisinsk helseforsknings etikk i Norge.

	Journal of Clinical Nursing				Intervjuene ble tatt opp på video, og omgjort til tekst i ettertid.		Deltakerne mottok skriftlig informasjon om studien og signerte et samtykke-skjema i forkant av studien.
4	Isma, Gabriella E., Ann-Cathrine Bramhagen, Gerd Ahlstrom, Margareta Östman & Anna-Karin Dykes. 2012 Sverige BioMed Central Family Practice ProQuest	Swedish Health Care nurses' conceptions of overweight in children; a qualitative study.	Å finne ut av sykepleiernes tanker om overvekt og fedme blant barn og unge.	Kvalitativ studie Åpne intervjuer og fenomenologisk analyse.	18 sykepleiere med minimum 1 års erfaring i arbeid med barn og unge, fra helsestasjoner i Sør-Sverige.	Sykepleierne opplevde temaet som sensitivt Økt gjennomsnittsvikt har endret sykepleiernes syn på hva som er overvekt. Barn som blir oppfattet som normalvektige er i noen tilfeller overvektige Sykepleierne er i en god posisjon for forebygging	Nivå 1. Fagfellevurdert. 9 av 10 positive svar på sjekklister kvalitativ design. Studien er basert på frivillig deltakelse og er godkjent av Regional etisk vurderingsnemnd i Lund.
5	Larsen, L. B. Mandleco, M.	Childhood obesity:	1. Å beskrive det forebyggende	Kvalitativ studie.	Mail sendt til 607 spesialsykepleiere	De fleste var bevisste gjeldende	Nivå 1. Fagfellevurdert.

<p>Williams & M. Tiedeman.</p> <p>2006</p> <p>USA</p> <p>American Academy of Nurse Practitioners</p>	<p>Prevention practices of nurse practitioners</p>	<p>arbeidet til sykepleierne</p> <p>2. Sammenligne arbeidet mellom sykepleierne etter utdanning, praksis og bevissthet rundt gjeldende retningslinjer</p> <p>3. Å finne ut forholdet mellom forebyggende praksis og demografiske utfordringer</p> <p>4. Å kartlegge barrierer og ressurser knytt til forebygging</p>	<p>Fenomenologisk analyse</p> <p>Spørreskjema via mail</p>	<p>5 ble ikke levert</p> <p>288 besvarelser ble returnert</p> <p>99 fylte kriteriene og kunne brukes</p>	<p>retningslinjer, men fulgte de likevel ikke.</p> <p>Sykepleierne som fulgte retningslinjene, hadde større fokus på forebygging av overvekt og fedme i arbeidet sitt.</p> <p>Sykepleierne med lengst erfaring hadde mer fokus på å motivere foreldre til fysisk aktivitet sammen med barna, enn de nyutdannede.</p> <p>Sykepleierne synes de mest utfordrende barrierene var holdninger, livsstil til familiene, manglende ressurser internt og eksternt blant familiene, og mangel på tilbud å henvise</p>	<p>9 av 10 positive svar på sjekkliste kvalitativ design.</p> <p>Godkjent av institusjonelt vurderingsstyre.</p> <p>Deltagerne ble tilsendt følgebrev, spørreskjema og samtykkeskjema i post, som de skulle returnere tilbake.</p>
--	--	--	--	--	--	--

						barna til for videre oppfølging.	
6	Laws, R., K. J. Campbell, P. Van der Pligt, K. Ball, J. Lynch, G. Russel, R. Taylor & E. Denney-Wilson. 2015. Australia. BioMed Central.	Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia	Å finne ut av hvordan sykepleierne arbeider forebyggende, hvilke utfordringer de møter i det forebyggende arbeidet og hvordan dette arbeidet kan forbedres.	Både kvalitativ og kvantitativ studie. Innhentning av kvantitative data i form av undersøkelser, etterfulgt av semi-strukturerte intervjuer av sykepleiere om hvordan de arbeider overvektsforebyggende med barn fra 0-5 år.	56 sykepleiere fra Melbourne deltok i studien. 16 av disse gjennomførte semi-strukturerte, kvalitative intervjuer via telefon. Intervjuene ble tatt opp på video.	Resultatene viste at sykepleierne gjorde standard undersøkelser som å måle høyde og vekt, men de brukte ikke vekst-skala å sammenligne målene med. Resultatet viste at sykepleierne på denne måten går glipp av en fin mulighet til å naturlig ta det sensitive temaet opp med foreldrene. Flesteparten av sykepleierne ga generelle kostråd, men få rådet til redusert skjermbruk og fysisk aktivitet og	Nivå 1. Fagfellevurdert. 9 av 10 positive svar på sjekklister kvalitativ design. Studien er godkjent av Deakin Universitet for menneskelig forskningskomité. Deltagerne signerte et informert samtykke, i tillegg til opptak av verbalt samtykke før intervjuene ble gjennomført.

						<p>lek sammen med barna.</p> <p>Sykepleierne mangler tilstrekkelig kunnskap til å videreformidle budskapet, der økt kunnskap om atferdsterapi vil hjelpe sykepleierne i kommunikasjonen med foreldrene.</p> <p>Sykepleierne møter ulike barrierer i arbeidet, der særlig foreldrenes mangel på innsikt og deres egne usunne livsstil er utfordrende.</p>	
7	Morrison-Sandberg, Leslie F., Martha Y. Kubik og Karen E. Johnson. 2011	Obesity Prevention Practices of Elementary School Nurses in Minnesota: Findings from	Å få innsikt i det som blir gjort av fedmerelatert sykepleie i grunnskolen i Minnesota, meninger om	Kvalitativ studie Intervju, en til en med åpne spørsmål. Intervjuene varte mellom 45 og 90	23 offentlig godkjente skolesykepleiere fra 23 skoledistrikt i Minnesota ble spurt, 21 ville delta i studien. Grunner til å	90 % beskrev at tidspress og manglende ressurser sto i veien for å gjøre fedmeforebyggende arbeid. Problemer med tilgang på	Trinn 1. Fagfellevurdert. 9 av 10 positive svar på sjekkliste kvalitativ design.

	USA The Journal of School Nursing	Interviews With Licensed School Nurses	fedmeforebyggende program ledet av skolesykepleiere og hvilken interesse skolesykepleierne har i å innføre fedmeforebyggende program.	min. Intervjuene ble tatt på lyd og data ble analysert ved bruk av kvalitativ metode.	ikke delta var for lite tid og manglende kunnskap i fedmeforebygging. Av skoledistriktene som deltok var 7 i fra by, 8 i fra forsteder og 6 fra landlige områder.	kommunale helsetjenester og ulike barrierer i skole/skoleledelse og i hjemmet ble også nevnt som hovedårsaker til at slikt arbeid er utfordrende. Noe indirekte forebygging blir gjort, men flesteparten mener at det er begrenset og utilstrekkelig og mer burde gjøres. Flesteparten mener at fedmeforebyggende program og arbeid kunne gjøres av skolesykepleierne hvis tilstrekkelig tid og ressurser var tilgjengelig.	9 av 10 positive svar på sjekkliste kvalitativ design. Studien er godkjent av "University of Minnesota Institutional Review Board".
8	Powell, Shannon Baker, Martha Keehner Engelke og Janice A. Neil.	Seizing the Moment: Experiences of School Nurses	Å utforske skolesykepleiernes erfaring med å utøve omsorg til	Kvalitativ studie	10 skolesykepleiere/hel sesøstre ansatt som skolesykepleiere ved	Flere barrierer som hindrer at arbeidet med barn med overvekt og fedme	Nivå 1. Fagfellevurdert. 10 av 10 positive svar på

	<p>2017</p> <p>USA</p> <p>The Journal of School Nursing</p>	<p>Caring for Students with Overweight and Obesity</p>	<p>barn med overvekt og fedme i skolesammenheng. I tillegg ønsker forskeren å vite hvilke barrierer hindrer at arbeidet til skolesykepleierne gir resultater og hvilke tilfeller ga mulighet til å gjøre intervensjon.</p>	<p>En til en samtale og åpne spørsmål med lydopptak.</p> <p>I tillegg brukes observasjoner i fra arbeidet til skolesykepleierne der de interagerte med ansatte, studenter og i telefonsamtaler.</p> <p>Deltakerne deltok i å godkjenne at forskerens beskrivelse av deres opplevelser var riktig gjengitt.</p>	<p>skoler i Nord-Carolina og som jobber med barn med minoritetsbakgrunn og fra familier med lav inntekt i landlige områder.</p>	<p>kom frem i studien. Tiden etter prioriterte oppgaver og forventede oppgaver var for liten, arbeidsmengden var stor og det manglet program og kommunale oppfølgingstilbud. De følte seg også presset av skoleledelsen, som blant annet ikke ville at elever skulle bli tatt ut av klasses timer.</p> <p>Skolesykepleierne svarte at intervensjon i forhold til overvekt og fedme problematikk ofte ble gjort i forbindelse med andre undersøkelser, behandlinger og samtaler.</p>	<p>sjekkliste kvalitativ design.</p> <p>Studien ble godkjent av «East Carolina University & Medical Review Board».</p> <p>Deltakerne var frivillige og anonyme. Svar ble anonymisert og lydopptak ble oppbevart sikkert innlåst.</p>
<p>9</p>	<p>Robinson, Alison, Elizabeth Denney-</p>	<p>Child obesity prevention in</p>	<p>Å finne ut av hvordan</p>	<p>Både kvalitativ og kvantitativ studie</p>	<p>292 spørreskjema om deltagelse ble</p>	<p>Sykepleierne uttrykte interesse for det</p>	<p>Nivå 1. Fagfellevurdert.</p>

<p>Wilson, Rachel Laws & Mark Harris. 2012 Australia Journal of Pediatrics and Child Health</p>	<p>primary health care: Investigating practice nurse roles, attitudes and current practices</p>	<p>sykepleierne jobber forebyggende i nåværende praksis, og hvilke holdninger og selvtillit de har til temaet. Finne ut av behov/mangler blant sykepleierne.</p>	<p>Spørreskjema Semi-strukturerte intervjuer enten via telefon eller ved personlig oppmøte.</p>	<p>sent ut til sykepleiere i New South Wales. Returnering av spørreskjema var bekreftelse på deltagelse. 59 spørreskjema ble returnert. 34 av disse viste interesse for etterfølgende intervju. Intervju ble gjennomført frem til kriteriene for innhenting av data var fullført, gjennom til sammen 10 intervju.</p>	<p>forebyggende arbeidet, men flere uttalte at de manglet tilstrekkelig kunnskap og selvtillit til å gjennomføre arbeidet. Sykepleiere med mindre enn 5 års erfaring hadde mindre kunnskap om barnefedme og lettere for å snakke om temaet, enn de med lengre erfaring, noe som kan tyde på at manglende kunnskap gjør det vanskeligere å snakke om problemet. Flere sykepleiere uttalte en følelse av manglende autonomi i samtaler med foreldrene, og en</p>	<p>10 av 10 positive svar på sjekklister kvalitativ design. Studien var godkjent av komité for human forskningsetikk på Universitetet i New South Wales. De intervjuede fylte i forkant ut samtykkeskjema.</p>
--	---	---	--	---	--	--

						<p>manglende forståelse blant foreldrene.</p> <p>Studiet satte fokus på viktigheten av sykepleiernes kunnskap og faglig trygghet for å utarbeide gode rutiner for å påvirke familiene til å ha en sunn livsstil og bidra til forebygging av overvekt og fedme blant barn.</p>	
10	<p>Thorstensson, Stina, Carola Blomgren, Annelie J. Sundler og Margaretha Larsson.</p> <p>2017</p> <p>Sverige</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p>	<p>To break the weight gain-A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school</p>	<p>Å beskrive erfaringene til skolesykepleiere som jobber med overvektige skolebarn</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Fenomenologisk tilnærming, hvor det ble gjort intervju av 6 helsesøstre i Sverige som arbeidet med overvektige barn. Data ble analysert i etterkant.</p>	<p>6 skolesykepleiere/hel sesykepleiere. Det ble sendt ut skriftlig informasjon til sykepleierne i skolehelsetjenesten. Disse 6 var villige til å delta.</p>	<p>Skolesykepleierne opplevde jobben med overvektige barn som en krevende del av jobben. Samtaler med skolebarna om overvekt opplevdes som provoserende og emosjonelt og derfor krevdes det en del varsomhet. Ulike praktiske metoder ble brukt som</p>	<p>Nivå 2.</p> <p>Fagfellevurdert. 10 av 10 positive svar på sjekkliste kvalitativ design.</p> <p>Studien vurderes som etisk forsvarlig og følger</p>

				Selv om kun 6 sykepleiere deltok ble dette vurdert som passende da det ble innsamlet omfattende data med detaljert informasjon og omfattende beskrivelser av erfaringer.		helsefremmende tiltak. Jobben ga lite resultat hvis barnas foreldre var umotiverte og lite involverte. Jobben krevde samarbeid, at barna fikk støtte i skolehverdagen og det ble jobbet steg for steg.	Helsinkideklarasjonen.
--	--	--	--	--	--	--	------------------------

Vedlegg 4: Analysetabell

Nøkkelfunn	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5	Artikkel 6	Artikkel 7	Artikkel 8	Artikkel 9	Artikkel 10
Sykepleiers erfaringer										
Lav selvfølelse	X	X	X			X			X	
Utilstrekkelig kunnskap	X	X	X			X			X	X
Personlig interesse		X	X				X	X		
Personlig syn på overvekt og fedme		X	X							
Sensitivt tema	X	X	X	X			X			X
Følelse av stor ansvarsbyrde		X	X				X	X		X
Skepsis til retningslinjene		X	X		X	X				
Antall år i praksis har innvirkning					X				X	
Barrierer										
Mangel på eksterne ressurser		X	X		X		X	X		
Mangel på ressurser og tilbud i skolen			X				X	X		
Mangel på interne ressurser hos familiene				X	X		X		X	
Tidspress		X	X				X	X	X	
Motstand fra foreldre	X	X		X					X	X
Benektelse fra foreldre	X	X		X					X	X
Usunn livsstil i familiene	X	X		X						
Mangel på kunnskap blant foreldrene	X	X		X					X	X
Manglende motivasjon hos foreldrene/barnet	X	X		X			X		X	X

Samfunnets syn på overvekt/fedme		X	X	X			X			
Manglende bruk av retningslinjer			X		X	X	X		X	
Mangel på oppfølgingstilbud		X	X				X	X		
Kommunikasjonsferdigheter som et viktig verktøy										
Manglende kunnskap	X	X				X			X	
Manglende ferdigheter	X	X				X			X	
Motiverende Intervju	X								X	X
Atferdsterapi	X			X		X			X	
Sykepleierne i en nøkkelposisjon til forebygging										
Hyppig kontakt med barn/foreldre	X	X	X	X	X	X			X	X
God mulighet til videreformidling av kunnskap	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Bruk av samtaleterapi	X			X		X				X
Motivering til endring av livsstil	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Videreformidle kunnskap om fysisk aktivitet/ernæring	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Oppfølging	X								X	X