



Fordypningsoppgave

VHS734 Helsesykepleie

Overvekt og fedme hos barneskoleelever/ Overweight
and obesity in primary school students

31

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 01.12.2021



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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: Frøydis Perny Vasset

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)?
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato:

Antall ord: 4976

Sammendrag

Bakgrunn: Overvekt og fedme hos barn ansees å være en kritisk helsetrussel verden over (Swinburn mfl. 2011). Det har vært en drastisk økning i antall overvektige og fete barn fra 1975 til 2016, hvorav antall overvektige var 4% i 1975 og 18% i 2016. Det er nå flere som dør av sykdommer som er relatert til overvekt og fedme enn av undervekt (WHO 2021). Overvekt og fedme kan føre til negative konsekvenser for barns helse og utvikling, både når det gjelder fysiske og psykiske følgesykdommer og redusert livskvalitet (Harriger og Tompson. 2012, Sahoo mfl. 2015, Thorstensson mfl. 2017).

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å få kunnskap om hvilke arbeidsmetoder og utfordringer helsesykepleier har ved oppfølging av barn med overvekt og fedme. Ved å innhente kunnskap om dette vil en kunne bidra til å videreutvikle og forbedre oppfølgingen i primærhelsetjenesten.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie på bakgrunn av ti kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Mine funn viser at helsesykepleier tar i bruk motiverende intervju og vekstkurve som arbeidsmetode i oppfølgingen av barn med overvekt og fedme. Helsesykepleier opplevde foreldresamarbeidet, og mangel på tid, kunnskap og ressurser som utfordringer i oppfølgingen.

Konklusjon: Skolehelsetjenesten som er en del av primærhelsetjenesten har forbedringspotensialer når det gjelder å kvalitetssikre oppfølgingstilbudet til barn med overvekt og fedme. Ved å styrke det tverrfaglige samarbeidet, og implementere systematisk opplæring og kompetanseheving hos ansatte vil en kunne bidra til å forbedre tilbudet i primærhelsetjenesten.

Nøkkelord: Helsesykepleier, overvekt, fedme, skolebarn, barn (6- 12 år) og erfaringer.

Summery

Background: Overweight and obesity in children are considered as a critical health threat worldwide (Swinburn mfl. 2011). There has been a drastic increase in the number of overweight and obese children from 1975 to 2016. There are now more people who die from diseases related to overweight and obesity than from underweight (WHO 2021). Overweight and obesity can lead to negative consequences for children`s health and development, both in terms of physical and mental comorbidities, and reduced quality of life (Harriger og Tompson 2012, Sahoo mfl. 2015, Thorstensson mfl. 2017).

Purpose: The purpose of the literature study is to gain knowledge about the working methods and challenges of a health nurse in working with overweight and obese children. By gaining knowledge about this, we will be able to contribute to further developing and improving follow- up in the primary health service.

Method: This is a systematic literature study based on ten qualitative research studies.

Results: My findings show that the health nurse uses motivational interviews and grow curves as a working method in the follow- up of children with overweight and obesity. The health nurse experienced the parental cooperation, and lack of time, knowledge, and resources as challenges in their work.

Conclusion: The school health service, which is a part of the primary health service, has potential for improvement in terms of ensuring the quality of follow- up services for children with overweight and obesity. By strengthening the interdisciplinary collaboration, and implementing systematic training and skills development for employees, we will be able to contribute to improving the offer in the primary health service.

Keywords: Health nurse, overweight, obesity, school children, children (6- 12 years) and experiences.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Kroppsmasseindeks hos barn.....	3
1.3 Vekstkurver.....	4
1.4 Helseesykepleier og skolehelsetjenestens rolle.....	4
1.5 Brukerperspektivet.....	5
1.6 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	5
1.7 Hensikt.....	6
1.8 Problemstilling.....	6
2.0 Teoretisk referanseramme.....	6
3.0 Metode.....	7
3.1 Litteratursøk.....	7
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	7
3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	8
4.0 Resultat.....	9
4.1 Arbeidsmetoder.....	9
4.1.1 Motiverende intervju.....	9
4.1.2 Vekstkurve som verktøy.....	10
4.2 utfordringer.....	11
4.2.1 Foreldresamarbeidet.....	11
4.2.2 Mangel på tid, kunnskap og ressurser.....	12
5.0 Drøfting.....	14
4.1 Helseesykepleiers arbeidsmetoder.....	14
4.2 Helseesykepleiers utfordringer.....	16
5.0 Oppsummering.....	18
6.0 Referanseliste.....	19

Vedlegg:

1. PIO- skjema
2. Oversiktstabell over søkehistorikk
3. Oversiktstabell over artikler
4. Flow- diagram og oversiktstabell over funn tilknyttet artikler

1.0 Innledning

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO 2021) er overvekt og fedme en global helseutfordring som omfatter barn så vel som voksne. I 2016 hadde 340 millioner barn og unge mellom 5- 19 år overvekt eller fedme. Det er nå flere som dør av sykdommer som er relatert til overvekt og fedme enn av undervekt. Det har vært en drastisk økning i antall overvektige og fete barn fra 1975 til 2016, hvorav antall overvektige var 4% i 1975 og 18% i 2016 (WHO 2021).

I Europa er andelen barn med overvekt rundt 25% og andelen med fedme 10-15 %. Forekomsten er høyest i sørlige deler av Europa. I USA anslås det at andelen overvektige barn er 34% og 16% med fedme (Helsedirektoratet 2010). Samtidig viser tall at andelen barn og unge i Norge med overvekt og fedme har stabilisert seg de siste årene. I 2018 viste andelen barn ved ni års alder med overvekt eller fedme å være rundt 20%, dette er omtrent lik andel som i 2011 (Folkehelseinstituttet 2017, Helsedirektoratet 2010).

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Som nevnt innledningsvis ansees overvekt og fedme hos barn som en kritisk helsetrussel verden over (Swinburn mfl. 2011). Økende grad av overvekt og fedme i befolkningen henger sammen med endringer i samfunnet og kommer av sammensatte årsaker. Både endret kost og redusert fysisk aktivitet er allment kjent, men også fysiologiske- og psykososiale faktorer spiller en viktig rolle (Helsedirektoratet 2010). Overvekt og fedme øker også risikoen for en rekke følgesykdommer, både for den fysiske og psykiske helsen (Nazrat og Yanovski 2014, Sahoo mfl. 2015, Thorstensson mfl. 2017). Noen setter fotfeste allerede i barneårene, men hovedtyngden manifesterer seg i ungdomsårene eller ut i voksen alder. De mest kjente følgesykdommene er hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes type 2 og insulinresistens (Helsedirektoratet 2010). Allerede i barn- og ungdomsårene har en sett diabetes og metabolsk syndrom (Caprio 2012, D`Adam og Caprio 2011), sykdom og plager i skjelettet (Shultz mfl. 2014), luftveissykdommer og søvnapnèsyndrom (Liu, Keickhefer og Gau 2013, Arens og Muzumdar 2010)

Forskning viser at overvekt og fedme også kan ha store negative innvirkninger på barns livskvalitet og psykiske helse (Thorstensson mfl. 2017). Vektrelatert mobbing og stigmatisering, lav selvfølelse, atferdsproblemer og depresjon er noe av det flere studier viser til (Harriger og Tompson 2012, Sahoo mfl. 2015, Thorstensson mfl. 2017). Ifølge Sahoo mfl. (2015) har barn med overvekt og fedme lavere livskvalitet enn normalvektige. Overvekt og fedme kan være en kronisk lidelse som både er vanskelig å behandle og krever langsiktig, kanskje livslang oppfølging. Det gjør det viktig å legge vekt på forebyggingsstrategier rettet mot barnebefolkningen (Helsedirektoratet 2010).

Som sykepleier i skolehelsetjenesten og snart ferdig utdannet helsesykepleier har jeg gjort meg noen erfaringer når det gjelder oppfølging av barn med overvekt og fedme. Ganske tidlig la jeg merke til at denne delen av jobben var meget komplekst, utfordrende og tidkrevende. I tillegg var det lite opplæring. På bakgrunn av det ønsket jeg å benytte meg av muligheten til å tilegne meg mer kunnskap ved å skrive faglig fordypning om dette temaet.

1.2 Kroppsmasseindeks hos barn

Som regel er overvekt og fedme hos barn et resultat av en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk over tid, men det kan en sjelden gang komme som følge av ulike sykdommer eller medikamenter (Bergum Hansen mfl. 2019, Helsedirektoratet 2010). For å måle og identifisere overvekt og fedme hos barn bruker vi alder- og kjønns justert kroppsmasseindeks (KMI), også kalt Iso- KMI. Dette er andre KMI- verdier enn hos voksne, da de er utarbeidet med hensyn til at barnet er i vekst og utvikling (Folkehelseinstituttet 2004). Denne formelen forteller noe om balansen mellom høyde og vekt. Det er ulike former for definisjon av overvekt og fedme internasjonalt, men Norge følger The International Obesity Task Force (IOFT). Dette er en internasjonal ekspertgruppe som utarbeider KMI- tabeller basert på ulikt kjønn og alder. Den skiller mellom overvekt (Iso- KMI 25), fedme (Iso- KMI 30) og alvorlig fedme (Iso- KMI 35). Ettersom klassifikasjonsverktøyet for vekt ikke sier noe om hvordan fettmassen er fordelt på kroppen eller kan skille mellom muskel, og fettmasse bør denne type verktøy sees i sammenheng med en klinisk undersøkelse av barnet (Bergum Hansen mfl. 2019, Folkehelseinstituttet 2004).

1.3 Vekstkurver

Vekstkurver som brukes i helsestasjon- og skolehelsetjenesten i Norge er anbefalt av helsedirektoratet (2019) og er utarbeidet på grunnlag av datamateriale fra vekststudien i Bergen, hvor 8000 barn deltok i studien fra år 2003- 2006. Prosentilkurvene er delt inn i tre aldersintervaller (0-1 år, 1-5 år og 4-19 år), basert på ulikt kjønn og viser kroppsmasseindeks, vekt, hodeomkrets, samt lengde/høyde. Den vi bruker for skolebarn i alderen 6-19 år er norske vekstkurver som vurderer overvekt utfra IOFT` s grenseverdier som er markert øverst i prosentilkurven (Vekststudien 2007, Bergum Hansen mfl. 2019, Helsedirektoratet 2019).

1.4 Helsepsykeleier og skolehelsetjenestens rolle

I henhold til nasjonale retningslinjer for skolehelsetjenesten skal helsepsykeleier være pådriver for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet i barnebefolkningen, gjennomføre rutinemessig vekt- og lengde undersøkelse på alle barn i første- (skolestart undersøkelsen), og tredje trinn på barneskolen, samt gi videre oppfølging til barn som er i risiko for å utvikle overvekt og fedme. Oppfølging gis i henhold til nasjonalfaglige retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010, Helsedirektoratet 2019).

Helsefremmende og forebyggende arbeid er helt sentralt i vårt virke som helsepsykeleier i skolehelsetjenesten, herunder er også forebygging av overvekt og fedme hos barn en del av det. Formålet med skolehelsetjenesten er å fremme god fysisk og psykisk helse blant barn og unge. Som en del av dette arbeidet skal helsepsykeleier jobbe mot å oppdage risiko for utvikling av skade eller sykdom, samt sette i verk tiltak og gi helsehjelp på et tidlig tidspunkt (Helsedirektoratet 2019). I likhet med helsestasjonen driver skolehelsetjenesten med primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid som innebærer både allmennpreventive tiltak som å gi helseopplysning, å sette i verk ekstra tiltak ovenfor risikogrupper, samt hjelpe til med å begrense følgetilstander av et problem, skade eller sykdom (Markestad 2016). Forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot skoler er også fastslått i gjeldende forskrifter (Forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten, paragraf 6, 2018).

1.5 Brukerperspektivet

Utfra Pasient- og brukerrettighetsloven (2021) har barnet rett til helsehjelp og foreldre, plikter til å medvirke til at barnet får helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, paragraf 6-1, 2021). Barnet har også lovfestet rett til å bli hørt og involvert i saker som angår dem selv. Ifølge loven skal barnet sitt synspunkt og mening vektlegges i utformingen av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, paragraf 3-1, 2021). Samtidig har foreldre, krav på informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret (Pasient- og brukerrettighetsloven, paragraf 3-4, 2021). Dette samsvarer også med nasjonalfaglig retningslinje som sier at skolehelsetjenesten skal jobbe for at retten til medvirkning ivaretas både på individnivå og systemnivå (Helsedirektoratet 2019).

1.6 Tverrprofesjonelt samarbeid

I likhet med fastlegen har helsesykepleier et særlig ansvar for å identifisere og avdekke overvekt og fedme. Det er den som gjør disse vurderingene først som har ansvar for videre oppfølging, men fastlege skal involveres med tanke på utredning for å utelukke sykdom. Det er helsesykepleier som har hovedansvar for å etablere et samarbeid med flere faggrupper, både internt og eksternt. Helsesykepleier skal i henhold til nasjonalfaglig retningslinje etablere tverrfaglig samarbeid når det avdekkes fedme, altså Iso- KMI 30 (Helsedirektoratet 2019). Aktuelle samarbeidspartnere er skolelege, fysioterapeut, ergoterapeut og evt. familieveileder som er en del av lavterskel tilbudet i kommunen, men også barnevernstjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), Klinisk ernæringsfysiolog og skolen er aktuelle samarbeidspartnere. Barn med fedme kan også ha rett på oppfølging av en utnevnt koordinator som involverer overnevnte faggrupper og kaller inn til ansvarsgruppemøter (Helsedirektoratet 2010).

1.7 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å få kunnskap om hvilke arbeidsmetoder og utfordringer helsesykepleier har ved oppfølging av barn med overvekt og fedme.

Ved å innhente kunnskap om dette vil en kunne bidra til å videreutvikle og forbedre oppfølgingen i primærhelsetjenesten.

1.8 Problemstilling

Hvilke erfaringer har helsesykepleier med oppfølging av barneskoleelever med overvekt og fedme i etterkant av rutinemessig vekt- og lengde undersøkelse?

2.0 Teoretisk referanseramme

Den økologiske utviklingsmodellen Bronfenbrenner som ble presentert for verden i 1979 er en av utviklingspsykologiens mest kjente referansemodeller og teori. Overvekt og fedme kan forstås i lys av en slik modell, da en som barn og menneske blir påvirket av ulike faktorer i samfunnet. Som Gulbrandsen (2017) forklarer kan dette systemet brukes som et kart for å gi oss oversikt over ulike forhold som kan være betydningsfull for menneskets utvikling. Den tar hensyn til det sosiale miljøets påvirkning, og ikke biologiske faktorer. Den økologiske modellen innehar fem systemer. I drøftingen velger jeg å gå nærmere inn på to av systemene: mikro- og mesosystemene (Bronfenbrenner 1979).

3.0 Metode

Systematisk litteraturstudie av ti kvalitative forskningsartikler er valgt som metode i denne oppgaven. Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) innebærer en systematisk litteraturstudie å gjøre systematisk søk, kritisk granske informasjonen, og deretter sammenfatte litteratur som er relevant innen et valgt problemområdet eller emne. Litteraturen er data fra primærkilder som er publisert i vitenskapelige rapporter eller artikler (Forsberg og Wengstrøm 2013).

3.1 Litteratursøk

For å finne svar på problemstillingen og få mer inngående kunnskap valgte jeg å gjøre et litteratursøk som baserer seg på kvalitative funn fra sekundærdata, altså eksisterende litteratur og kilder (Jacobsen 2013).

Med hjelp av et utarbeidet PIO- skjema gjorde jeg søk i databaser som er relevant for problemstillingen, altså sykepleie, medisin, generell folkehelse og ernæring. Se vedlegg, «PIO- skjema» og «søkehistorikk» (Høyskolen i Molde 2021).

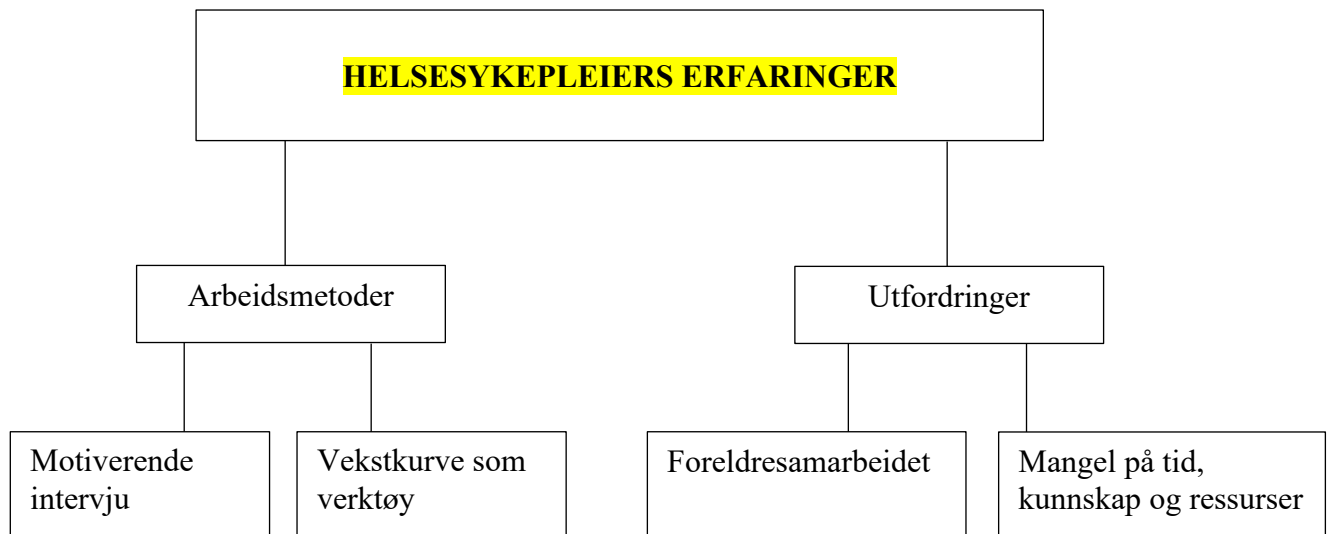
3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Helsesykepleierperspektivet, sykepleierperspektivet.	Artikler med kun foreldreperspektivet
Språk: norsk, dansk, svensk og engelsk.	Artikler med barneperspektivet
Originalartikler som er fagfellevurdert	Review artikler, fagartikler, masteroppgaver eller doktorgradsavhandlinger som er monografier.
Barneskoleelever (6-12 år)	Artikler med kun spebarn, små barn eller ungdom
Nyere artikler	Artikler eldre enn 10 år
Overvekt og fedme	Alvorlig fedme

3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Styrker	Svakheter
<ul style="list-style-type: none">○ Bruk av sjekklister fra helsebiblioteket.○ Veiledning av bibliotekar○ Studier som representerer flere land og verdensdeler (Skandinavia, England/UK og USA)○ Nyere forskning (ikke eldre enn 10 år).○ Mange artikler har skolehelsesykepleiere som utvalg.○ For å ivareta etiske hensyn la jeg vekt på etiske vurderinger. Alle artiklene er fagfellevurdert.	<ul style="list-style-type: none">○ Alene om kvalitetsvurdering av eget litteratursøk og forskningsfunn.○ Avansert engelskfaglig språk kan gi rom for feiltolkning som kan påvirke forskningsfunn.○ Egen forforståelse kan ha påvirket valg av artikler og tolkning av funn.○ Noen inkluderte artikler er ikke direkte knyttet til skolehelsetjenesten, men helsesykepleier på familiesenter.

4.0 Resultat



4.1 Arbeidsmetoder

4.1.1 Motiverende intervju

Det fremkommer utfra to studier at motiverende intervju ble brukt som arbeidsmetode i oppfølgingen av barn med overvekt og fedme (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014) og Thorstensson mfl. 2017). Motiverende intervju (MI) ble utfra helsesykepleiers erfaring sett på som både følelsesmessig belastende og som et godt verktøy i oppfølgingen (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014, Thorstensson mfl. 2017). Helsesykepleierne forklarte at målet med å bruke denne samtaleteknikken var å kunne motivere til en sunnere livsstil og styrke barnets trivsel og helse. De opplevde at MI var en måte å veilede til endringer på med en form for respekt for barnet og familien (Thorstensson mfl. 2017). Ifølge Bonde, Berntsen og Hindhede (2014) forklarer helsesykepleiere at teknikken tar utgangspunkt i barnets virkelighet og går ut på å stille åpne spørsmål, og bruke reflekterende lytting. De forteller at målet er å få barnet til å snakke, samt la familien konkludere med hva som er normalt. En helsesykepleier sa: «.....Hvis stort er normalt for familien, så er barnet normalt» (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014, s. 450). På den måten viser hun respekt for familiens mening. Helsesykepleier opplever MI- metoden som god, fordi den understreker at ansvaret ligger hos familien. Som en helsesykepleier sa: «Jeg kaster ballen tilbake- det er

livet ditt, hvordan vil du at det skal være?» (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014, s. 450)
Flere helsesykepleiere sier at de oppfatter MI- metoden som forenelig med egne normer og verdier, samt en metode de er kjent med fra før (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014).

Helsesykepleierne opplevde derimot også dilemmaer knyttet til bruk av MI- metoden. Det var ikke alltid samtalen gikk som de ønsket. Noen ganger opplevde de at foreldre og barnet kunne misforstå informasjonen. De opplevde tristhet eller sinne hos foreldre.

Helsesykepleierne opplevde at MI- metoden krevde mer følsomhet og ydmykhet. Som en helsesykepleier sa: «Det føles ikke som en god samtale hvis ideene ikke kommer fra barnet eller dets foreldre, da kan de være stille» (Thorstensson mfl. 2017, s. e255).

Helsesykepleiere forklarer at det oppstår et dilemma når foreldre ikke ser på overvekt som et problem. I tillegg hender det at barnet og foreldre har ulik oppfatning av om overvekten er et problem. Noen helsesykepleiere forteller at de da føler de har sviktet barnet, spesielt hvis de ikke får gi informasjon om risikoen knyttet til overvekt og fedme. I de tilfellene hvor overvekten er alvorlig synes helsesykepleierne at det er vanskelig å akseptere. De mente da at MI- som metode ikke passet. Helsesykepleierne peker på dilemmaet mellom å bevare familiens autonomi og ivareta det profesjonelle for å ta vare på barnets helse. Noen helsesykepleiere mener at MI- metoden legger for mye ansvar på familien. De mener at det bør jobbes med skole- og samfunnsstruktur i tillegg, for å få til endringer (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014).

4.1.2 Vekstkurver som verktøy

Flere studier (Støles, Glavin og Groven 2019, Thorstensson mfl. 2017, Bonde, Berntsen og Hindhede 2014) understreker at vekstkurver ble brukt aktivt som et verktøy i oppfølgingen, både i samtaler med foreldre og barnet, samt for å identifisere overvekt eller fedme. Ifølge Støles, Glavin og Groven (2019) brukte helsesykepleierne vekstkurven når de skulle formidle at barnet var overvektig. Helsesykepleierne i samme studie erfarte at det fungerte å snakke om plasseringen på vekstkurven, når de skulle formidle budskapet om overvekt. På den måten kunne de starte en dialog med foreldrene, hvor de kunne åpne opp om egne tanker og mulige forklaringer. Ved å bruke vekstkurven som et hjelpemiddel opplevde en helsesykepleier at foreldre også kunne sammenlikne resultatet med andre søsken. Helsesykepleieren kom med et eksempel på et sitat fra en forelder: «Sånn var

søsknene og, store. Men, de ble tynnere når de kom lenger opp og det ordnet seg» (Støles, Glavin og Groven 2019, s. 133).

Ifølge Thorstensson mfl. (2017) opplevde helsesykepleierne at det var godt å støtte seg til vekstkurven og kroppsmasseindeks i samtaler for å identifisere overvekt. Det brukte de i tillegg til kartlegging av fysisk aktivitet, kosthold, venner og holdninger til skolen (Thorstensson mfl. 2017). Som det også kom frem i Bonde, Berntsen og Hindhede (2014, s. 450) sin studie sa en helsesykepleier: «Jeg viser BMI- kurven og hvor barnet er på kurven. Målet er å få barnet til å snakke. Ofte har barna selv merket å være overvektig og er bekymret». En annen helsesykepleier forklarer BMI- kurven i sammenheng med klesstørrelser: «Jeg viser BMI- kurven og forklarer at dette området er størrelse liten, (peker på området under 50. persentil), dette er middels (mellom 50. og 90. persentil), og dette er stort» (over 90. persentil) (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014, s. 450).

Det kom frem at det også var krevende å bruke vekstkurven i noen situasjoner. Det gjaldt situasjoner hvor barnet var med på samtalen, og vekstkurven viste tydelig overvekt. Helsesykepleieren var redd for å si noe som kunne stigmatisere både foreldre og barnet. Å skulle gi kostholdsrad i slike situasjoner, vurderte hun som å gå over streken. Hun betegnet det som en «ovenfra- og ned- holdning» å møte foreldrene på denne måten. Flere helsesykepleiere synes det er vanskelig å finne gode formuleringer når de skulle formidle budskapet om overvekt. De følte at de måtte «veie sine ord». En helsesykepleier forklarer at hun har innarbeidet noen formuleringer som hun brukte når hun skulle snakke om overvekt hos barnet. Hun sa: «Barnet har vokst seg ut av kurven og at målet er å vokse seg inn i kurven igjen» (Støles, Glavin og Groven 2019, s. 134).

4.2 utfordringer

4.2.1 Foreldresamarbeidet

I flere studier omtales foreldresamarbeidet som en utfordring i oppfølgingen av barn med overvekt og fedme. Frykt for å påføre stigma, og redsel for foreldres reaksjon var også gjentagende kommentarer fra helsesykepleiere i flere studier (Støles, Glavin og Groven 2019, Steele mfl. 2011, Isma mfl. 2012). Helsesykepleierne så redselen i sammenheng med tidligere negative erfaringer, hvor foreldre hadde blitt fornærmet (Steele mfl. 2011).

Ifølge Støles, Glavin og Groven (2019) og Turner, Owen og Watson (2016) opplevde helsesykepleiere at det var flere foreldre som viste motstand og ikke ønsket et samarbeid. Helsesykepleiere opplevde at flere foreldre hadde lite motivasjon, og kapasitet til å hjelpe barnet sitt med endringer. De forteller at de følte seg mislykket når de ikke fikk med foreldrene på samarbeidet om barnets helse (Thorstensson mfl. 2017, Steele mfl. 2011). Det gikk igjen i flere studier at helsesykepleierne opplevde at mange foreldre ikke så på vekten som et problem. Noen foreldre så på høyere vekt som positivt og at barnet kom til å vokse seg ut av det (Turner, Owen og Watson 2016, Steele mfl. 2011). Samtidig opplevde helsesykepleiere noen ganger at barnet selv ga uttrykk for mistriivsel i forhold til egen overvekt, men at de fikk manglende støtte og hjelp fra deres foreldre (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014).

Flere helsesykepleiere presiserte viktigheten av god kommunikasjon. Det å bruke god tid på oppbyggingen av tillitt og bevare en god relasjon til foreldrene var viktig (Isma mfl. 2012). Ifølge helsesykepleierne er det å vise skjønn og diplomati sentralt i arbeidet med disse familiene. Som en helsesykepleier sa: «Jeg har lært å være forsiktig med det jeg sier til foreldrene. Det er vanskelig å vite hvordan en skal presentere en bekymring. Du vil ikke fornærme forelderen. Allerede fra starten er vekten sensitiv for foreldrene» (Isma mfl. 2012, s. 6). Noen synes det er enklere å snakke om kostholdet generelt uten å forholde seg til barnets vekt (Isma mfl. 2012). Samtidig mente halvparten av helsesykepleierne i studien (Steele mfl. 2011) at det som gjør det vanskelig å lykkes med å gi råd og veiledning er at overvekt har blitt den nye «normalen» i samfunnet. De opplevde denne samfunnsnormen som en barriere (Steele mfl. 2011).

4.2.2 Mangel på tid, kunnskap og ressurser

I flere studier omtales mangel på tid, kunnskap og ressurser blant helsesykepleiere som tre store utfordringer i arbeidet med barn i overvekt eller fedmekategorien. Ifølge samtlige helsesykepleiere hadde de lite tid til denne type oppfølging, da det stadig vekk var stor arbeidsbelastning og bemanningsutfordringer i tjenesten (Isma mfl. 2012, Turner, Owen og Watson 2016, Powell, Engelke og Neil 2017, Helseth mfl. 2017, Dawe og Coward 2019). Selv de stedene det var implementert retningslinjer, fulgte det ikke med ekstra ressurser til tross for at overvekt hos barn er et komplekst og tidkrevende arbeid (Helseth mfl. 2017). Tiden måtte ofte prioriteres og brukes til oppfølging av kronisk syke elever, vaksinerings og generell folkehelse (Powell, Engelke og Neil 2017, Turner, Owen og Watson 2016).

Helsesykepleiere oppga at de ofte følte på utilstrekkelighet på grunn av manglende tid og ressurser (Helseth mfl. 2017, Dawe og Coward 2019).

I tillegg til manglende tid og ressurser ga samtlige helsesykepleiere uttrykk for manglende kunnskap (Turner, Owen og Watson 2016, Steele mfl. 2011, Helseth mfl. 2017, Isma mfl. 2012). Flere studier pekte på utilstrekkelig opplæring, trening og manglende prosedyrer. Det virket som det var tilfeldig hvem som hadde fått opplæring og ikke (Turner, Owen og Watson 2016). Mange har bare vært nødt til å lære underveis mens man jobber med det. Det kom frem at alle ønsket mer opplæring i forhold til oppfølging av barn med overvekt og fedme (Turner, Owen og Watson 2016).

Ifølge Steele mfl. (2011) og Helseth mfl. (2017) oppga helsesykepleiere at de hadde utfordringer i forhold til kommunikasjonsferdigheter relatert til vektproblematikk hos barn. De ønsket mer kunnskap om hvordan de kunne føre en samtale om et slikt sårbart tema (Helseth mfl. 2017). Flere helsesykepleiere hadde også lite kunnskap om henvisningsmuligheter og aktuelle samarbeidspartnere (Steele mfl. 2011, Dawe og Coward 2019). Ifølge helsesykepleierne hadde det vært en støtte og alliert seg med annet helsepersonell (Steele mfl. 2011).

5.0 Drøfting

Hensikten med litteraturstudien var å få mer kunnskap om hvilke utfordringer og arbeidsmetoder helsesykepleier har i oppfølgingen av barneskoleelever med overvekt og fedme. I drøftingsdelen velger jeg å gå ut fra hovedfunnene og drøfte det opp imot bakgrunns teori, teoretisk referanseramme, og egne praksiserfaringer.

5.1 Helsesykepleiers arbeidsmetoder

I et av hovedfunnene i litteraturstudien ser vi at Motiverende intervju (MI) og vekstkurver var noe som helsesykepleier tok i bruk i oppfølgingen av barn med overvekt og fedme (Støles, Glavin og Groven 2019, Thorstensson mfl. 2017, Bonde, Berntsen og Hindhede 2014). Slik jeg tolker funnene har disse arbeidsmetodene både sine styrker og svakheter. MI- metoden samsvarer med det som står oppført i nasjonale retningslinjer for skolehelsetjenesten, som et mulig verktøy i oppfølgingssamtaler der atferdsendringer er nødvendig. Den kan brukes til alt fra rusbehandling til livsstilsendringer i forhold til kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2017). Vi vet at overvekt og fedme ofte påvirkes av livsstil, det er da naturlig å kunne ta i bruk en slik metode. Jeg har selv erfart at en slik samtalemetode i oppfølging og veiledning av foreldre til barn med overvekt og fedme ofte har gitt en form for ro, tillitt og optimisme, da den legger vekt på ressurser fremfor begrensninger, som også påpekes i forskningen. Det virker som metoden oppleves mindre krenkende på foreldre og barnet. Samtidig som det tilsynelatende ofte gir økt motivasjonen til å gjøre livsstilsendringer i hjemmet. Dette samsvarer også med tidligere forskning som understreker viktigheten av å jobbe for å øke motivasjonen, men også skape et tillit- og meningsfullt forhold til bruker (Golsater mfl. 2010, Johansson og Ehnfors 2006).

Som funnene i litteraturstudien viser opplever flere helsesykepleiere at denne metoden er i tråd med egne verdier og normer, samt en metode de var kjent med fra før (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014). Slik jeg ser det er denne metoden også forenelig med våre yrkesetiske retningslinjer 2,1- 2,6 (NSF 2019) og Pasient- og brukerrettighetsloven som sier noe om pasientens rett til medvirkning, fordi den tar utgangspunkt i brukerens autonomi (Pasient- og brukerrettighetsloven, paragraf 3-1, 2021). Grunnverdiene i metoden baserer seg på nysgjerrighet, aksept, partnerskap og medfølelse, og skal bidra til å oppmuntre bruker til å løse problemer i eget liv (Helsedirektoratet 2017). Men hva om

barnet eller foreldre ikke ser på vekten som et problem? Eller om barnet opplever det problematisk, men ikke foreldrene. Slike dilemmaer fremheves også i forskningen, og noe jeg vil drøfte nærmere under «foreldresamarbeidet». Her er jeg enig i at MI- metoden i noen tilfeller ikke alltid passer, og at metoden kan legge for mye ansvar over på familien.

I oppfølgingen av barn med overvekt og fedme har jeg erfart at helsesykepleiere ofte kombinerer flere ulike arbeidsmetoder, og at det ikke bare er én arbeidsmetode alene som avgjør om oppfølgingen er vellykket. Det støttes også av Bonde, Berntsen og Hindhede (2014) sin studie som viser til at helsesykepleiere ofte kombinerer bruk av MI- metoden med andre metoder, som for eksempel kognitiv terapi. I tillegg viser funnene i litteraturstudien at mange helsesykepleiere tar i bruk vekstkurver som et verktøy, og ofte viser til barnets vekstkurve i oppfølgingsamtaler (Støles, Glavin og Groven 2019, Thorstensson mfl. 2017, Bonde, Berntsen og Hindhede 2014). Som det blir beskrevet i teorien, vurderes overvekt utfra IOFT`s grenseverdier som er markert i kurven. Samtidig skal Iso- KMI og kurve sees i sammenheng med en klinisk undersøkelse av barnet, hvor fastlege også involveres. Som tidligere forskning viser, er ikke KMI- screening i seg selv en effektiv fedmeforebyggende strategi (Gee 2015).

Selv har jeg i egen praksishverdag erfart at foreldre ofte er opptatt av hvor barnet ligger på kurven, og har inntrykk av at de også ser på det som et nyttig hjelpemiddel. Helsesykepleier kan med hjelp av denne kurven vise til en uheldig vektutvikling med et visuelt bilde, som forklarer barnets vekt, både i forhold til alder og lengde. Jeg ser på det som en fordel når foreldre får ta del i et slikt verktøy. Som jeg tolker forskningsfunnene, vil dette hjelpemiddelet kunne stimulere til dialog rundt barnets vekt, da foreldre eksempelvis kan kjenne igjen barnets vekst i forhold til andre søsken, eller få anledning til å forklare andre mulige årsakssammenhenger. På den andre siden kan det være til hjelp for helsesykepleier når en skal uttrykke bekymring rundt en vektutvikling. I praksisstudiet brukte veileder vekstkurven aktivt i samtale med foreldrene. Hun viste foreldrene hvor barnet sannsynligvis kom til å være på kurven fram i tid om de ikke gjorde noen endringer i livsstilen, og pekte mot området «alvorlig fedme». Foreldrene så ut til å ta det mer på alvor når de fikk det forklart på denne måten.

Samtidig støtter jeg funnene i forskningen som sier at helsesykepleierne opplever det som vanskelig å vise frem kurven når barnet er til stede og vekstkurven viser tydelig overvekt

eller fedme. Helseesykepleiers arbeidsmetoder kan forstås i lys av Urie Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell (1979) på den måten at helseesykepleier er i barnets innerste krets, altså mikrosystemet. Utfra hvordan helseesykepleier involverer barnet i oppfølgingen, hvordan barnet blir snakket med, hvilken type informasjon barnet får, og ikke får vil ha en direkte innflytelse på barnets helse.

5.2 Helseesykepleiers utfordringer

I litteraturstudien avdekkes det en rekke utfordringer som helseesykepleier opplever i oppfølgingen av barn med overvekt og fedme. En av dem er foreldresamarbeidet. Når helseesykepleier arbeider med barn i barneskolealder er helseesykepleier, ifølge loven pliktig til å inngå et samarbeid og informere foreldre. Dette fordi foreldre skal kunne ivareta foreldrerollen, men og fordi barnet er helt avhengig av sine foreldre for å få til livsstilsendringer. Det er foreldre som gjør innkjøp av matvarer, og foreldre som bestemmer om barnet skal være med på idrett. I svært stor grad påvirkes barnet av foreldrenes livsstil, dette understøttes av tidligere forskning (Pearson, Ball og Crawford 2011) og kan sees i sammenheng med mikrosystemet, i Urie Bronfenbrenners modell (1979).

En studie (Bonde, Berntsen og Hindhede 2014) viste at selv når barnet ga uttrykk for mistriivsel i forhold til egen overvekt opplevde helseesykepleier at barnet fikk lite hjelp og støtte av sine foreldre. Når foreldre har en annen oppfatning av barnets overvekt enn hva barnet og helseesykepleieren har oppstår det utfordringer. Noe som også kom frem når helseesykepleier brukte MI- Metoden i samtale med foreldrene. I slike tilfeller tenker jeg at barnets rett til helsehjelp Jmf. Barns særlige rettigheter, må komme i første rekke, hvor foreldre plikter til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll og får forsvarlig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, paragraf 6-1, 2021). Jeg tenker at helseesykepleier bør presisere dette i de tilfellene foreldre ikke tar informasjonen på alvor eller nekter å samarbeide.

Samtidig er jeg enig med forskning som også sier at en også bør vise skjønn og diplomati i arbeidet med foreldrene (Isma mfl. 2012). Her tenker jeg at helseesykepleiers samarbeid med fastlegen blir grunnleggende, hvor en kan se på ulike muligheter for videre oppfølging sammen med foreldrene. Om samarbeidet uteblir og foreldre ikke oppfyller sin

plikt kan det være nødvendig å melde i fra eller rådføre seg med barnevernstjenesten, som også er en aktuell samarbeidspartner (Helsedirektoratet 2010). Samtidig vet vi også utfra forskningen at god kommunikasjon og oppbygging av tillitt er særlig viktig i arbeidet med disse familiene. Det presiseres også i teorien at helsesykepleier bør ha en respektfull tilnærming hvor en viser ydmykhet. En bør være bevisst på egen væremåte, egne holdninger, tanker, følelser og erfaringer, altså egen for-forståelse (Bergum Hansen mfl. 2019).

For å tilstrebe at retten til medvirkning ivaretas og gi oppfølging av god kvalitet er helsesykepleier avhengig av god tid, tilstrekkelig med kunnskap og ressurser. Forskning viser at det er store mangler her, og studier fra forskjellige land påpeker det samme (Isma mfl. 2012, Turner, Owen og Watson 2016, Powell, Engelke og Neil 2017, Helseth mfl. 2017, Dawe og Coward 2019). Disse utfordringene er gjenkjennelig fra egen praksishverdag, der jeg selv fikk erfare som nyansatt sykepleier i en helsesykepleierstilling at det var lite tid til å sette seg inn i verktøy, samt at det var mangel på systematisk opplæring. Som følge av det hadde kollegaer svært ulik kompetanse og syn på området. I likhet med det som beskrives i forskningen opplevde jeg og å måtte «lære mens jeg jobbet med det». Slik jeg ser det, ligger for mye av ansvaret på den enkelte helsesykepleier når det kommer til kvaliteten på oppfølgingen, og stiller meg undrende til om det bør være slik.

Helsesykepleiers utfordringer kan forstås i lys av «mesosystemet» i Urie Bronfenbrenners (1979) utviklingsmodell, ved at barnets helse blir både indirekte og direkte påvirket av helsesykepleiers samarbeid med foreldre. Opplever barnet at helsesykepleier har en god dialog med foreldrene, hvor foreldre eksempelvis etterlever kostholdsråd vil dette kunne ha en positiv innflytelse på barnets helse og utvikling, om det motsatte skjer vil det kunne ha en negativ innflytelse på barnets helse og utvikling.

6.0 Oppsummering

På bakgrunn av de store helsemessige konsekvensene overvekt og fedme har for barns utvikling, bør vi som samfunn fortsette å jobbe på forskjellige plan for å forhindre en negativ vektutvikling i barnebefolkningen

I likhet med funn som presenteres i forskningen har jeg inntrykk av at tjenesten vår har et stykke å gå når det gjelder å kvalitetssikre oppfølgingstilbudet til barn med overvekt og fedme. I Norge har vi nasjonale retningslinjer som skal veilede helsepersonell i å gi riktig oppfølging til denne brukergruppen. Til tross for retningslinjer gis det uttrykk for manglende opplæring og kunnskap rundt det å ha samtaler med familier om et slikt sensitivt tema. Med allerede stor arbeidsbelastning og bemanningsutfordringer i tjenesten blir det desto viktigere å inngå et samarbeid seg med andre faggrupper, som kan ta en større del i oppfølgingen av barn med overvekt og fedme. Samtidig bør det på ledelse- og organisasjonsnivå jobbes med å implementere systematisk opplæring og kompetanseheving hos ansatte. Dette er noen tiltak som kan bidra til å forbedre og videreutvikle oppfølgingen i primærhelsetjenesten.

Referanseliste:

Anti E, J. S. Laurent og C. Tomphins. 2015. "The health care provider's experience with fathers of overweight and obese children: A qualitative analysis. *Journal of pediatric health care*.

<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.05.003>

Arens R, H. Muzumdar. 2010. Childhood obesity and obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of applied Physiology*.

<https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00689.2009>

Bergum Hansen M, H. Holme, E. Solstad Olavesen og L. Valla. 2019. *Helsestasjonstjenesten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bonde Høstgaard A, P. Berntsen, og A. L. Hindhede. 2014. «School nurses' experiences with motivational interviewing for preventing childhood obesity. *The journal of school nursing*.

<https://doi.org/10.1177/1059840514521240>

Bronfenbrenner U. 1979. *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.

Caprio S. 2012. Development of type 2 diabetes mellitus in the obese adolescent: A growing challenge. *Endocrine Practice*.

<https://doi.org/10.4158/ep12142.ra>

Dawe N og M. Coward. 2019. "Exploring the role of school nurses in the prevention and management of childhood obesity". *British journal of school nursing*.

<https://doi.org/10.12968/bjsn.2019.14.5.230>

Forsberg C. Og Y. Wengstrøm. 2013. *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Forskrift om helsestasjonen- og skolehelsetjenesten. *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjonen- og skolehelsetjenesten*. Fastsatt ved kgl. Res. 19 oktober 2018. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

Folkehelseinstituttet. 2017. «Barn og overvekt». Oppdatert 11. September 2019. <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/overvekt/ungdom/>

Folkehelseinstituttet. 2004. «KMI for barn og unge». Oppdatert 1. Mars 2015. <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>

Folkehelseinstituttet. 2008. «Kroppsmasseindeks, vekt og høyde hos barn og unge». Oppdatert 22. Februar 2015. <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-vekt-og-hoyde-hos/>

Gee, K.A. 2015. School- based body mass index screening and parental notification in late adolescence: Evidence from Arkansas's Act 1220. *The journal of adolescent Health: Official Publication of the Society of Adolescent Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.05.007>

Golsater, M, Sidenvall, B. Lingfors, H. & Enskår, K. 2010. Pupils perspective on preventive health dialogues. *British Journal of School Nursing*. <http://doi.org/10.12968/bjsn.2010.5.1.46596>

Gulbrandsen L. 2019. Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell. *I oppvekst og psykologisk utvikling*. Redigert av Liv Mette Gulbrandsen, 51-72. Oslo: Universitetsforlaget.

Harriger J.A, J. K Thompson. 2012. Psychological consequences of obesity: Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of psychiatry*. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.678817>

Helsebiblioteket. 2016. «Sjekklistor». Lest 05.09.2021. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helseth S, K. Riser, B. Holmberg Fagerlund, N. Misvær og K. Glavin. 2017. Implementing guidelines for preventing, identifying, and treating adolescent overweight and obesity- School nurses` perceptions of challenges involved. *Journal of clinical nursing*.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13823>

Høgskolen i Molde. 2021. «Databaser- helse- og sosialfag» Lest 02.09.2021.

<https://www.himolde.no/bibliotek/databaser/helse-og-sosialfag/>

Isma G. E, A. C. Bramhagen, G. Ahlstrom, M. Ostman og A. K Dykes. 2012. «Swedish child health care nurses` conceptions of overweight in children: A qualitative study. *BMC public health*.

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

Jacobsen, D. 2013. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johansson, A, & Ehnfors, M. 2006. Mental health- promoting dialogue of school nurse from the perspective of adolescent pupils. *Vard i Norden*.

<https://doi.org/10.1177/010740830602600403>

Liu P- C, G.M. Kieckhefer, B-S. Gau. 2013. A systematic review of the association between obesity and asthma in children. *Journal of advanced nursing*.

<https://doi.org/10.1111/jan.12129>

Markestad, T. 2016. *Klinisk pediatri*. 3. Utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalt faglige retningslinje for helsestasjonen- og skolehelsetjenesten. 2019. «*Vekt og høyde: Skolehelsetjenesten bør måle vekt og høyde på barn og unge*». Oppdatert 11. November 2019.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/helseundersokelse-og-helsesamtale#veiting-og-maling-skolehelsetjenesten-bor-male-vekt-og-hoyde-pa-barn-og-unge>

Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. 2010. «Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oppdatert juli 2010.

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/4f5ecadd-82dd-49cf-9db9-4e5d818b3c15:6a50fcb2fa16e3628ea241a92821aeaeb40716ef/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Nazrat M. M og J. A. Yanovski. 2014. Prevalence and consequences of pediatric obesity. Google scholar. [Handbook of Obesity, Two-Volume Set - Google Bøker](#)

Pasient- og brukerrettighetsloven. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-4

Pearson, N, K. Ball og D. Crawford. 2011. Predictors of changes in adolescents` consumption of fruits, vegetables, and energy- dense snacks. *British Journal of Nutrition*.

<http://doi.org/10.1017/S0007114510004290>

Powell S. B, M. Keehner Engelke og J. A. Neil. 2017. «Seizing the moment: Experiences of school nurses caring for students with overweight and obesity. *The journal of school nursing*.

<https://doi.org/10.1177/1059840517717318>

Sahoo k, B. Sahoo, A.K. Choudhury, N.Y. Sofi, R. Kumar og A.S. Bhadoia. 2015. “Childhood obesity: Causes and consequences”. *Journal of Family Medicine and primary care*.

<https://10.4103/2249-4863.154628>

Shultz S. P, E. D'Hondt, P.W. Fink, M. Lenoir, A.P. Hills. 2014. The effects of pediatric obesity on dynamic joint malalignment during gait. *Clinical Biomechanics*.

<http://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2014.05.004>

Steel G. Ric, Yelena P. Wu, C. D. Jensen, Sydney Pankey, A. M. Davis og B. S. Aylward. 2011. «School nurses` perceived barriers to discussing weight with children and their family`s: A qualitative approach. *Journal of School Health*.

<https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00571.x>

Støles M, K. Glavin og K. S. Groven. 2019. «Hvilken betydning får omsorg i formidling til foreldre av et barns overvekt- helsesøstres erfaringer». *Nordisk sygepleieforskning*.

<http://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-06>.

Swinburn B. A, G. Sacks, K.D. Hall, K. McPherson, D.T. Finegood, M.L. Moodie, S.L. Gortmaker. 2011. The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*.

[https://doi.org/10.1016/s0140-67.36\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/s0140-67.36(11)60813-1)

Thorstensson S, C. Blomgren, A. J. Sundler og M. Larsson. 2017. «To break the weight gain- A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school». *Wiley journal of clinical nursing*.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13924>

Turner L. G, S. Owen og P. M. Watson. 2015. « Addressing childhood obesity at school entry: A qualitative experiences of school health professionals». *Journal of child health care*.

<https://doi.org/10.1177/1367493515587061>

Vekststudien. 2007. «Vekstkurver for norske barn i alderen 0-19 år». Oppdatert 27. Juli 2014.

<http://www.vekststudien.no/category/vekstkurver/>

World Health organization. 2021. «Obesity and overweight». Oppdatert 9. Juni 2021.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

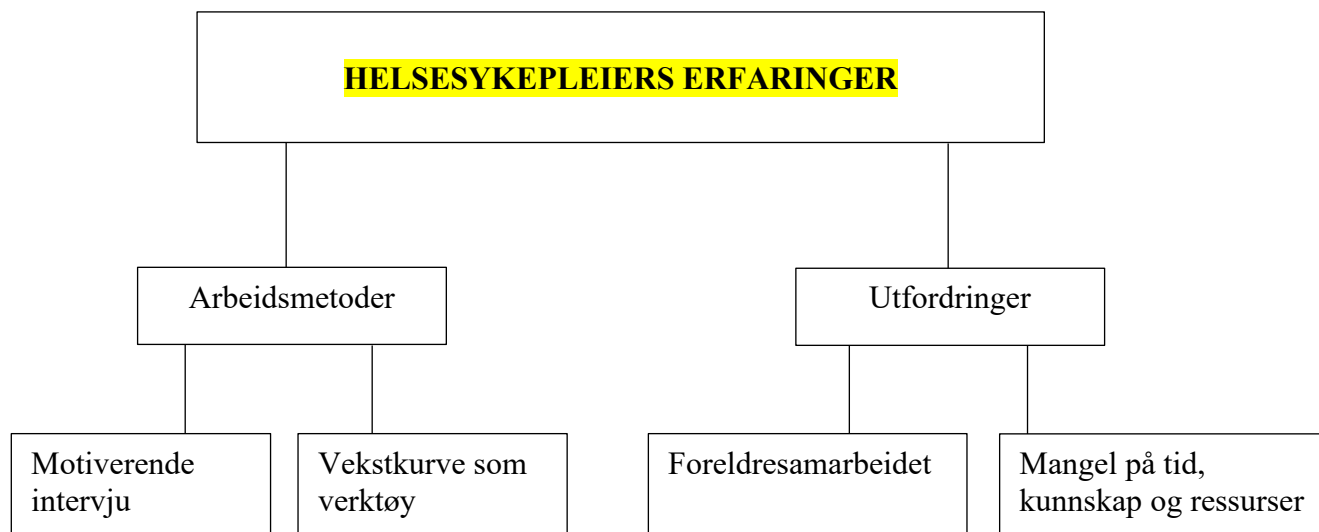
Vedlegg:

P	I	O
Overvekt Fedme Barn Skolebarn	Helsesykepleier Helsesøster	Erfaringer Opplevelser Synspunkt Holdninger
Overweight* Obesity* Obese* Children (6-12 years) Kids Youth Child	School nurse* Nurse* Health nurse*	Experience* Perception* Attitudes* Views*

Vedlegg 2 Søkehistorikk	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Fedme ELLER overvekt OG barn ELLER småskolebarn OG helsesøster ELLER helsesykepleier OG erfaringer	2.9- 21	Oria	18	4	2	1
Overweight* or pediatric obesity and school nurse* (school nursing or school health services) and experience*	5.9- 21	Ovid medline	40	14	9	5
Overweight* or pediatric obesity and school nurse* (School nursing or school health services) and experience*	5.9- 21	Ovid nursing	0	0	0	0
Overweight* or pediatric obesity and school nurse* (School nursing	5.9- 21	Embase	8	3	1	0

or school health services) and experience*						
Overweight* or pediatric obesity and school nurse* (School nursing or school health services) and experience*	5.9-21	Amed	0	0	0	0
Overweight or pediatric obesity and nurse* and experience* (Limits: child 6-12 years)	1.10-21	Ovid medline	22	4	2	1
Overweight or obesity or obese and children or kids or youth or child and health nurse or school nurse and experience or perceptions or attitudes or views	5.10-21	Chinahl	50	10	5	3
Overweight* or obesity* (Limit: child 6-12 years) and (school health nursing and child health) and experience* or view* or perception*	8.10-21	Ovid nursing	15	3	2	0

Flow diagram:



Underkategorier:	Artikkelnummer:
Mangel på tid og ressurser	4,5,6,9,10
Mangel på kunnskap	4,5,6,9,10
Foreldresamarbeidet	1,2,5,6, 8
Vekstkurve som verktøy	1,2,3,9
Motiverende intervju	1,2,3
Retningslinjer og oppfølgingsprogram	4,5,7,9

Artikkel nr. 1

Forfattere	Støles M, K. Glavin og K. S. Groven
År	2019
Land	Norge
Tidsskrift	Nordisk Sygeplejeforskning
Tittel	Hvilken betydning får omsorg i formidling til foreldre av et barns overvekt- helsesøstres erfaring.
Hensikt/ mål	Undersøke helsesøstres erfaringer med veiing og formidling av måleresultat.
Metode/ instrument	Kvalitativ metode. Individuelle dybdeintervjuer.
Deltakere/ frafall	6 helsesøstre/helsesykepleiere deltok
Hovedfunn	<p>Veiesituasjonen:</p> <p>Stor forskjell på hvordan helsesøstre gjennomførte veiingen og hvordan de kommuniserte med barna. Noen ville skjule måleresultatet ovenfor barna ved at de gikk baklengs på vekten, mens andre var åpne om resultater, men valgte å rette fokuset over på andre ting i rommet og presisere ovenfor barna at alle har ulike kropper.</p> <p>Formidling av måleresultat:</p> <p>Brukte vekstkurven som et verktøy/hjelpemiddel i samtalen. Krevende og utfordrende å stille spørsmål om vektutviklingen. Det kom frem at det var mye usikkerhet ift. Hvordan en skal gå frem og ta det opp med foreldre. Redd for stigmatisering av foreldre og barn. Gi råd i en sånn situasjon kan oppleves som en “ovenfra- og ned holdning”. Noen helsesykepleiere informerte foreldre pr. Post, andre pr. Telefon. Noen nevnte at de ønsket etablerte prosedyrer for dette. Andre som hadde, etablerte prosedyrer og fulgte disse ga uttrykk for at noen foreldre viste motstand, og ikke ønsket et samarbeid. Det ble gjort forsøk på å møte foreldrene med forståelse for at dette er et sårt og vanskelig tema, og samtidig innhente de til samtale sammen med barnet. Viste varsomhet i forhold til hvilke ord og formuleringer de brukte i samtalen. Eksempel på formulering/ord/uttrykk: “barnet har vokst seg ut av kurven, mål om å vokse seg inn igjen”. Deltakerne i studien nevnte at de ikke kunne tvinge seg på foreldrene eller være for tydelige, da de kunne føle seg som dårlige foreldre. En tilnærming som ble brukt var å la foreldre sammen med barnet komme med løsninger, samtidig som helsesøster bidro med sin kunnskap uten å kritisere. Andre helsesøstre var mer direkte, men sa ting på varsom måte.</p> <p>Barn i grenseland: Viktig å ikke fokusere så mye på hva kurven viser, men også vurdere kroppsbygning og ta høyde for endringer i livssituasjonen (nettopp ferietider, mer inaktiv pga. Sykdom/skader). Noen var tilbakeholden med å ta kontakt med foreldre når det var snakk om så små marginer, og at det var</p>

	unødvendig å engste foreldrene. Samtidig var det viktig å være ærlig og gi råd.
Etisk vurdering	Skriftlig informert samtykke. Det ble bemerket at opplysningene var anonymisert og at det var frivillig deltakelse. Godkjent av NSD.
Kvalitet	Fagfellevurdert. God.
Søk	1 (Database: Oria)

Artikkel nr. 2

Forfattere	Thorstensson S, C. Blomgren, A. J. Sundler og M. Larsson. 2017
År	Sverige
Land	Wiley journal of clinical nursing
Tidsskrift	
Tittel	To break the weight gain – A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school
Hensikt/mål	Å beskrive erfaringer skole- sykepleiere har med å arbeide med overvektige skolebarn
Metode/ instrument	Kvalitativ forskningsdesign med en fenomenologisk tilnærming. Semistrukturerte individuelle intervjuer. Det ble gjort opptak av intervjuene og de ble transkribert ordrett.
Deltakere/ frafall	6 kvinnelige deltakere (skole helsesykepleiere)
Hovedfunn	<p>Helsesykepleiere følte et ansvar for å identifisere overvekt hos skolebarn. De brukte verktøy som vekstkurver og kroppsmasseindeks i helsesamtale for å identifisere overvekt. Helsesykepleiere opplevde det som gode verktøy å støtte seg til. I tillegg stilte helsesykepleier spørsmål om fysisk aktivitet, kosthold, venner og holdninger til skolen.</p> <p>Overvekt ser ut til å påvirke barnets selvbilde og selvtillit i negativ retning. Barna trengte ofte følelsesmessig støtte av helsesykepleieren på skolen da de opplevde flere utfordringer knyttet til det å være overvektig. Utfordringer som ble nevnt var ensomhet, få venner, vanskelig å delta i fysisk aktivitet og mobbing.</p> <p>Samarbeid med foreldre: Det kom frem at helsesykepleier følte hun/han ofte måtte gi støtte til både foreldre og barnet. Foreldre fortalte om erfaringer med egen overvekt. De ga uttrykk for at de var bekymret for om barnet kunne utvikle spiseforstyrrelser om det var for mye oppmerksomhet rundt overvekten. Samtidig opplevde helsesykepleier det utfordrende når foreldrene hadde lite motivasjon til å hjelpe barnet med endringer. Helsesykepleierne opplevde at de mislyktes i sitt arbeid når de ikke fikk foreldrene med på å samarbeide om barnets helse.</p>

	<p>Motiverende samtale/intervju med barn og foreldre ble opplevd som følelsesmessig belastende da det krevde en viss sensitivitet. Hvis en ikke fikk til det kunne en risikere å fornærme enten barnet eller forelderen. Ved å ha motiverende samtaler forsøkte å helsesykepleieren å fremstå sensitiv og ydmyk. Motiverende samtaler var en måte å veilede barn og foreldre til å gjøre positive endringer ved å sette søkelys på deres styrker og utforske muligheter og eventuelle hindringer.</p> <p>Å jobbe steg for steg og gi støtte til små endringer ble oppgitt som suksessfaktorer. Det var viktig å tilpasse seg familiens livssituasjon, sette opp realistiske og oppnåelige mål/endringer. Det ble forsøkt å skape en balanse mellom matinntak og fysisk aktivitet. Helsesykepleieren erfarte at små endringer førte til langvarige endringer i livsstilen, samt at det økte motivasjonen til barnet. Målet var ikke å gå ned i vekt, men å forhindre vektøkning.</p>
Etisk vurdering	Denne studien er i følge etiske forskrifter og er i samsvar med Helsinkierklæringen. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og dets konfidensialitet og anonymitet. Fikk informasjon om at de kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt.
Kvalitet	Fagfellevurdert. God.
Søk	2 (Database: Medline)

Artikkel nr. 3

Forfattere	Bonde A. H, Peter Bentsen og A. L. Hindhede.
År	2014
Land	Danmark
Tidsskrift	The journal of school nursing
Tittel	School nurses 'experiences with motivational interviewing for preventing childhood obesity.
Hensikt/ mål	Undersøke helsesykepleiers erfaringer med å bruke motiverende intervju som metode for å forebygge fedme hos barn.
Metode/ instrument	Kvalitativ design. Semistrukturerte dybde intervjuer.
Deltakere/ frafall	12 helsesykepleiere/skolesykepleiere
Hovedfunn	Helsesykepleiere forteller om flere fordeler ved bruk av motiverende intervju i samtale med barn og foreldre med overvekt. Deriblant at det er positivt at de får plassere ansvaret hos familien og at de må selv være med å definere hva de ser på som et problem og ikke. Helsesykepleier opplever at foreldres motivasjon er avgjørende for endringsarbeidet. Om foreldre eller barnet selv ikke er motivert eller

	<p>ser på overvekten som et problem stopper de oppfølgingen. Flere helsesykepleiere oppga at de opplevde motiverende intervju som forenelig med egne normer, verdier og metoder de er kjent med fra før. Helsesykepleierne i studien hadde hatt et fire dagers kurs i motiverende intervju knyttet til barn med overvekt. De oppga samtidig at de brukte forskjellige metoder sammen med motiverende intervju. En sier hun brukte kognitiv metode som hun har hatt opplæring i (se sitat, bok). Hun opplevde at disse metodene hadde mye likhet.</p> <p>Samtidig erfarer helsesykepleierne at det oppstår et dilemma mellom det å ivareta og respektere familiens autonomi og påpeke viktigheten av å ta vare på det overvektige barnets helse. Helsesykepleierne opplevde det utfordrende når barnet og foreldre oppfattet vektproblemet ulikt eller hadde ulik motivasjon for endring. De opplevde at flere barn ga uttrykk for å mistrives med sin overvekt, men at de fikk manglende støtte og hjelp fra deres foreldre.</p> <p>Mangel på fysisk aktivitet ble også sett på som en utfordring i tillegg til kostholdsvaner når helsesykepleierne hadde motiverende intervju med barn og foreldre.</p> <p>En helsesykepleier ga uttrykk for at dette er mer enn bare foreldres utfordring, de mente at det er et komplekst samfunnsproblem som må jobbes med på flere måter enn bare motiverende intervju og rådgivning.</p> <p>Helsesykepleiere i studien oppga at de tok i bruk BMI- kurver som et verktøy i samtale med barn og foreldre. Helsesykepleierne stilte barnet og foreldrene spørsmål om hva de tenkte selv om kurven.</p>
Etisk vurdering	Det var ingen krav om etisk godkjenning. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og dets konfidensialitet og anonymitet. Fikk informasjon om at de kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. Intervjuene ble tatt opp og transkribert av forskningsassistent.
Kvalitet	Fagfellevurdert. God.
Søk	2 (Database: Medline)

Artikkel nr. 4

Forfattere	Powell S. B, M. Keehner Engelke og J. A. Neil.
År	2017
Land	USA, Carolina.
Tidsskrift	The journal of school nursing
Tittel	Seizing the moment: Experiences of school nurses caring for students with overweight and obesity
Hensikt/ mål	Utforske helsesykepleieres erfaringer med å gi omsorg til overvektige barn i skolen
Metode/ instrument	Kvalitativ metode. Dybdeintervjuer.

Deltakere/ frafall	10 helsesykepleiere/ skolesykepleiere.
Hovedfunn	<p>Det kom frem i alle ti intervjuer at det var mangel på tid og ressurser (mangel på støtte til elever og medisinsk personell, samt programmer). Men det var ikke mangel på vilje eller ønske om å forebygge fedme/overvekt.</p> <p>Utfordringer knyttet til liten tilstedeværelse på hver enkelt skole. Stor/ tung arbeidsmengde var også nevnt. Mye tid går bort til å arbeide med barn som har kroniske sykdommer, administrere medisiner og sjekke i mapper til elever som har kommet til skolen. Det blir en del oppfølging og brannsløkking. Det var en som hadde ønske om et eget program for barneskolen.</p> <p>Press fra skoleledelsen kom fram som en utfordring i 8 av 10 intervjuer. Helsesykepleierne synes det var vanskelig å ta ut elever fra undervisningen når det ikke var utfordringer som var direkte knyttet til det akademiske. De kan ikke tenke seg at det blir akseptert å ta ut elever for å gjøre BMI kartlegging.</p> <p>Omtrent alle helsesykepleierne sier at de har mange prioriteringer og lite tid til å jobbe med overvekt og fedme. Det gjør at de må gripe sjansen til å jobbe med dem når de får mulighet i forbindelse med andre type besøk eller intervensjoner. F. eks. Når de møter på de med kroniske sykdommer som astma eller diabetes som kan være relatert til fedme.</p>
Etisk vurdering	Godkjenning fra institusjonelle vurderingsnemner fra East Carolina University & Medical review board.
Kvalitet	Fagfellevurdert. God.
Søk	2 (Database: Medline)

Artikkel nr. 5

Forfattere	Turner G, S. Owen og P. Watson.
År	2016 (Turner, Owen og Watson 2016)
Land	England
Tidsskrift	Journal of child health care
Tittel	Adressing childhood obesity at school entry: Qualitative experiences of school health professionals.
Hensikt/ mål	Undersøke hvilken rolle helsepersonell i skolen kan ha for å optimalisere håndteringen av overvekt i tidlig alder.
Metode/ instrument	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervjuer, fokusgruppe intervju og spørreskjema.
Deltakere/ frafall	26 deltakere (hvorav 1 var mann). En blanding av skolesykepleiere og annet helsepersonell i skolen.
Hovedfunn	Mangel på klare retningslinjer/ protokoller og mangel på engasjement hos foreldre. Deltakerne opplevde at det ble en del individuelle vurderinger som førte til ulik oppfølging av barn med overvekt/ fedme. Deltakerne beskrev også utfordringer knyttet til

	<p>samarbeidet med foreldrene. Ofte så ikke foreldrene på barnets vekt som et problem, og avviste videre oppfølging eller henvisning. Faktorer som at foreldre hadde overvektproblematikk selv eller andre utfordringer som kunne være en årsak til det dårlige samarbeidet. I samtaler med foreldre hjalp det ofte å ha med barnet da det på den måten kom ærlige svar på spørsmål om kosthold. Når de snakket med foreldre, fikk de ofte kun sosialt aksepterte svar.</p> <p>Utilstrekkelig opplæring og kunnskap med tanke på å håndtere vektproblematikk hos barn ble også nevnt. De oppga at de hadde mangel på trening og faglig oppdatering. Det virket som det var litt tilfeldig hvem som hadde fått formell og uformell opplæring. Mange har bare vært nødt til å lære mens man jobber med det, og følte på en del usikkerhet. Det kom frem i spørreskjemaene at alle deltakerne ønsket mer opplæring ift. Oppfølging av barn med overvekt/fedme.</p> <p>Mangel på kapasitet og tid, samt bemanningsutfordringer blir nevnt. Foreldre møtte ikke opp til oppsatt tid, det ble derfor sett på som bortkastet tid å jobbe med vektproblematikk. Vaksinerings og generell folkehelse ble prioritert.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjenning fra Liverpool John Moores University research ethics. Innhentet skriftlig, informert samtykke fra alle deltakerne.
Kvalitet	Fagfellevurdert. God.
Søk	2 (Database: Medline)

Artikkel nr. 6

Forfattere	Steele R.G, Yelena P. Wu, Chad D. Jensen, Sydni Pankey, Ann M. Davis og Brandon S. Aylward 2011 (Steel mfl. 2011)
År	USA, midtvesten
Land	Journal of school health
Tidsskrift	
Tittel	School nurses`perceived barriers to discussing weight with children and their familys: A qualitative approach
Hensikt/ mål	Undersøke skolesykepleieres oppfatninger av barrierer for å håndtere vektrelaterte helseproblemer hos barn og deres familier.
Metode/ instrument	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuer.
Deltakere/ frakall	22 skolesykepleiere
Hovedfunn	Mangel på kunnskap og ressurser. Uvitende om henvisningsmuligheter og samfunnsressurser. Omtrent 1 av 4 skolesykepleiere oppga utfordringer i forhold til kommunikasjonsferdigheter relatert til

	<p>vektproblematikk for elever. De oppga at de hadde lite kompetanse på området. Det var vanskelig å vite hvordan de kunne motivere familier til å håndtere vektutfordringer. Samtidig kom det frem at skolesykepleiere som selv hadde utfordringer ift. overvekt/fedme var motvillige til å drøfte håndteringen av vektproblematikk med barn og foreldre. Noen var redd for å bli møtt med fordommer om skolesykepleieren selv var “tjukk”.</p> <p>Opplevde mangel på motivasjon hos foreldre, samt at foreldre ikke så på vekten som et problem. Foreldre hadde også ofte en kompleks familiesituasjon, manglende tid og ressurser til å følge opp barnet sitt aktivitetsnivå og kosthold. Økonomi spiller også en viktig rolle ift. Vektintervensjonsprogrammer.</p> <p>Familiekulturelle faktorer ble også nevnt som en barriere. Der språk, ulik forståelse og oppfatning av hva som er et sunt kost hold og normal kroppsstørrelse ble belyst. Skolesykepleierne ga uttrykk for at de ikke følte seg kompetent til å gi råd og veiledning til familier med en annen kulturbakgrunn.</p> <p>Frykt for å påføre stigma og redsel for foreldres reaksjon på å motta informasjon om barnets vekt var stor og ble også sett på som en barriere. Bekymringer rundt tidligere negative erfaringer med håndteringen av vektproblematikk i familier ble pekt på som en barriere. F. eks. At foreldre har blitt fornærmet.</p> <p>Mangel på støtte fra administrasjonen. Flere skolesykepleiere opplevde at rektorer var redd for foreldres reaksjoner om de skulle iverksette vektrelaterte intervensjoner. Vektproblemer hos enkelte i administrasjonen ble også sett på som en medvirkende årsak til at administrasjonen var motvillige.</p> <p>Begrensede muligheter til fysisk aktivitet og sunne matalternativer ble også nevnt blant skolesykepleierne.</p> <p>Tid som begrensning og for mange ansvarsområder.</p> <p>Halvparten av skolesykepleierne opplevde samfunnsnormen som en barriere. De uttrykte at overvekt har blitt den nye “normalen” i samfunnet. Det gjør det vanskelig å lykkes med å gi råd og veiledning.</p>
Etisk vurdering	Studien var godkjent av: The institutional review board of the university of Kansas, Lawrence, KS.
Kvalitet	Fagfellevurdert. Veldig god.
Søk	7. (Database: Chinahl)

Artikkel 7

Forfattere	Helseth S, K. Riser, B. H. Fagerlund, N. Misvær og K. Glavin. 2017
År	Norge
Land	Journal of clinical nursing
Tidsskrift	
Tittel	Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity- School nurses 'perceptions of challenges involved.
Hensikt/mål	Å få en bedre forståelse for helsesykepleieres oppfatning av utfordringer ved implementering av nasjonale retningslinjer for håndtering av overvekt og fedme hos ungdom.
Metode/ instrument	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju med semistrukturert intervjuguide.
Deltakere/ frafall	21 skolesykepleiere deltok.
Hovedfunn	<p>For omfattende og krevende retningslinjer. Helsesykepleierne følte seg lite involvert i utarbeidelsen av retningslinjene. Begrensede ressurser til å følge den type screening med vekt/høyde- målinger på tre tidspunkter i løpet av grunnskolen (1 klasse, 3 klasse og 8 klasse). Overbelastning og mangel på ressurser førte til en motvilje og boikott hos skolesykepleierne den første tiden etter implementeringen. Ekstra ressurser fulgte ikke med implementeringen. Komplekst og tidkrevende arbeid. Stor ansvarsbyrde og følelsen av utilstrekkelighet var ofte nevnt.</p> <p>Deltakerne opplevde at det var få henvisningsmuligheter og mangel på samarbeidspartnere en kunne diskutere komplekse problemstillinger med. Mange føler seg alene om ansvaret.</p> <p>Retningslinjene sier noe om når og hva du skal følge opp om overvekt og fedme, men lite om hvordan vi skal følge de opp. Helsesykepleierne i studien etterlyste kunnskap om hvordan de kunne føre en samtale om et slikt sårbart tema. De opplevde å stå ovenfor etiske utfordringer i samtaler med barn og unge om deres overvekt/fedme. Det kom frem at noen var redd for at barn/unge skulle utvikle spiseforstyrrelser når de snakket med de om det.</p>
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av regional Committee for Medical and Health Research ethics i Norge. Deltakerne mottok skriftlig informasjon og signerte et samtykkeskjema etter å ha blitt forsikret om konfidensialitetsspørsmål og retten til å trekke seg.
Kvalitet	Fagfellevurdert. God/mindre god ift. At dette var rettet mot ungdom. Samtidig er studien relevant og overførbar til mindre skolebarn da retningslinjene også er gjeldende for dem.

Søk	2. (Database: Medline)
-----	------------------------

Artikkel 8

Forfattere	Anti E. M. S, J. S. Laurent og C. Tomkins.
År	2016
Land	USA
Tidsskrift	Journal of pedriatic health care
Tittel	The health care provider`s experience with fathers of overweight and obese children: A qualitative analysis.
Hensikt/mål	Hensikten med denne studien var å undersøke helsepersonells erfaringer med å jobbe med fedre til barn med overvekt og fedme.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervjuer.
Deltakere/ frafall	Syv deltakere som var helsepersonell (to leger, to pediatriiske sykepleiere og tre familie- sykepleiere).
Hovedfunn	<p>Denne studien avdekte to hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) "Pappa i baksetet" 2) "Faderlig motstand". <p>Deltakerne opplevde at fedre hadde en passiv rolle, og lot ofte mødre delta i barnets vektkontroll. De opplevde at fedre ikke ville akseptere vekten som et problem, ofte kunne fedre til og med undergrave familiens innsats for å ta sunnere valg. Alle deltakerne opplevde at det var mer sannsynlig å møte på mødre når barnet kom til helsekontroller enn å møte på fedre. En sykepleier sa at hun omtrent kunne telle på en hånd hvor mange ganger hun har opplevd at en far har involvert seg i diskusjoner om vekt og trening, selv om hun har jobbet i flere delstater over flere år. Deltakerne uttalte at de så på fedre som mindre viktig i oppfølgingen da fedre ikke er like involvert i beslutninger som tas i husholdningen, eksempelvis matlaging, handle inn matvarer og barnets aktivitet. Deltakere opplevde at mødre var av større betydning for barnets vekst og utvikling. Deltakerne antydte at fedre som også hadde eneansvaret for barnet ikke tok ansvaret for foreldrerollen på den måten. En deltaker opplevde at fedre kunne bagatellisere barnets overvekt og mente at fedre generelt ikke var mottakelige. Det var en generalisering av fedres håndtering av barnets overvekt. De opplevde at fedre hadde en del motstand ift. Foreslåtte strategier for å løse vektproblematikken. En far sa f.eks. At han vokste opp sultent og ville dermed fortsette å gi barnet tilgang p all mat. Deltakerne beskrev fedre som ikke ville gjøre endringer i eget kosthold og dermed opplevde de som roten til problemet. Deltakerne hadde empati med enkelte mødre som hadde gitt uttrykk for at de forsøkte å gjøre endringer i hjemmet, men ble motarbeidet av fedrene som gjorde det stikk motsatte eller nektet dem i å gjøre endringer. Andre deltakere stilte spørsmål ved om mor la skylden over på far for at endringer ikke ble gjort i hjemmet.</p>
Etisk vurdering	Godkjenning fra Institutional review board.

Kvalitet	Fagfellevurdert. Mindre bra, da denne studien omtalte flere faggrupper og mindre spesifikt helsesykepleiere, samt at de jobbet på poliklinikker.
Søk	6 (Database: Medline, andre søkeord)

Artikkel 9

Forfattere	Isma G. L, A. C. Bramhagen, G. Ahlstrom, M. Ostman og A. K. Dykes. 2012
År	Sverige
Land	BMC family practice
Tidsskrift	
Tittel	Swedish child health care nurses' conceptions of overweight in children: a qualitative study.
Hensikt/ mål	Målet med studien var å belyse forestillingene om overvekt i barndommen, inkludert fedme, blant helsesykepleiere som jobber i barnehelsetjenesten.
Metode/ Instrument	Kvalitativ studie, individuelle intervjuer. Intervjuguide.
Deltakere/ frafall	18 helsesykepleiere deltok. En helsesykepleier i frafall grunnet arbeidsmengde.
Hovedfunn	<p>Overvektig, et sensitivt emne: Det kommer frem at helsesykepleierne er redd for foreldres reaksjon. Om de merker at de er defensive går de heller tilbake eller bytter tema. Når det da utsettes, gjøres det ikke igjen før ett år etterpå. Ifølge deltakerne ble det sett på som enklere å snakke om kosthold generelt uten å forholde seg til barnets vekt. Alle mente at det var viktig å ivareta forholdet til foreldrene. Å vise skjønn og diplomati var sentralt i arbeidet med disse familiene. Sitat: "Jeg har lært å være forsiktig med det jeg sier til foreldrene. Det er vanskelig å vite hvordan de skal presentere en bekymring. Du vil ikke fornærme forelderen. Allerede fra starten er vekten litt sensitiv for foreldrene."</p> <p>Overvekt hos barn en provoserende bekymring: En tilleggsbelastning på allerede anstrengte ressurser. Mangel på tid og antall besøk ble nevnt. Oppfattet overvekt og fedme hos barn som et omfattende og alvorlig problem. Det ble oppfattet som en konsekvens av foreldrenes livsstil. Deltakerne uttalte at de fikk automatiske negative tanker om familien. De synes det var vanskelig å godta og vanskelig å snakke med foreldre som lar barna deres bli overvektige. Flere deltakere mente at de så en sammenheng mellom dårlig økonomi og dårlig kosthold, samt lavere utdanningsnivå. De mente at disse familiene burde prioriteres av helsesykepleiere.</p> <p>Kulturelle forskjeller var også nevnt. I mange kulturer blir overvekt sett på som et tegn på helse og rikdom. Helsesykepleiere ga uttrykk for at det var utfordrende å kommunisere med disse foreldrene da de hadde ulikt syn på hva som er et sunt liv for et barn. De hadde erfart at utenlandske mødre ofte var bekymret for om barnet fikk nok mat. Ifølge deltagerne lot de aldri barna sine være sultne. De ga dem ofte "godbiter" eller snacks og at</p>

	<p>foreldre tror de er “snille” når de gjør det. En deltaker sier at hun ikke tror at det har noe med land å gjøre, men med kunnskap og tradisjoner.</p> <p>Bevissthet rundt problemet: Helsesykepleierne sier at de opplever at de fleste foreldre er klar over barnets overvekt, men at de nødvendigvis ikke anerkjenner det som et problem. Foreldre tror ofte at problemet går over av seg selv. En helsesykepleier sier: “Foreldre sier at det er genetisk og at barnet vil bli tynnere når han blir eldre. De føler ingen bekymring i det hele tatt. Min erfaring er at foreldre til barn med bare litt ekstra vekt uttrykker mer bekymring enn de som har barn som er mer overvektige.” Andre ganger får helsesykepleierne inntrykk av at mødre pynter på virkeligheten og sier det de tror helsesykepleierne vil høre, fremfor det som er virkelighet. Deltakerne ga uttrykk for at fedre ofte ble opplevd som mer ærlige, samme gjaldt barnet selv.</p> <p>Problem med å sette grenser: Deltakerne var enige i at det i noen familier ikke så ut til å ha regler for kosthold. Helsesykepleierne hadde inntrykk av at det var vanskelig for foreldrene å si nei til barna sine siden mat har en følelsesmessig betydning og kan være en erstatning for foreldrekjærlighet. En helsesykepleier sa: “... Noen av foreldrene gir dem mat så lenge de skriker. Det er en måte å roe dem ned.”.</p>
Etisk vurdering	Godkjent av Regional ethical review board i Lund, Svergie. Intervjuene var frivillige. Skriftlig og muntlig informasjon, informert samtykke. Intervjuene ble gjennomført i henhold til Helsinki- erklæringen.
Kvalitet	Fagfellevurdert. God. Svakheter: At det så ut til å gjelde mindre barn også på en slags helsestasjon. Men velger å ta den med da den også omhandler barnets første skoleår (?)
Søk	7 (Database: Chinal)

Artikkel 10

Forfatter	Dawe, N og M. Coward
År	2019
Land	England/ UK
Tidsskrift	British journal of school nursing
Tittel	Exploring the role of school nurses in the prevention and management of childhood obesity
Hensikt/ mål	Å undersøke rollen som helsesykepleiere har i å håndtere og forebygge barnefedme i barneskolen.
Metode/ instrument	Fokusgruppe intervju.
Deltakere/ frafall	23 deltakere fordelt på to fokusgrupper i tillegg til en virtuell gruppe.

Hovedfunn	<p>Barrierer: Lav bemanning, få ressurser, store saksmengder, begrensede henvisningsmuligheter og evne til å yte en rettferdig tjeneste.</p> <p>Synet på skole- helsesykepleiers rolle: reaktiv tjeneste, ikke proaktiv, skoler som er uvitende om helsesykepleier, helsefremmende arbeid er ikke prioritert.</p> <p>Evne til å levere helsefremmende arbeid: partnerskap arbeid, støttende rolle, tilgang til foreldre og lærere og begrenset tid på skolen.</p> <p>Helsefremmende arbeid er nøkkelen til helsesykepleiers rolle i skolen: helseundervisning for lærere, foreldre og barn, andre aspekter som kan ha innvirkning på fedme og viktigheten av helsefremmende arbeid.</p>
Etisk vurdering	Skriftlig informasjon sendt på e- e-post. Informasjon om frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg. Studien har fått etisk godkjenning av University of Surrey and the health Research Authority.
Kvalitet	Fagfellevurdert
Søk	7 (Database: Chinal)