



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Hvordan forebygger helsesøster overvekt i barneskolen?

How does Public Health nurse prevent obesity in elementary school?

Kandidatnummer 445

Fordypningsoppgave ved helsesøsterutdanningen 4HFORD1

Helsesøsterutdanningen, kull HELSØ 2014, Høgskolen i Hedmark, 2016

Veileder: Marie Dahlen Granrud

Antall ord: 5500



---

# Innhold

<b>INNHold</b> .....	<b>3</b>
<b>NORSK SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	<b>6</b>
1.1 VALG AV TEMA OG DETS RELEVANS FOR HELSESØSTERS FUNKSJON.....	6
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING.....	6
1.3 BEGREPSAVKLARINGER.....	7
<b>2. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b> .....	<b>8</b>
2.1 HELSESØSTER SIN ROLLE.....	8
2.2 ÅRSAKER TIL OG KONSEKVENSER AV OVERVEKT.....	9
2.3 FORELDREROLLEN.....	10
2.4 MOTIVASJON FOR ENDRING.....	10
2.5 BETYDNING AV FYSISK AKTIVITET.....	11
<b>3. METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE.....	12
3.2 FORSKNING AV KVALITATIVE OG KVANTITATIVE PERSPEKTIV.....	12
3.3 INKLUSJONS-OG EKSLUSJONSKRITERIER.....	12
3.4 BESKRIVELSE AV SØKEPROSESSEN.....	13
3.5 ETISKE VURDERINGER.....	14
3.6 METODEDISKUSJON.....	14
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
<b>5 DISKUSJON</b> .....	<b>19</b>

---

5.1 HELSESØSTERS ERFARINGER MED FOREBYGGING AV OVERVEKT I SKOLEN .....	19
5.2 FORELDREINVOLVERING .....	20
5.3 NYTTEN AV TILTAK SOM FYSISK AKTIVITET OG KOSTHOLDSRÅD .....	21
<b>6. KONKLUSJON .....</b>	<b>23</b>
<b>7. LITTERATURLISTE .....</b>	<b>24</b>
<b>Vedlegg 1, søkehistorikk</b>	
<b>Vedlegg 2, picoskjema</b>	
<b>Vedlegg 3, søkeord</b>	
<b>Vedlegg 4, litteraturmatrise</b>	
<b>Vedlegg 5, vurderinger av inkluderte artikler</b>	

## Norsk sammendrag

**Tittel:** Hvordan forebygger helsesøster overvekt i barneskolen?

**Nøkkelord:** Forebygge, overvekt, barn, barneskolen, helsesøster.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å få innsikt i hvordan helsesøster kan forebygge en videre utvikling av overvekt hos barn i barneskolen der overvekt allerede har oppstått.

**Problemstilling:** Hvordan kan helsesøster forebygge en videre utvikling av overvekt hos barn i barneskolen?

**Metode:** Min oppgave er en litteraturstudie. For å tilegne meg kunnskap om hvordan helsesøster kan forebygge en videre utvikling av overvekt hos barn i barneskolen har jeg fordypet meg i relevant forskning og litteratur.

**Resultat:** Mine funn viser at mange helsesøstre har positive opplevelser i det forebyggende arbeidet mot overvekt og fedme hos barn i skolen. Å motivere barn til å endre vaner viser seg å være den vanskeligste oppgaven for helsesøstre. De ønsket derfor mer opplæring i motiverende samtaler med barn og deres foreldre. En annen viktig del var å få bort følelser som skyld og skam hos barnet. Arbeidet mot overvekt og fedme må også ha et langsiktig perspektiv for å få foreldrene og barna motivert for å få til en vektreduksjon hos barnet. Helsesøstrene så på foreldrene som den essensielle samarbeidspartneren i arbeidet. Helsesøstre i skolen oppfattet store mengder og mangel på tid til å innføre forebyggende tiltak mot overvekt og fedme. Studier viste også at forebyggende tiltak med økt fysisk aktivitet og fokus på kosthold hadde gode effekter.

**Konklusjon:** Det må settes mer fokus på overvekt og fedme fordi det er et stort og økende problem i befolkningen. I skolen må det være et prioritert satsingsområde der helsesøster en viktig ressurs i forebyggingen. Men mangel på tid og store mengder arbeid kan begrense dette. En forutsetning er at helsesøster har tid til å sette i verk tiltak. Arbeid mot overvekt og fedme må ha et langsiktig perspektiv for å få redusert vekten hos barnet og få både barnet og foreldrene motivert. Det forutsetter at helsesøster har den kunnskapen hun trenger til å tilnærme seg barn og deres foreldre på en profesjonell måte.

# 1. Introduksjon

## 1.1 Valg av tema og dets relevans for helsesøsters funksjon

Forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge er et økende problem i Norge også over hele verden. I USA anslås 16 % av barn og unge som fete, 34 % er overvektige. I Europa er forekomsten høyest i sørlige deler med overvekt rundt 25 % og fedme mellom 10-15 %. Noen av årsakene er uheldige kostvaner, inaktivitet og mye tid fremfor tv eller dataskjerm. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for barnets psykiske og fysiske funksjon og sykdom i voksen alder (Helsedirektoratet, 2010).

På bakgrunn av dette og erfaring jeg fikk da jeg var i praksis i skolehelsetjenesten har jeg derfor valgt og ta for meg temaet overvekt blant barn i barneskolen. Temaet jeg har valgt er som nevnt et stort og økende problem blant barn og det trengs å forebygge en uheldig utvikling av overvekt blant barn i skolen.

Overvekt og fedme er et felt for samarbeid og tverrfaglighet der helsesøstre blir utpekt til å ha det beste utgangspunktet for å yte hjelp til overvektige barn og deres familier (Øen, 2012.) Øen (2012) sier at dersom barna blir veid inne på helsesøster sitt kontor, kombinert med samtale med barnet, kan det bli en god løsning. Det vil kunne si noe om unormal vektforandring og gir mulighet til og gi hjelp på et tidlig tidspunkt.

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

Jeg har valgt å se nærmere på hvordan helsesøster kan forebygge overvekt i barneskolen. Ved å gjennomføre samtaler med vekt og høyde måling i 3.klasse kan helsesøster oppdage de barna som ligger øverst på persentilen for normalvekt og sette inn tiltak på et tidligst mulig tidspunkt. Helsesøster kan på denne måten oppdage de barna som er i faresonen og være en viktig person i det forebyggende arbeidet for å hindre en videre utvikling av overvekt. Så min problemstilling blir derfor:

**«Hvordan kan helsesøster forebygge en videre utvikling av overvekt hos barn i barneskolen?»**

Målinger på 3.klassetrinn er et gunstig tidspunkt for vurdering av blant annet å bryte eventuelle helsemessige ugunstige levevaner (Helsedirektoratet, 2010). Det er kanskje på dette tidspunktet helsesøster kommer inn i bildet og kan starte forebyggende tiltak mot overvekt og fedme. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å avgrense det til forebygging i barneskolen og sett bort fra ungdomsskolen og barn under 6 år i oppgavebesvarelsen min. Gruppeterapi og kognitiv atferdsterapi (m.flere) er også metoder som brukes i forebygging av overvekt, men på grunn av oppgavens begrensning har jeg ikke kunnet gå nærmere inn på dette. Det anbefales også vekt og høydemåling på 8.trinn der målingene vil gi svar på hvordan vekst utviklingen har vært i barneskolen. I tillegg skal elevene ha oppfølging på indikasjon eller etter eget ønske (Helsedirektoratet, 2010).

### 1.3 Begrepsavklaringer

Kroppsmasseindex:

Kroppsmasseindex er verdiens plassering i forhold til grenseverdi for henholdsvis overvekt som er iso-KMI over 25 og fedme iso-KMI som er over 30. Det anbefales kjønns- og aldersjusterte grenser for overvekt og fedme hos barn fra 2-18 år på grunn av redusert skjelett- og muskelmasse før puberteten hos barn (Helsedirektoratet, 2010.) Videre i oppgaven min bruker jeg ordet BMI (bodymassindex) fordi dette er benyttet i de ulike resultatene jeg har funnet.

Persentil:

Det er utarbeidet normalkurver for vekstparametre for norske barn. Den midtre linjen i prosentilskjemaene, 50-prosentilen er middelverdien for friske barn, den laveste linjen 3-prosentilen indikerer at 3 % av alle friske barn har et lavere mål mens 97 % har et høyere mål (Markestad, 2013.)

## 2. Bakgrunn for valg av tema

Barnevekststudien som ble gjennomført i 2008 viste at mellom 16-18 % av dagens 9 åringer lider av overvekt og 4 % av fedme (Helsedirektoratet, 2010). I følge WHO (2016) har fedme doblet seg på verdensbasis siden 1980. I 2014 var 1,9 billion ungdommer overvektige, 600 millioner av disse var overvektig eller hadde fedme i 2013.

Overvekt og fedme er krevende og behandle, det må derfor legges stor vekt på forebygging blant barn og unge. For barn i risikogrupper er tidlig intervensjon med oppfølgingstiltak for hele familien vist seg og gi best resultater. Det vil si at disse barna og foreldrene deres trenger ekstra oppfølging og noen en individuell plan for å motivere og legge til rette for endring av levevaner. For å identifisere og følge opp barn med overvekt er det viktig at flere aktører samarbeider. Ved siden av foreldrene er barnehage- og skolesektoren viktige samarbeidspartnere (Helsedirektoratet, 2010.)

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt oppgave hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og er et prioritert satsingsområde. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal blant annet bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og ungdom fra 0-20 år (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Med forebyggende arbeid forstås tiltak som er rettet mot å redusere sykdom eller skade, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom eller skade/tidlig død. Det primærforebyggende arbeidet rettes mot alle mens i det sekundærforebyggende er målet å oppdage sykdom/skade tidlig slik at videreutvikling eller tilbakefall kan unngås eller holdes under kontroll. Tjenesten skal samarbeide med hjem, skole og det øvrige hjelpeapparatet i samfunnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004.)

### 2.1 Helsesøster sin rolle

Helsesøster ansees og ha den beste muligheten til å yte hjelp til barn med overvekt fordi de har kontakt med alle barn og deres familier og dermed lett tilgjengelige for de som er i risiko for overvekt og fedme. De har dermed muligheten til å oppdage og sette i verk tiltak på et tidlig tidspunkt. Når overvekt er avdekket hos et barn er det av betydning at faglige ressurser i kommunen blir involvert slik at en på best mulig måte kan hjelpe barnet og familien til endringer i kost og aktivitetsvaner (Øen, 2012.)



---

I møtet med det overvektige barnet og familien er det viktig at man som fagperson viser respekt og ydmykhet og har en spørrende tilnærming. En må være oppmerksom på sine egne holdninger og erfaringer knyttet til overvekt, mat og kropp. En må finne ut hva familien trenger hjelp til og hva de bekymrer seg for. I tillegg må en finne ut hvilke erfaringer foreldrene har til å stoppe barnets vektutvikling, hvilke ressurser de har til å gjøre en varig livsstilsendring og gi råd dersom de ønsker det. Samtidig må en trygge de på at det er god omsorg å stoppe en helsefarlig vektutvikling (Helsedirektoratet, 2010.)

Helsedirektoratet (2010) anbefaler rutinemessige målinger av høyde og vekt og har utarbeidet nasjonal faglige retningslinjer til bruk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det foreslås også rutinemessig vekt- og høydemåling av alle i elever ved skolestart og på 8.trinn.

## 2.2 Årsaker til og konsekvenser av overvekt

Det er komplekse årsaksforhold som fører til vekstsvik hos barn og skyldes en langvarig positiv energibalanse. Fedme i barndom og ungdom gir en betydelig økt risiko for fedme i voksen alder. Overvekt har også en sterk arvelig komponent, arv kombinert med disponerende miljøfaktorer eller feil bruk av ulike medikamenter hos barn kan også ha en risiko for vektøkning. (Helsedirektoratet, 2010).

Økt skjermtid kan bidra til utvikling av overvekt gjennom redusert aktivitet, økt inntak av mat og sukkerholdige drikker og påvirkning fra næringsmiddelreklame. Et unormalt spisemønster hos en forelder kan føre til den samme vanen hos barnet og dermed høyere kroppsvekt (Helsedirektoratet, 2010).

Overvekt og fedme gir i følge Ebbeling, Pawlak & Ludwig (referert i Helsedirektoratet, 2010) økt risiko for utvikling av høyt blodtrykk, nedsatt glukosetoleranse og type2 diabetes, psykososiale problemer, lungesykdommer, søvnapne og ortopediske problemer.

## 2.3 Foreldrerollen

For å hjelpe barn med overvekt må hjelpen rettes mot det miljøet barnet tilhører der foreldrene er de viktigste hjelperne. Når overvekt blir oppdaget bør en ta dette opp med foreldrene på en slik måte at de forstår at det finnes hjelp og et håp om å endre utviklingen (Øen 2012.)

Øen (2012) sier også at en må vise varsomhet for ulike erfaringer og sensitivitet for temaet, formidle den kunnskapen som finnes og hvordan overvekt kan virke negativt inn på helsen. I tillegg må foreldrene få informasjon om hvilke muligheter de har til og bli fulgt opp videre. Tillitt er avgjørende i det første møtet med familien og er avgjørende for om de ønsker å ta imot hjelp.

Det fremheves at positivt foreldreskap og aktiv involvering av foreldre kan gi økt suksess for å forebygge fedme hos barn (Steinbeck & McLean, referert i Øen, 2012.)

## 2.4 Motivasjon for endring

Motivasjon kan defineres som årsaker til menneskelige handlinger, det vil si faktorer som setter i gang og opprettholder atferd. Motivasjon handler også om tanker og følelser som påvirker atferd. Motivasjon og mestring har innvirkning på hverandre, en person som er motivert vil også lete etter måter og gå til endring på. Dersom en har tro på egen evne til endring blir det lettere og holde motivasjonen oppe (Glavin, Helseth & Kvarme, 2009).

For å få til endringer er det nødvendig å arbeide med å snu tanker og følelser knyttet til atferden (Glavin et al., 2009). Endringsarbeidet i starten handler om å bygge motivasjon og utforske ambivalens knyttet til å gjøre en endring. Motiverende samtaler med endringsfokuset rådgivning kan være et nyttig verktøy i motivasjonsarbeidet. Å gjøre en endring kan være vanskelig, opplevelse av mestring vil derfor være en forutsetning for atferdsendring (Helsedirektoratet, 2010). I følge Tveiten (2008) kan mestringskompetansen bli styrket gjennom oppdagelse og læring under veiledning.

Gjennom motiverende intervju kan en få den det gjelder til og snakke om sine levevaner og om hva den tenker og vil i forhold til matvaner, den fysiske aktiviteten og overvekten. Rådgiveren sin oppgave er å se den andre parten sine muligheter og ressurser hos seg selv og formidle at det er den gjelder som bestemmer hvordan det skal gjøres. Gjennom samtalen vil

rådgiveren bidra til at valgene går i positiv retning og støtte den andre parten i å sette et mål for hvordan situasjonen kan håndteres videre (Ivarsson, Krybelborn & Lycke, 2013).

## 2.5 Betydning av fysisk aktivitet

Målet med fysisk aktivitetsendringer er å skape gode vaner som bidrar til optimal vekst og utvikling og i tillegg god helse. For å bidra til å redusere en vektøkning anbefales barnet å være mer fysisk aktiv og de nasjonale anbefalingene for barn er 60 minutter moderat til høy aktivitet hver dag. Det er viktig å se hvor aktiv barnet er i utgangspunktet for hva en kan oppnå ved intervensjon (Helsedirektoratet, 2010.)

## 3. Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Min fordypningsoppgave er en litteraturstudie. Ifølge Dalland (2012) er den litterære oppgaven basert på eksisterende kunnskap og i oppgaven beskriver en fremgangsmåten og gjør rede for valg av litteratur. For å tilegne meg mer kunnskap om hvordan helsesøster kan jobbe forebyggende mot overvekt har jeg fordypet meg i dette temaet og funnet relevant litteratur og forskning.

### 3.2 Forskning av kvalitative og kvantitative perspektiv

Forskning er kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap. Kunnskap fra forskningen kan for eksempel forklare fenomener og årsaksforhold, beskrive forekomsten av en tilstand, gi økt forståelse for enkeltpersonene sine opplevelser eller anslå effekter av tiltak (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

Thornquist (2003) sier at målet med kvalitativ forskning er å komme frem til dybdekunnskap og få en helhetlig forståelse, mens målet med kvantitativ forskning er å skaffe seg blant annet kunnskap om omfanget og utbredelsen og statistiske sammenhenger i forhold til mange enheter. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å inkludere seks studier som er både kvalitative og kvantitative metoder, i tillegg har jeg valgt å ta med en fagfelleevaluering og en oversiktsartikkel for å få et bredere svar på min problemstilling. For kritisk vurdering av de ulike artiklene har jeg brukt kunnskapssenteret (2014) sine sjekklister og laget en tabell inspirert av Centre for Reviews and Dissemination (2009) som sammenfaller med punktene i kunnskapssenteret.

### 3.3 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

I seleksjonen av artikler er det viktig å unngå systematiske feil, derfor er det viktig å avgjøre inklusjons- og eksklusjonskriterier på forhånd (Kunnskapssenteret, 2013).

Inkluderingskriterier:	Ekskluderingskriterier:
Norsk, dansk, svensk eller engelsk språklige	Andre språk
Barn i barneskolen	Ungdomsskole elever
Artikler fra 2006-2016	Artikler eldre enn 10 år gamle
Kvalitative og kvantitative studier, review artikler, fagfelleverderte	Artikler som omhandlet følgesykdommer av overvekt og fedme

### 3.4 Beskrivelse av søkeprosessen

Et godt utført litteratursøk er viktig for å identifisere all relevant forskning som har vært utført på et bestemt spørsmål (Kunnskapssenteret, 2013). For å få en oversikt over hvilke søkeord jeg ville bruke for å finne svar på problemstillingen min satte jeg disse søkeordene inn i et PICO skjema. PICO er en måte og dele opp spørsmålet på, slik at det blir strukturert på en hensiktsmessig måte og er avgjørende for å kunne jobbe kunnskapsbasert (Nortvedt et al., 2012). Når jeg fikk satt ordene inn i et skjema ble det mye lettere for meg og se hva jeg ønsket og vite noe om og hvilke søkeord jeg kunne bruke i de ulike databasene.

Jeg søkte systematisk etter vitenskapelig litteratur i de ulike databasene og brukte noen ulike kombinasjoner i søkene. Der emneordene ikke eksisterte brukte jeg andre søkeord. (Se vedlegg 3, tabell over søkeord.) Søket mitt startet jeg høsten 2015 og fortsatte søket våren 2016. Jeg startet søket mitt aller først i google scholar der jeg fant relevant forskning i forhold til min problemstilling. Videre søkte jeg i databaser som Swemed, Pubmed, Cinahl, Ovid Medline, Cochrane og Idunn. På biblioteket fikk jeg tips om å søke spesielt i Cochrane Library og i Cinahl i forhold til mitt tema og problemstilling. I Cinahl fant jeg flere artikler som var aktuelle innenfor mitt tema der jeg har valgt ut to som jeg har tatt med i litteraturmatrisen. For å finne nordisk forskning søkte jeg i databasen Swemed.

Ordet “OR” brukte jeg i søket for å få flest mulig treff og til slutt brukte jeg “AND” for å spisse søket mot problemstillingen min. I søket så jeg også på nøkkelordene i artiklene, det ga

meg tips til hvilke søkeord jeg kunne bruke videre. Jeg fant flere internasjonale artikler som omhandlet barn i barneskolen.

Når jeg vurderte artiklene om de var relevant for min oppgave leste jeg abstrakt i teksten først for å få en oversikt over innholdet og om de var relevante for det jeg ønsket å finne ut mere om. I de ulike studiene jeg fant ble både begrepet overvekt og fedme brukt i teksten. Jeg har valgt å benytte ordet overvekt i problemstillingen, men har benyttet begge begrepene videre i oppgaven for å romme mest mulig.

### 3.5 Ethiske vurderinger

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. I medisinsk forskning handler det også om å unngå at forskningsdeltakerne blir påført skade eller belastninger (Dalland, 2012). I min oppgave har jeg vært opptatt av å ivareta de etiske prinsipp og evaluert de inkluderte artiklene utfra etiske hensyn. I de inkluderte artiklene er det allerede gjort etiske vurderinger av andre eksperter.

### 3.6 Metodediskusjon

En litteraturstudie har vært en god metode for å finne svar på min problemstilling. Etter å ha lest nøye gjennom abstrakt i de ulike artiklene fant jeg ut hva som var relevant for min problemstilling og kunne besvare det jeg ønsket og finne ut mer om. Et av inkluderingskriteriene var at artiklene skulle være fra de siste 10 årene. Dette er med på å styrke oppgaven min i forhold til nyeste forskning og relevans innenfor mitt tema. Da jeg startet søket mitt i Cinahl fant jeg ut at MESH term var «pediatric obesity» og «school health nursing». Men disse var ikke de samme i alle databasene, derfor har jeg brukt noen ulike søkeord i søket mitt.

Jeg valgte å ta med flest kvalitative studier fordi de belyste hvordan helsesøster og foreldrene sine opplevelser var i forebyggingen av overvekt. I tillegg belyser den kvantitative studien hvor utbredt problemet er. I søket mitt fant jeg flere internasjonale studier der jeg har valgt ut to i tillegg til fire nordiske studier som jeg har tatt med i resultatet mitt. Forskningen jeg har funnet viser at overvekt og fedme blant barn er økende både nasjonalt men også internasjonalt, jeg anser derfor de internasjonale studiene som overførbare til norske forhold.

---

Det har vært viktig for meg å gjengi innholdet i studiene så klart og tydelig som mulig og tilstrebe en objektiv fremstilling av resultatene. Jeg har benyttet høyskolen sin APA stil ved kildehenvisninger for enkelt å finne tilbake til kilden.

## 4.0 RESULTAT

WHO etablerte et initiativ for å overvåke overvekt og fedme hos barn i grunnskolen i skoleåret 2007/2008 til 2009/2010. Vekt og høyde økte med alderen og gutter var høyere og tyngre enn jentene i alle aldersgrupper. BMI økte også med alderen. I runde 2 varierte forekomsten av overvekt inkludert fedme fra 18 % til 57 % mellom guttene og fra 18% til 50% mellom jentene. 6-31% av guttene og 5-21% av jentene hadde fedme. Den høyeste reduksjonen av overvekt var i Italia, Portugal og Slovenia, mens Norge og Latvia hadde den høyeste økningen. (Wijnhoven, T. MA., Raaij, J.M.v., Spinelli, A., Starc, G., Hassapidou, M., Spiroski, I. & Breda, J., 2014).

I studien til Melin & Lenner (2008) hadde alle helsesøstre positive opplevelser ved å sette i verk tiltak hos allerede overvektige barn. De var blitt mer selvsikre i rollen sin som helserådgiver og var overbevisste om at det var nødvendig å snakke direkte til foreldrene om hvor viktig livsstilsendringer er. En helsesøster sa at hun hadde lært av kostholdsekspert hvordan en jobber konkret og praktisk med å gi kostholdsråd.

Fire av helsesøstrene i prosjektet følte at informasjonen var utilstrekkelig, altså at de ønsket mer instruksjon om kosthold og kostholdsråd. I tillegg ønsket de mer tydelige retningslinjer med hensyn til prosjektet og hvordan en jobber med familien for å motivere barnet til endringer (Melin & Lenner, 2008).

I studien til (Melin & Lenner, 2008) opplevde alle familier positive effekter av intervensjonen. De favoriserte at andre barn kunne fortelle deres barn hvordan de skulle spise. De likte å se BMI kurven og lære at den kan ha innflytelse på den fremtidige vekten. I tillegg sa de at det var godt å besøke helsesøster og få støtte fra henne. Noen foreldre sa at barnet ville ta del i gymtimen. Foreldrene sa at de hadde gjort endringer siden møtet med helsesøster og fikk noe og tenke på etter og ha mottatt informasjon. De hadde redusert brus drikking og barnet spiste frokost. I den samme studien hadde 13 familier negative erfaringer der de følte at barna ble stigmatisert på ulike måter under prosjektet ved at de for eksempel følte seg fete eller ble vektfikserte. Noen sa at de hadde ikke fått kostholdsrådene nedskrevet av helsesøster.

I følge (Mullersdorf et al., 2010) trenger barn kunnskap av helsesøster for å oppnå innsikt i sin egen situasjon. Målene må være oppnåelige og det ble viktig at barna følte seg bekreftet. Å ta små skritt å støtte barnet i å beholde motivasjonen oppe og samtidig skape en forståelse for



---

endring så ut til å være et viktig mål. I den samme studien sa en helsesøster at den motiverende parten i arbeidet var å hjelpe barn å få bort følelser som skyld og skam. Det ble også viktig å vise forsiktighet og nøyaktighet i tilnærmingen for ikke å påvirke barnets selvfølelse og ikke stemple et barn som var overvektig.

Et omfattende engasjement fra dagens foreldre ble ansett som en avgjørende faktor for endring av livsstil. Det ble rapportert positive eksempler der hele familien hadde endret vaner og startet et sunnere liv for å fremme barnets helse og velvære. Mange foreldre sa også at de manglet tid og utholdenhet. Uten forpliktelser fra foreldrene følte helsesøster seg hjelpeløs og ute av stand til å jobbe med dette fordi foreldrene var den mest essensielle parten og arbeidet var praktisk umulig uten foreldrene (Mullersdorf et al, 2010).

I studien til Mullersdorf, et.al (2010) anså også helsesøstrene her at den vanskeligste oppgaven å jobbe med barn og overvekt var ikke å gi informasjon men å motivere barna. De mente derfor at de trengte mer opplæring i motiverende samtaler.

I følge Mullersdorf et al. (2010) må det forebyggende arbeidet mot overvekt og fedme ha et langsiktig perspektiv både å få barnet og foreldrene motivert og samtidig redusere vekten. En måte de holdt motivasjonen deres oppe på, var å snakke om hvordan de kunne få stoppet vektøkningen og sammen sette opp kortsiktige mål i perioden. Noen sa at handlingsplanen manglet strategier for hvordan støtte foreldrene til å bryte dårlige vaner. En strategi de brukte var å snakke om fordelene med en sunn livsstil uten å nevne ordet fedme spesielt.

Helsesøstre sa at de også trengte motivasjon i den langsiktige jobben og så at det var viktig å sette egne grenser for sikkerhet i sitt eget arbeid. De så på refleksjon og veiledning sammen med andre kollegaer som verdifull kunnskap når noe gikk galt. De erfarte også at det ikke var mulig å nå alle barn med overvekt men at de måtte konsentrere seg om de en kunne nå (Mullersdorf et. al., 2010).

De fleste skolehelsesøstre oppfattet store mengder og mangel på tid til å innføre overvekt og fedme forebyggende tiltak hos barn, spesielt BMI screening. De brukte mer tid på barn med andre sykdommer som astma, diabetes, skader eller psykososiale problemer. BMI screening ble beskrevet som tidkrevende å gjennomføre, berge og dokumentere. Mange helsesøstre rapporterte også at de sjelden eller aldri brukte metoden BMI til å vurdere overvekt, men heller sitt kliniske inntrykk. Fokusgrupper med skolehelsesøstre erfarte også at det var vanskelig å opprette forhold med barn for å fange opp vektproblematikk (Quelly, 2014).

Towns & D'Auria (referert i Quelly, 2014) uttrykte foreldre av overvektige barn at barna sin vektstatus var unøyaktig. De oppfattet ikke barnas vekt og ønsket ikke å bli motivert til å endre vane. De fleste foreldre trodde på at skolen burde ha en rolle i forebyggende arbeid mot overvekt/fedme.

I studien til (Tucker & Foster, 2015) fant de ut at skolehelsesøster er godt posisjonert med sin kunnskap og kompetanse til å tilby fedme forebyggende tiltak. Det ble satt fokus på for eksempel å spise 4-5 frukt og grønnsaker per dag, i tillegg å engasjere seg i fysisk aktiviteter med barna. Tiltaket som ble satt i verk her hadde positiv virkning på barna sine vaner. Begge skolene viste en økning i antall skritt, økning i selvrapperte aktiviteter og økt nivå av antall deltakere i fysisk aktivitet. I tillegg økte antall porsjoner på frukt og grønnsaker og inntak av juice og helmelk gikk ned.

Studien til Øen & Stormark (2012) kom frem til blant annet at ansatte i skolen mente det ville hjelpe barnet dersom de gav informasjon om ernæring og fysisk aktivitet. De pekte på viktigheten av å hjelpe barnet til å finne lystbetonte aktiviteter slik at aktivitetsnivået skal kunne ivareta barnets mestring og styrke de. I tillegg ble det sett på som viktig å lære foreldrene fordeler ved fysisk aktivitet og hvordan oppmuntre og motivere barnet til økt aktivitet og begrense usunn spising. Helsesøstre hadde individuelle diskusjoner med barnet og foreldre og rådgivning og informasjon om aktivitet og sunn mat.

---

## 5 DISKUSJON

### 5.1 Helsesøsters erfaringer med forebygging av overvekt i skolen

Overvekt og fedme viser seg å være et økende problem blant barn både nasjonalt og internasjonalt (Helsedirektoratet, 2010). Dette bekreftes også i Wijnhoven et. al., (2014) sin studie der BMI økte i flere land, hvor den høyeste økningen av overvekt var i Norge og i Lativa. Helsesøster har kontakt med alle barn og deres familier og er lett tilgjengelig for de som er i risiko for overvekt og fedme. De har derfor den beste muligheten til å sette i verk tiltak på et tidlig tidspunkt (Øen, 2012).

Det er ulike oppfatninger blant helsesøstre når det gjelder forebyggende arbeid mot overvekt hos barn (Melin & Lenner, 2008). I studien til Quelly (2014) oppfattet de fleste helsesøstre store mengder og mangel på tid til å gjennomføre forebyggende tiltak mot overvekt og fedme, spesielt BMI screening. Dette kan tenkes å få store konsekvenser for de barna som har overvekt og som trenger hjelp til å snu den uheldige utviklingen. Jeg erfarte selv gjennom min praksis som helsesøsterstudent hvor viktig det var å gripe fatt i de barna med overvekt, både for å finne ut av årsakene til hvorfor det hadde oppstått men også til å finne løsninger sammen for å snu vekten. Dersom det ikke gjøres noe med problemet kan det tenkes at barnet sin overvekt øker og at ytterligere sykdom kan utvikles som følge av overvekten. I tillegg vil ikke barnet som er overvektig få den oppfølgingen det har krav på.

Det påpekes at barn trenger kunnskap av helsesøster for å oppnå innsikt i sin egen situasjon (Mullersdorf et al., 2010). Da er det også avgjørende at barnet får motivasjon til å gjøre en endring. En person som er motivert vil også lete etter måter og gå til endring på. Dersom en har tro på egen evne til endring blir det lettere å holde motivasjonen oppe (Glavin et al., 2009). Da vil det være avgjørende at helsesøster kan være en støtteperson å motivere barnet og foreldrene til å gjøre denne endringen. Studier viser at helsesøstre anså at den vanskeligste oppgaven når de skulle forebygge var å motivere barna (Mullersdorf et al., 2010), og at de trengte tydeligere retningslinjer på hvordan de kunne jobbe med familien for å motivere barnet til endringer (Melin & Lenner, 2008).

I følge Ivarsson et al., (2013) er oppgaven til den som gjennomfører motiverende intervju å se den andre parten sine muligheter og ressurser hos seg selv og bidra til at valgene går i positiv retning. En viktig oppgave for helsepersonell vil være å hjelpe familien til å stå i den krevende

og langsiktige prosessen og sammen sette realistiske mål for å synliggjøre de positive endringene som skjer (Helsedirektoratet, 2010). Antonovsky (referert i Tveiten, 2008) underbygger også dette i sin teori om å ha fokus på mennesket sine ressurser og gjennom veiledning få personen til å bli bevisst, noe som er nødvendig for å få til en ønsket endring.

Det påpekes også i Mullersdorf et al., (2010) sin studie der helsesøstrene erfarte hvor viktig det var å vise forsiktighet og nøyaktighet i tilnærmingen for ikke å påvirke barnets selvfølelse og ikke stemple et barn som var overvektig. Som helsesøsterstudent erfarte jeg hvor viktig det var og tre varsomt frem i samtalen for å skape tillitt til både barnet og foreldrene.

Helsesøstre hadde positive opplevelser ved å sette i verk tiltak hos barn med overvekt. En sa «*jeg har fått mer mot til å si noe, før var jeg redd for å si noe om problemet til foreldrene.*» En annen sa «*det passet best å ha ei liten gruppe om gangen.*» (Melin & Lenner, 2008). Det kan tenkes at helsesøstre innimellom vegrer seg for å snakke om dette fordi det er et sårbart tema og problemet kan bli utsatt.

I møtet med det overvektige barnet og familien er det derfor viktig at man viser respekt og ydmykhet og har en spørrende tilnærming som fagperson. I tillegg må en være oppmerksom på sine egne holdninger og erfaringer knyttet til overvekt, mat og kropp (Helsedirektoratet, 2010).

## 5. 2 Foreldreinvolvering

I behandling av barneovervekt er det foreldrene og hele familien som må delta i endringsarbeidet i følge Golan (referert i Øen, 2012).

I følge forskningen har foreldre til barn med overvekt ulike opplevelser og erfaringer når det gjelder å være involvert i intervensjoner. I studien til Melin & Lenner (2008) opplevde alle familier positive effekter. Etter å ha mottatt informasjon fra helsesøster hadde de gjort endringer som å redusere inntak av brus og rapporterte at barnet spiste frokost, mens noen sa at de hadde ikke fått kostholdsrad nedskrevet av helsesøster. Dette gjenspeiler hvor viktig rolle helsesøster har i formidling av informasjon til barna og deres foreldre om riktig kosthold, for å forhindre blant annet ytterligere vektøkning.

Foreldre hadde også positive erfaringer med BMI kurven til barna ved å se at den kunne ha innflytelse på den fremtidige vekten (Melin & Lenner, 2008). Mens i en annen studie oppfattet

---

ikke foreldrene sitt eget barns vekt og ønsket ikke å bli motivert for å endre vane Towns & D'Auria, (referert i Quelly, 2014). I samarbeid med foreldrene må helsesøster forsikre seg om at foreldrene har forstått hvorfor det benyttes BMI kurver. Det kan tenkes at for å få foreldrene motivert til en varig endring må en gå varsomt frem og få de selv til å komme med forslag til endringer. I følge Øen (2012) er det foreldrene sine vaner som danner grunnlaget for barnas sin livsstil og vanen må derfor endres av foreldrene. For å bryte dårlige vaner snakket helsesøster om fordelene ved en sunn livsstil uten å nevne ordet fedme spesielt (Quelly, 2014). På en annen side vil det være viktig å informere foreldre om helsegevinsten det har for barnet ved å sette i verk forebyggende tiltak.

Noen familier hadde negative erfaringer der de følte at barna ble stigmatisert på ulike måter som å bli for vektfixert eller at de følte seg fete (Melin & Lenner, 2008). Jeg erfarte selv i praksis der en mor ønsket en samtale uten barnet til stede for å unngå at barnet skulle bli stigmatisert. Under samtalen kom vi frem til endringer de kunne gjøre i kostholdet i tillegg at de ønsket å ha fokus på mer fysisk aktiviteter i fritiden og redusere bruken av nettbrett og annen skjermtid. Ved å fokusere altfor mye på selve overvekten kan det føre til at barnet blir altfor vektfixert som foreldre oppgav i studien til Melin & Lenner (2008). Helsesøstre må være med å veilede foreldrene til å finne måter å snu vektutviklingen på uten at barnet blir altfor vektfixert og føle seg fet.

### 5.3 Nyttene av tiltak som fysisk aktivitet og kostholdsråd

Skolen er en viktig kunnskapsformidler og skal bidra til å skape en god oppvekst for barn og unge. I forebygging av overvekt skal ulike yrkesgrupper tilrettelegge for sunne skolemåltider og daglig fysisk aktivitet samt opplæring i sunne levevaner. Dette krever et godt tverrfaglig samarbeid mellom blant annet lærere, helsesøstre og fysioterapeuter (Helsedirektoratet, 2010). Dette ble også bekreftet i studien til Øen & Stormark (2012) der ansatte i skolen mente det ville hjelpe barnet dersom det ble gitt informasjon om ernæring og fysisk aktivitet i skolen. Med sin kompetanse og kunnskap om fysisk aktivitet og riktig kosthold kan helsesøster sette i gang slike tiltak i skolen. I følge Helsedirektoratet (2010) er det viktig å se hvor aktiv barnet i utgangspunktet er før en setter i verk tiltak.

Tucker & Foster (2015) hadde gode resultater ved å sette i gang tiltak, med fokus på å øke inntak av frukt og grønnsaker og engasjere barna i økt fysisk aktivitet. Begge skolene viste blant annet økning i antall skritt og økning i selvrapporterte aktiviteter. En forutsetning er at

helsesøster da er tilgjengelig og har tid til å få gjennomført slike tiltak. Det vil være spesielt viktig for de barna som allerede er overvektig og som trenger hjelp til å gå ned i vekt.

I kartleggingen av barnets og familiens kosthold kan det gjøres ved å foreta en kostanamnese eller la familien føre matdagbok. Når en skal gi råd må en ta utgangspunkt i familiens kosthold og gi råd for å redusere energiinntaket for å få en bedre sammensetning av kosten. Det er viktig og la barnet og familien være med å bestemme hva de vil endre og understreke at det å planlegge måltidene kan gjøre det lettere å kontrollere inntaket (Øen, 2012).

Noen helsesøstre ønsket mer instruksjon om kostholdsråd de kunne gi barna (Melin & Lenner, 2008). Det vil være avgjørende at helsesøster har den kunnskapen hun trenger til å informere om kosthold og gi de rådene barnet trenger. En annen helsesøster hadde lært av kostholdseksperter hvordan en kunne gi konkrete kostholdsråd. I Mullersdorf et.al., (2010) sin studie oppfattet helsesøstre det som en byrde å jobbe med overvektige barn og derfor nødvendig med ekstern støtte. Refleksjon og veiledning sammen med andre kollegaer når noe ikke gikk galt, var verdifull kunnskap. Dette gjenspeiler hvor viktig det er med et tverrfaglig samarbeid i det forebyggende arbeidet mot overvekt hos barn.

---

## 6. KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven min var å finne ut hvordan helsesøster jobber for å forebygge en videre utvikling av overvekt hos barn der overvekt allerede er oppstått. Mine funn viser at flere helsesøstre har mye positive opplevelser i arbeidet men trenger mer opplæring i motiverende samtaler med barn og deres foreldre. En viktig del av arbeidet handlet samtidig om å få bort skyld og skam hos barnet og vise forsiktighet i tilnærmingen. Helsesøstre anså foreldrene som den essensielle samarbeidspartneren og bekrefter at uten dem ble arbeidet praktisk umulig for å få til en endring av livsstil.

Arbeidet mot overvekt og fedme må ha et langsiktig perspektiv for å få redusert vekten hos barnet, og få barnet og foreldrene motivert. Det forutsetter at helsesøster har den kunnskapen hun trenger til å tilnærme seg barn og deres foreldre på en profesjonell måte. Det tyder på at det er nyttefullt og får positiv virkning på barn sine vaner ved å sette i verk tiltak som kostholdsråd og ha fokus på økt fysisk aktivitet.

Det må settes mer fokus på overvekt og fedme fordi det er et økende og stort problem. I skolen må det derfor være et prioritert satsingsområde der helsesøster er en viktig ressurs. En forutsetning er at helsesøster har tid til og sette i verk ulike tiltak. De nasjonale retningslinjer anbefaler veiing og måling i skolen (Helsedirektoratet, 2010), mens det vises i forskningen at helsesøstre har liten til BMI screening. Det gjenspeiler at det trengs mer tid og ressurser på dette området. Et godt tverrfaglig samarbeid er også nødvendig for at barnet skal få den hjelpen og oppfølgingen det trenger videre.

---

## 7. Litteraturliste

Bjørk, IT., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie, en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews: CRD guidance for undertaking systematic reviews in health care*. Lokalisert på <http://www.york.ac.uk/inst/crd/Sys/Rev/!SSL!/WebHelp/SysRev3.htm>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Glavin, K., Helseth, S. & Kvarme, G. L. (2009). *Fra tanke til handling-metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe AS.

Helsedirektoratet (2010). *Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*, veileder IS-1734. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge>

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, veileder IS-1736. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-og-maling-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, rapport IS- 1798. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Ivarsson, B.H., Krybelborn L.K. & Lycke S.T. (2013). *Motiverande samtal och behandling vid overvikt och fetma-vuxna, ungdomar och barn*. Stockholm: Gothia Forbildning AB.

Kunnskapsbasert praksis. (2012, b). *Lage søkestrategi*. Lokalisert på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/lage-sokestrategi>

Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>

Kunnskapssenteret. (2013). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Markestad, T. (2013). *Klinisk pediatri*. Bergen: Fagbokforlaget.

Melin, A. & Lenner, R.A. (2008). Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study. *Scand J Caring Sci*. 23, 498-505. <http://doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00651.x>

Mullersdorf, M., Zuccato, L.M., Nimborg, J. & Eriksson, H. (2010). Maintaining professional confidence-monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan. *Scand J Caring Sci*, 24, 131-138. <http://doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00696.x>



---

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Greverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012), 2.utgave. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Quelly, S.B. (2014). Childhood obesity prevention: a review of school nurse perceptions and practices. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 19, 198-209. <http://dx.doi.org/10.1111/jspn.12071>

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, veileder IS-1154. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori-for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tucker, S. & Foster, L.M. (2015). Nurse-led School-based Child Obesity Prevention. *The journal of School nursing*, Vol.31 (6) 450-466. <http://dx.doi.org/10.1177/1059840515574002>

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge-forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Øen, G. & Stormark, K.M. (2012). Treatment of childhood obesity in Norway. *Nordisk Sygeplejeforskning*, nr 4-2012, Vol.2 side 263-282. Lokalisert på <http://www.Idunn.no/nsf>

Wijnhoven, T. MA., Raaij, J.M.v., Spinelli, A., Starc, G., Hassapidou, M., Spiroski, I. & Breda, J. (2014). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9 year old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC public Health* 2014, 14:806. Lokalisert på <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/806>.

World Health Organization. (2016). *Infant and young child feeding*. Lokalisert på <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs342/en/-46k>

## Vedlegg 1, Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Treff	Relevante artikler og lest abstrakt	Beholdte artikler
Oktober 2015	Cinahl	Children OR child  Prevention  Overweight OR obesity  School health services OR public health nurse		8	1
13/4-16	Cinahl	Child OR children  AND  Overweight OR Obesity AND School health nursing (MESH)  Kombinerte pediatric obesity (MESH) AND school health nursing	646137  96992  25460  412	10	1

20/4-16	Pubmed	<p>1.Pediatric obesity (MESH term) når jeg søkte på child og overweight</p> <p>2.Parental involvement</p> <p>Kombinerte 1 og 2 med AND</p>	<p>7913</p> <p>6776</p> <p>51</p>	12	0
26/4-16	Ovid medline	<p>1.Pediatric obesity</p> <p>2.School health nursing OR school health services OR public health nurse kombinerte disse 2 med AND:</p> <p>Kombinerte deretter med 3. Parents:</p> <p>1, 2 AND 3:</p>	<p>2380</p> <p>18550</p> <p>47662</p> <p>21</p>	10	0
26/4-16	Ovid medline	Kombinerte pediatric obesity, school health services OR school nursing AND primary OR secondary prevention	3	3	0

26/4-16	Cochrane Libray	1.Pediatic obesity  2.School health nursing OR school health services  Kombinierte 1 AND 2:	177  7075  1	4   1	0   0
26/4-16	Pubmed	1.Pediatic obesity  2. School health nursing OR school health services  Kombinierte 1 AND 2:  3. Public School  Kombinierte 1 AND 2 AND 3:	7938  106883  332  171105  149	15	0
26/4-16	Cinahl	Pediatic obesity  School health services OR school health nurse OR	12860  36196	10	0

		School health nursing.	25456		
		Kombinerte pediatric obesity med school health nursing:	410		
		Parents:	43897		
		Kombinerte disse 3 fikk:	66		
29/4-16	Ovid medline	Pediatric obesity	2392	6	0
		School nursing	5585		
		Secondary prevention	16176		
		Kombinerte disse 3:	0		
		Kombinerte så pediatric obesity AND secondary prevention:	6		

3/5-16	Ovid medline	Overweight  School health services OR public health nurse  Child behavior OR child  Kombinierte disse 3 med AND:	15942  14861  1471556  106	20	1
3/5-16	Swemed	School health services OR public health nurse  Overweight  Child  Kombinierte disse 3 med AND:	458  1373  11904  16	3	1
11/5-16	Cinahl	Pediatric obesity  School health nursing  Motivational interviewing	14542  25466  3838	12	1

---

		Kombinerte disse 3 med AND:	12		
11/5-16	Idunn	Overvekt hos barn	151	5	1

## Vedlegg 2, Picoskjema

	Norske ord	MeSH (emneord)	Søkeord
<b>Population/ Problem</b>	Overvekt blant barn i skolen	Pediatric obesity	Children Overweight/obesity
<b>Intervention</b>	Helsesøster  Foreldresamarbeid		School health services OR Scool health nursing OR school nurse OR public health nurse  Parenteral involvement
<b>Comparison</b>	-		-
<b>Outcome</b>	Forebygge		Prevention/intervention

Kilde Pico skjema: Kunnskapsbasert praksis (2012,b).



## Vedlegg 3, Søkeord

Overvekt Overvekt hos barn	Overweight
Fedme	Pediatric obesity
Skolehelsesøster/helsesøster	School health nursing OR School health services OR public health nurse OR school nurse
Foreldreinvolvering eller foreldresamarbeid	Parental involvement OR parental cooperation
Barn Barns atferd	Child OR children Child behaviour
Forebygge Sekundær forebygging	Primary OR Secondary prevention
Motiverende intervju	Motivational interview

## Vedlegg 4, litteratormatrise

Referanse	Hensikt, Problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode/ evt. utvalg	Resultat Diskusjon
Treatment of childhood obesity in Norway	De ønsket å eksaminere begrunnelsen for valg av behandling i kommunehelsetjenester og i sykehus. Å undersøke de ulike behandlingsprosjekter, teoretisk perspektiv og intervensjoner som var valgt i behandlingen av overvektige barn, hovedsakelig i perioden de går på skolen.	Forskningsdesign. Denne studien ble utviklet og gjennomført gjennom kurs setting der fire forskjellige behandlingsteam som arbeidet i regionen ble kontaktet. To ulike arenaer i helsesystemet ble med. Data ble samlet inn ved hjelp av fokusgrupper og diskusjon med de involverte og personlige intervju med ledere av behandling som tilbys.	De ansatte i begge mente det ville hjelpe barnet dersom de gav informasjon om ernæring og fysisk aktivitet. Ansatte i kommunen pekte på viktigheten av å hjelpe barnet å finne lystbetonte aktiviteter og hjelpe foreldre til å oppmuntre og motivere barnet til økt aktivitet og begrense usunn spising.
Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study	Å involvere skolehelsesøstre i forebyggende aktiviteter mot vektøkning i allerede overvektige barn for å håndtere forebygging av fedme i barndommen.	Utvalget var 20 familier der 20 barn med alder 7 år ble intervjuet med standardiserte spørsmål og kost og livsstilsråd. Vekt ble målt og det ble gitt støtte og råd fra skolehelsesøstre som var tilgjengelig månedlig gjennom 1 års perioden.	Den gjennomsnittlige BMI ble redusert gjennom intervensjonsperioden. Generelt var foreldre og skole helsesøstre veldig fornøyde med programmet, for å hjelpe de og sette grenser og bli mer selvsikker i sin rolle som egen helserådgiver.
Nurse-Led-school-Based Child Obesity Prevention	Skolebaserte barndoms fedme forebyggende program har vokst på respons av redusert fysisk aktivitet hos barn, økt dårlig kosthold og svevende barndomsfedme. Flere systematiske oversikter viser at skolebaserte forebyggende intervensjoner er effektive men få studier har undersøkt skolehelsesøstre sin rolle i denne forebyggingen. Formålet i denne primærstudien var å undersøke virkningen av forebyggende intervensjoner	To skolehelsesøstre og to grunnskoler deltok i denne studien. Tiltak på fysisk aktivitet, BMI persentiler og selvrapperte helsevaner ble samlet inn i slutten av året.	De fant ut at helsesøster i skolen er godt posisjonert for å tilby fedme forebyggende tiltak med deres kunnskap og kompetanse. Barn i begge skolene hadde betydelig økt antall skritt fra intervensjonen startet til slutten av året i tiltaksperioden. Det ble også rapportert at i begge skolene spiste de mer frukt og grønnsaker.

	av fedme og overvekt i 4 og 5 klasse.		
Maintaining professional confidence-monitoring work with obese schoolchildren with support of an action plan	Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan helsesøstre oppfattet jobben sin med overvektige barn ved hjelp av behandlingsplan.	Det ble gjort kvalitative dybdeintervju av 6 skolehelsesøstre i kommuner med 30000 innbyggere med en høyere gjennomsnittlig inntekt i forhold til nasjonen.	Informantene oppfattet at de hadde en nøkkelrolle i fedme arbeidet, noe de erfarte som meningsfullt, men full av fallgruver. De så på seg selv som passende for oppgaven men at de manglet en dyper kunnskap om arbeid som motiverende samtaler. Handlingsplanen fungerte som støtte for å opprettholde tillitten i prosessen men det var rom for forbedringer.
WHO European Childhood Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010.	WHO i Europa har etablert et initiativ for å overvåke overvekt/fedme i barndommen for barn i grunnskolen. Målet er å presentere resultatet av overvekt/fedme i runde 2 året 2009/2010 og utforske forandringer i BMI og overvekt mellom barn i 9 forskjellige land fra skoleåret 2007/2008 til 2009/2010.	Utvalget var nasjonalt representativt utvalg av 6-9 år gamle barn, med måling av BMI og vekt/høyde.	I runde 2 varierte forekomsten av overvekt inkludert fedme fra 18 % til 57 % mellom guttene og fra 18% til 50% mellom jentene. 6-31% av guttene og 5-21% av jentene hadde fedme. Endringer i BMI og forekomst av overvekt varierte mellom landene. Den høyeste reduksjonen av overvekt var i Italia, Portugal og Slovenia, mens Norge og Latvia hadde den høyeste økningen.
Childhood obesity prevention: a review of school nurse perceptions and practices.	Å eksaminere skolehelsesøstre sine oppfatninger i engasjement av forebyggende arbeid mot overvekt og fedme i barndommen.	Et systematisk litteratursøk i databaser Cinahl og Medline, der 295 artikler ble hentet ut.	Skole helsesøstre har liten tid til forebyggende arbeid mot overvekt og fedme fordi tiden blir brukt til andre plager eleven har. Foreldre oppfattet ikke deres barns vekt status og det ble ikke lett å bli motivert for endringer. Flesteparten foreldre syntes helsesøster skulle ha en rolle i det forebyggende arbeidet.

Kilde matrise: Bjørk & Solhaug (2008.)

## Vedlegg 5, vurderinger av inkluderte artikler

Forfattere, årstall, land	Hensikten med studien	Deltakere og metode	Forsknings bakgrunn, hensikt og teoretisk rammeverk (bakgrunnen, aktualitet, beskrivelse av studiens hensikt, definisjon av begreper, forskningsspørsmål)	Forsknings design (beskrivelse av metode, utvalg, datainnsamling, analysemetode)	Forskningens validitet og etikk (beskrivelse av validitet, reliabilitet, forskningsetikk)	Resultater, (forskningsspørsmål er besvart, resultatene er sammenlignbare med tidligere forskning, studiens begrensninger er beskrevet, konklusjonen er logisk, ytterligere forskningsbehov er beskrevet.
Melin, Lenner, 2008, Sverige	Å involvere skolehelsestere i forebyggende arbeid mot vektøkning hos allerede overvektige barn for å håndtere fedme i barndommen	Kvalitativ og kvantitativ metode  Spørreskjema	+/+/-	+/+/+	+/+	+/+/+
Øen, Stormark, 2012, Norge	Å undersøke de ulike behandlingsprosjekter, teoretisk perspektiv og intervensjoner som var valgt i behandling av overvektige barn som går på skolen.	Kvalitativ metode:  I fokusgruppe diskusjon og intervjuer	+/-/+	+/+/+	+/+	+/+/+
Tucker, Foster, 2015, USA	Formålet i denne primærstudien var å undersøke virkningen av forebyggende intervensjoner av overvekt og fedme i 4 og 5 klasse.	Kvalitativ metode	+/+/-	+/+/+	+/+	+/+/+
Quelly, 2014, USA	Å eksaminere skolehelsestere sine oppfatninger i engasjement	Review (oversiktsartikkel)	+/-/-	+/+/+	-/-	+/-/+

	av forebyggende arbeid mot overvekt og fedme i barndommen.					
Wijnhoven et.al, 2014, Danmark	Å undersøke forandringer i BMI og overvekt i 9 forskjellige land fra skoleåret 2007/2008 til 2009/2010	Kvantitativ metode	+/-/-	+/+/+	+/+	+/+/+/-
Mullersdorf, Zuccato, Nimborg, Eriksson, 2010, Sverige	Å beskrive hvordan helsesøstre oppfattet jobben sin med overvektige barn med behandlingsplan.	Kvalitative dybdeintervjuer med helsesøstre	+/-/+	+/+/+	+/+	+/+/+/-

Kilde: Tabell laget etter inspirasjon fra Centre for Reviews and Dissemination (2009).