

# BACHELOROPPGÅVE

## Korleis bør helsesøster arbeide med overvekt og fedme i barneskulen?

**Kandidatnummer:** Mari Aksnes

**Kull:** 51

**Tal ord:** 6955

**Rettleiar:** Eivind Aadland

How should public health nurse work with overweight and obesity in primary school?

Bachelor sjukepleie  
Emne 9  
SK 152  
23. April 2010



## Samandrag

Gjennom sjukepleiarutdanninga har eg både lært og sett i praksis kva konsekvensar fedme og overvekt kan føre til. Det blir stadig fleire og fleire barn og unge med overvekt og fedme i dagens samfunn. Helsedirektoratet har bestemt at veging og måling i helsestasjons- og skulehelsetenesta skal gjeninnførast. Dette var noko som eg umiddelbart fatta interesse for og ønskte difor å fordjupe meg i dette temaet. Denne oppgåva tek for seg:

*Korleis bør helsesøster arbeide med overvekt og fedme i barneskulen?*

Denne oppgåva er ein litteraturstudie der eg har gått kritisk gjennom den utvalde litteraturen, og samanfatta den i ei drøfting. I drøftinga har eg nytta egne meiningar opp mot litteraturen. Som eit rammeverk for oppgåva har eg nytta helsedirektoratets retningslinjer som tar for seg mykje av utfordringane rundt problemstillinga mi.

Konklusjonen i oppgåva er at helsesøster har ei viktig rolle i kampen mot overvekt og fedme blant barn i barneskulen. Måten helsesøster gjennomfører veginga på, då med tanke på kommunikasjon og væremåte er avgjerande for korleis veginga oppfattast av barn og foreldre. Vidare er foreldra sentrale for å oppnå endringar i livsstil hjå barna, då med tanke på eit sunnare kosthald og meir fysisk aktivitet. For å oppnå endringar i livsstilen er det naudsynt med kunnskap om temaet og at tiltaka som blir satt i verk er overkommelege og motiverande, og her har helsesøster ei sentral rolle.

## Summary

During my nursing studies, I have both learned and practically experienced what consequences overweight can lead to. There is an increasing number of children and young people with weight problems in the daily modern society. The Department of Health has decided that every child at school-age is to be weighed and measured through the public health nurse at school. I got immediately interested for this topic, and I wanted to get deeper into it. This is the background for why I want to work with the problem:

*How should public health nurse work with overweight and obesity in primary school?*

This task is a study of literature where I have critically discussed the literature and made a summary. In the study I have combined my own personal opinions up against the literature. As a framework for my task I have used the guidelines from Department of Health, which focus on the challenges in my task.

My conclusion is that the public health nurse has an important role in preventing overweight among school children. The way the public health nurse does her job and communicates with the child and the parents, is of great importance when it comes to how the client experiences the examination. Further the parents' role is very important in making changes in lifestyle for the child in order to obtain a more healthy diet and more physical activity. To make changes in lifestyle, it is of great necessity with knowledge of the topic, and that the actions taken are reasonable and motivating for the child. At this point the public health nurse has an important role to play.

# Innholdsliste

<b>1.0 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing av problemstilling.....	2
<b>2.0 Metode og framgangsmåte</b> .....	<b>3</b>
2.1 Litteratur .....	3
2.2.1 Bøker.....	3
2.2.2 Artiklar og retningslinjer .....	4
<b>3.0 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>5</b>
3.1 Helsesøster sin funksjon .....	5
3.1.1 Kommunikasjon.....	6
3.1.2 Veging.....	7
3.2 Fedme og overvekt.....	8
3.2.1 Disponerande faktorar.....	8
3.2.2 Følgjetilstandar .....	10
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>11</b>
4.1 Førebuing til måling og veging.....	11
4.2 Gjennomføring av måling og veging .....	13
4.3 Oppfølging etter måling og veging .....	14
<b>5.0 Styrkje og veikskap</b> .....	<b>18</b>
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>19</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>20</b>
<b>Vedlegg 1: iso – KMI 25, 30 og 35</b> .....	<b>23</b>
<b>Vedlegg 2: Tabell for litteratursøking</b> .....	<b>24</b>

## 1.0 Innleiing

Fedme og overvekt er eit stadig aukande problem hjå barn og unge, og årsakene til dette er mange. Det kan skyldast for høgt inntak av sukker og fett og/eller lavt aktivitetsnivå som føre til at energiomsetninga er lågare enn normalt (Bjerkreim, 2005, s. 134). Men på same tid har nokon menneske lettare for å legge på seg enn andre, då med tanke på arvelig disposisjon (Lindberg og Møllerud, 2008, s. 257). Vi blir mindre og mindre fysisk aktive og har feil kosthald. Foreldre sin kunnskap om kosthald og aktivitet har stor innflytelse på barna, derfor er foreldra ei sentral målgruppe når det gjeld førebygging og behandling av overvekt og fedme hjå barn (Davison og Birch, 2001, s. 9).

Dei aller fleste av oss veit at inaktivitet og usunn mat ikkje er bra, men kvifor er det då så mange som har denne livsstilen? Overvekt og fedme hjå barn og unge er eit betydeleg helseproblem som kan føre til alvorlege konsekvensar for barna, også for helse i voksen alder. Desse konsekvensane gjeld både fysiske og psykiske funksjonar, og dette kan vere til dømes høgt blodtrykk, diabetes mellitus type 2, ulike typar kreft og psykososiale problem (Helsedirektoratet, 2009a, s. 5)

I følgje folkehelseinstituttet er 15-20 % av norske barn i alderen 8- 12 år av overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2009b). Hausten 2008 gjennomførte Folkehelseinstituttet den såkalla Barnevektstudien blant 3511 elevar i 3. klasse på 127 skular og over heile landet. 90 % av alle som fekk invitasjon til denne undersøkinga deltok, og her målte då helsesøster høgde, vekt og livvidde av elevane. Resultata viste at 18 % av jentene og 16 % av gutane hadde overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2009a, s. 5).

Frå 1998 har tidspunkta for rutinemessig veging og måling av barn i skulane vore redusert, og desse systematiske måletidspunkta vart erstatta med at målingane skulle skje på helsemessig indikasjon. Årsaka til dette var bekymringar for at veging kunne føre til utvikling av spiseforstyringar. Men sidan det blir stadig fleire barn med overvekt og fedme i befolkninga er det bestemt at veging og måling skal gjeninnførast i det førebyggjande helsearbeidet i helsestasjons- og skulehelsetenesta (Helsedirektoratet, 2009a, s. 5 og 15).

## **1.1 Bakgrunn for val av tema**

Grunnen til at eg vel å skrive om dette i oppgåva mi er fordi dette er noko eg interesserar meg for, og sidan det blir stadig fleire barn med overvekt og fedme. Eg syns at det er viktig at helsevesenet tek tak i dette problemet før det går så langt at folk utviklar sjukdommar på grunn av at dei er overvektige, altså det er betre å førebygge sjukdom enn å måtte behandle den etterpå. Eg tenkjer også det er viktig at ein byrjar med dette medan barna er små, fordi etter kvart som dei blir eldre vil vanane og livsstilen bli meir etablert.

Eg trur det blir ei utfordring å motivere barn/unge til å endre livsstil, viss dei har foreldre, søsken eller vennar som lever «usunt», då med tanke på usunt kosthald og lite aktivitet. Derfor blir det ikkje nok å berre undervise barnet, men enn må også ta for seg foreldra og informere dei om livsstilsendingar. Med auka kunnskap innan dette temaet håpar eg som framtidig sjukepleiar og kunne møte overvektige på ein betre måte.

## **1.2 Problemstilling**

*Korleis bør helsesøster arbeide med overvekt og fedme i barneskulen?*

## **1.3 Avgrensing av problemstilling**

I denne oppgåva tar eg for meg helsesøster som jobbar i barneskulen, og fokuserar på hennar arbeid med overvekt og fedme på 3. klassetrinn. Veging og måling er eit godt verktøy for å kartlegge vekst og trivsel hjå barna. Hovudfokuset i denne oppgåva vil difor vere korleis helsesøster kan førebu seg, gjennomføre, og gi god oppfølging til foreldra og barna i etterkant av veging og måling. Rundt veginga vil eg ta for meg kosthald, fysisk aktivitet og ulike tiltak på samfunnsnivå. Kommunikasjonen kjem til å vere med gjennom heile oppgåva, sidan den har betydning for korleis foreldre og barn opplev veginga og informasjonen som dei får etter veginga.

## 2.0 Metode og framgangsmåte

I denne oppgåva har eg nytta ein litteraturstudie for å svare på problemstillinga mi. Ein litteraturstudie er ein systematisk gjennomgang av litteratur rundt ei vald problemstilling, der ein kritisk går gjennom kunnskapen og samanfattar den i ei drøfting (Magnus og Bakketeig, 2000, s.37).

### 2.1 Litteratur

Eg starta med å sjå i pensumbøkene for å finne litteratur som kunne nyttast i oppgåva. Deretter søkte eg etter litteratur rundt problemstillinga i Bibsys. Vidare nytta eg databasane Svemed+ og PubMed, for å finne relevant faglitteratur. Eg fatta interesse for ein artikkel i bladet *Sykepleien*, som omhandla den aukande overvektsproblematikken. I denne artikkelen omtalte dei helsedirektoratets gjeninnføring av veging og måling av barn i barneskulen, noko som har stor relevans for mi problemstilling. Sidan eg i denne oppgåva tek for meg veging av barn i barneskulen, i Noreg, har eg valt å nytte norsk litteratur i forhold til denne veginga. For å finne litteratur innan fedme og overvekt har eg søkt både på norsk og engelsk litteratur. I vedlegg 2 har eg ein systematisk tabell for litteratursøking, her kjem det fram kva databasar eg har brukt, søkeord, treff, avgrensing og kva artiklar og bøker eg har valt ut.

#### 2.2.1 Bøker

Eg har tatt med litt om pedagogikk i oppgåva, fordi helsesøster skal informere foreldra om livsstilsendringar. Derfor har eg valt å bruke boka «*Pedagogikk i sykepleiepraksis*» (2006). Dette for å få med litt om sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon.

Boka «*Bare barnemat – Riktig kosthold for gravide, ammende, barn og ungdom*» (2006) har eg også nytta i oppgåva, fordi her står det om kva kosthald som er bra for barn og her står også litt om overvekt og fedme blant barn. Dette for å belyse kva fedme og overvekt er.

Boka "*Barn i balanse*" (2008) har vore relevant for oppgåva mi, fordi her er eit kapittel angående fysisk aktivitet, og eit kapittel om overvekt og fedme hjå barn. Her står mykje om viktigheita av å etablere eit sunt og godt kosthald frå barna er små, slik at dei fungerer optimalt, og på den måten unngår kosthalds- og livsstilsrelaterte sjukdommar seinare i livet og ikkje blir overvektige.

Bøkene *”Kommunikasjon i praksis – relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid”* (2004) og *”Bære eller bryte”* (2006) har eg nytta i oppgåva mi, fordi eg har lagt vekt på korleis helsesøster bør kommunisere med barna og foreldra i vegesituasjonen og under informasjonen etterpå.

### **2.2.2 Artiklar og retningslinjer**

Artikkelen *«Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research»* (2001), omhandlar temaet overvekt blant barn og om kva faktorar som kan føre til at barn blir overvektige.

Artikkelen *”Genetiske årsaker til fedme”* (2005) tek for seg dei genetiske årsakene til utvikling av fedme, noko som blir relevant å ta med i oppgåva mi.

Eg har nytta artikkelen *”Fedmeepidemien – vi må begynne med barna”* (2009), fordi denne tek for seg viktigheita av å førebygge og behandle overvekt og fedme hjå barn.

Vidare har eg nytta artikkelen *”Retten til mat og frihet frå fedme”* (2007), fordi denne tek for seg statens ansvar i forhold til fedme og kosthald.

Eg søkt via helsedirektoratet og funne høringsutkastet til *”Nasjonale faglige retningslinjene for veging og måling i helsestasjons- og skulehelsetenesta”* (2009a), sidan eg i denne oppgåva skal ta for meg helsesøster si rolle i forhold til barn med fedme i barneskulen.

Eg tenkjer det blir relevant å bruke *”Høyde og vektmålinger av barn og unge”* (2009), frå Kunnskapssenteret. Fordi denne rapporten ligg til grunn for dei nye retningslinjene for veging og måling i skulehelsetenesta. Denne undersøkinga vart gjennomført i 2008 og tek for seg veging av 3.klassingar frå heile landet. Dette vart gjort for å få kartlagt utviklinga av overvekt og fedme.

Eg har også funne høringsutkastet til dei *”Nasjonale faglige retningslinjene for primærhelsetenesta – førebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme”* (2008a), via helsedirektoratet. Desse retningslinjene tek for seg viktigheita av å førebygge og behandle overvekt og fedme.



### **3.0 Teoretisk referanseramme**

I desse avsnitta vil eg presentere teori som dannar grunnlaget for drøftinga seinare i oppgåva. Eg startar først med å definere kva overvekt og fedme er, og kva faktorar som disponerar for utvikling av fedme og overvekt. Vidare presenterar litt om kva sjukdommar som kan utvikle seg på grunn av fedme og overvekt. Dette syns eg blir viktig å ta med, då denne dannar ei teoretisk plattform for lesing av den vidare oppgåva. Til slutt vil eg ta med teori i forhold til helsesøster sin funksjon, då med tanke på kommunikasjon og veging og måling av barn.

#### **3.1 Helsesøster sin funksjon**

Ei helsesøster er ein sjukepleiar med vidareutdanning som er spesialist i førebyggjande og helsefremmande arbeid blant barn og unge. Ei helsesøster må ha kunnskap om individet, familien, samfunnet, oppvekstforhold, helsetiltak retta mot både individet og befolkninga, sjukepleie, medisin og psykologi etc. Helsesøster skal vere ein rådgivar og vegleiar for barn og unge, og har ei viktig oppgåve i å ta vare på barn og unge si fysiske og psykiske helse. Ho må vere flink til å lytte og til og formidle kunnskap på ein god og lettfagleg måte. Kartlegging, planlegging, samordning og utstrakt samarbeid med andre faggrupper og etatar er viktige arbeidsoppgåver (Kunnskapsdepartementet, 2007).

Vurderingar, konkrete gjeremål og handlingar høyrer til under den pedagogiske funksjonen. Helsesøster har ei viktig oppgåve i forhold til å legge til rette for oppdaging, læring, vekst, utvikling og meistring. Dette kan føre til auka kompetanse som igjen kan auke meistringskapasiteten. Denne pedagogiske funksjonen kan utøvast på mange ulike arenaer. Dette kan vere på individuelle møter eller på gruppemøte. Arenaen kan vere planlagt situasjon eller den kan oppstå spontant, og den kan til dømes vere på vaktrommet eller på helsestasjonen (Tveiten, 2008. s. 30-31).

Vegleing kan definerast som ein pedagogisk verksemd som legg til rette for oppdaging og læring hjå den enkelte eller dei som er i fokus. Denne definisjonen seier at vegleing er ei pedagogisk verksemd, og at denne verksemda har ei bevisst hensikt, altså at dei eller den som er i fokus, skal oppdage og lære, og at denne læringa eventuelt kan føre til endring (Tveiten, 2008, s. 71). Helsesøster må lytte aktivt, bruke sine kommunikasjonsevner for å legge til rette for tillit og tryggleik, slik at fokuspasjonen vågar å reflektere rundt sine opplevingar og erfaringar.

Å kommunisere hensiktsmessig kan bety at enn er ein god lyttar (Tveiten, 2008, s. 96). Motivasjon kan bli sett på som ein læreføresetnad, og motivasjonen blir ofte definert som drivkrafta som ligg til grunn for handlingar. Det er viktig at ein brukar pasienten sine egne mål som motivasjonsfaktor (Tveiten, 2008, s. 121).

### 3.1.1 Kommunikasjon

Mennesket har ein grunnleggande, medfødt evne til kommunikasjon. I arbeidet med andre menneske er denne allmenne kommunikasjonskompetansen den viktigaste ressursen vi har (Røkenes og Hanssen, 2006, s. 7). Ein fagperson må kunne gå inn i ein relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forhalde seg slik at det som skjer, er til det beste for den andre. Dette er avhengig av at ein møter den andre som eit subjekt – eit sjølvstendig, handlande individ – og viser respekt for den andre sin integritet og rett til sjølvbestemming (Røkenes og Hanssen, 2006, s. 8). Det er viktig at ein som fagperson samhandlar med andre menneske på ein måte som bidreg til å skape tryggleik, tillit, openheit, respekt og anerkjennelse, og som fremmar sjølvstende og medverknad (Røkenes og Hanssen, 2006, s. 15).

*”At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden ved al hjælpkunst” (Søren Kierkegaard 1859. I: Røkenes og Hanssen, 2006, s. 155).*

Ord kjem sjeldan åleine, og dei er heller ikkje eintydige. Kommunikasjonsferdigheitene kan delast inn i verbale og nonverbale. Verbal kommunikasjon vil seie at budskap blir formidla gjennom ord. Orda akkompagnerast då gjerne av nonverbale uttrykk, det vil seie signal formidla gjennom kroppshaldning, bevegelsar, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring (Eide og Eide, 2004, s. 16).

Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheiter er viktig i kommunikasjonen med klientar og brukarar som har redusert eller ikkje fullt utvikla kognitive evner. I kommunikasjonen med for eksempel barn, vil det nonverbale vere viktig, fordi det vil kunne ha forholdsvis sterkare gjennomslag enn det verbale. Det er viktig å vere klar over at uansett kva for menneske vi har med å gjere, bidreg nonverbal, bekreftande kommunikasjon til å bygge opp tillit, tryggleik og motivasjon. Kommunikasjon har ei vesentleg rolle for å opparbeide eit tillitsforhold, derfor må det ein formidlar verbalt og nonverbalt stemme overens. Dette blir kalla kongruens (Eide og Eide, 2004, s. 157).

Når vi menneska kommuniserar med kvarandre opplev vi verda frå kvar vår ståstad eller perspektiv. Det som er ei utfordring i kommunikasjonen er at symbola ofte har ei anna tyding enn det som umiddelbart blir oppfatta av partane. Derfor er det ein føresetnad kunne sette seg inn i den andre sin situasjon for å kunne vete kva symbol som er passande for å kunne formidle tankar og kunnskap. For at vi kan kommunisere godt må vi forhandle oss fram til ein felles forståing av symbola for å få fram meiningar i budskapet (Hummelvoll, 2008, s. 381- 382).

### **3.1.2 Veging**

Måling og veging av barn på 3. klassetrinn er eit gunstig tidspunkt for vurdering av prepubertal status og for å bryte eventuelle helsemessig ugunstige levevanar. Målet med retningslinjene for veging og måling er at det skal bli enklare å oppdage individ som står i fare for å utvikle overvekt og fedme ( Helsedirektoratet, 2009a, s. 8).

Den som skal foreta denne vekt- målinga må ha ei empatisk tilnærming og vere bevisst på eigne haldningar slik at kvart enkelt barn, unge og foreldre visast respekt og omsorg uansett kva desse måleresultata viser. Det er då viktig at ein tenkjer over kva ord ein brukar, til dømes: tjukk, stor og rund. Det er også viktig å vere klar over at nokre barn og unge kan ha stor sårbarheit til eigen kropp, utsjånad, vekst og levevanar (Helsedirektoratet, 2009a, s. 30). Barnet samanliknar seg med venner og skulekameratar, og brukar desse som målestokk for si eiga utvikling (Håkonsen, 2009, s. 49). Foreldra kan også oppleve ubehag i målesituasjonar. God kommunikasjon kan bidra til å trygge desse personane. Informasjon om vektmåling bør gis skriftleg i forkant av sjølve målinga, og innehalde opplysningar om bakgrunn for og hensikt med målingane, praktisk gjennomføring og eventuell oppfølging. Den skriftlege informasjonen bør ha foreldra som hovudmålgruppe (Helsedirektoratet, 2009a, s. 30).

Det føreligg ikkje noko god forskning på om veging er skadeleg eller ikkje skadeleg. Kunnskapssenteret baserer seg på ei retningslinje frå Storbritannia, som anbefalar fleire tiltak for å hindre skadeverknad av å måle vekt (Kunnskapssenteret, 2006, s. 32). Under gjennomføringa av Barnevekststudien (sjå innleiing) vart det lagt stor vekt på å minimere risikoen for stigmatisering av utsette elevar, derfor vart ikkje måleresultata oppgitt til eleven. Men i informasjonsbrevet som foreldra fekk vart dei opplyst om at dei som ønskte det, kunne vende seg til skulens helseteneste for å få oppgitt måleresultata for barnet sitt (Folkehelseinstituttet, 2009a, s. 6).

## **3.2 Fedme og overvekt**

Kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25 og 30 definerast som overvekt, og KMI over 30 kallast fedme hjå vaksne. KMI gir ein generell indikasjon på vektstatusen. Den tek omsyn til kroppshøgde, men derimot ikkje til korleis kroppsvekta er fordelt (Lindberg og Møllerud, 2008, s. 259). Det krevjast tilleggsinformasjon for å finne ut om eit barn med ein gitt KMI er overvektig. Måten enn finn ut dette på er å utføre andre målingar, dette er då måling av hudfolda for å finne ut korleis feittmassen er fordelt på kroppen (Helsedirektoratet 2009a, s. 35). Internasjonalt har ein utvikla alders- og kjønnsavhengige KMI- kurver (iso- KMI) for barn mellom 2-18 år. Denne klassifiseringa korresponderar med grenseverdiane for overvekt og fedme for vaksne (18 år) (Helsedirektoratet, 2008a, s. 16). I følgje denne tabellen har eit barn i ein alder av 8 år ein KMI på 22 når iso- KMI er 30, og ein KMI på 18 når iso – KMI er på 25 (Sjå vedlegg 1).

### **3.2.1 Disponerande faktorar**

Heile 70 prosent av årsakene til overvekt og fedme forklarast med arveleg disposisjon (Lindberg og Møllerud, 2008, s. 257). Barn med ein eller to overvektige foreldre er langt meir utsett for å verte overvektige sjølv, men miljøet kan også ha ein uheldig påverknad. Barn arvar ikkje berre gena frå foreldra sine, men dei arvar også i stor grad foreldra sitt miljø og livsstilsvanar (Lindberg og Møllerud, 2008, s.257 og Davison og Birch, 2001, s. 8). Det har ikkje skjedd nokon endring i gena våre, men forklaringa på overvektsepidemien finn vi ved å sjå på dei endringane som er skjedd i aktivitetsnivået og kosthald denne perioden. Sukkerinntaket har også auka betydeleg. Det er dessutan ein samanheng mellom brusdriking og overvekt (Henriksen, Kvammen og Thomassen, 2006, s. 171). Nokon menneske er på grunn av gena sine meir utsett for overvekt og fedme. Miljøet eller livsstilen fører til ein vektoppgang i befolkninga, medan genetikken kan forklare ein god del av dei individuelle forskjellane (Wangensteen, 2005, s. 1).

Fedme er i ferd med å bli eit alvorleg helseproblem hjå barn og unge verda over. Ei medverkande årsaker er marknadsføringa av energitette, næringsfattige matvarer og drikker til desse aldersgruppene (Damman og Eide, 2007, s. 1). Det å få til endringar i levevanane er ei krevjande oppgåve, spesielt viss samfunnets organisering ikkje stimulerar til det. Det er derfor også nødvendig med overordna strukturelle tiltak for å minske omfanget av fedme og sjukdommar hjå norske barn.

Prispolitiske virkemiddel vil kunne bidra til auka inntak av sunn mat med høgt innhald av fiber, vitamin og mineral. Men på same tid er det minst like viktig at det blir lagt til rette for fysisk aktivitet i miljøa der barn og unge ferdast (Handeland og Hjelmesæth, 2009, s. 1 og Davison og Birch, 2001, s. 3).

Foreldre har betydning for val av mat og matvanar hjå barna sine, og forstyrra mat – mønster hjå ein forelder kan vere forbunda med høgare kroppsvekt hjå barnet. Foreldre fungerer som rollemodellar og har innflytelse på barna sitt val av mat. Har foreldre eit sunt kosthald, vil det vere lettare for barna å gjere det same, og dermed oppretthalde normal vekt (Helsedirektoratet, 2008a, s. 18 og Henriksen, Kvammen og Thomassen, 2006, s. 172).

Reduksjon av porsjonsstørrelsane, regelmessige måltider, rett val av drikke, redusert mengde godteri/snacks/kaker og auka inntak av frukt og grønsaker er viktig for å oppnå redusert energiinntak hjå barn og ungdom. Fokuset bør vere på sunne matvanar og ikkje restriktive diettar. Sidan barn og ungdom er i rask vekst er det svært viktig at ein sikrar eit tilstrekkeleg inntak av vitaminer og mineral, som for eksempel jern og kalsium (Helsedirektoratet, 2008a, s. 93). Riktig kosthald og fysisk aktivitet førebygger sjukdom. Vi kan førebygge ei rekke folkesjukdommar ved å ete meir grønsaker, frukt, bær, poteter, grove kornvarer og fisk. Vidare er det viktig å bruke mindre hardt fett, sukker og salt. Saman med økt fysisk aktivitet vil en slik omlegging av kosthaldet gi en betydelig risikoreduksjon for hjerte- og karsjukdommar, visse former for kreft, diabetes, tannrâte, overvekt og fordøyelsesproblem (Helsedirektoratet, 2009c).

I følgje ein kartleggingsundersøking som helsedirektoratet gjennomførte i forhold til kor mange barn og unge som tilfredsstillar gjeldande norske anbefalingar i forhold til fysisk aktivitet, var det 91 % av dei 9 år gamle gutane og 75 % av jentene som følgjer desse anbefalingane om å vere fysisk aktive i minimum 60 minutt dagleg (Helsedirektoratet, 2008b, s. 6). For å bidra til vekststabilisering anbefalast barnet å vere meir fysisk aktiv. Det å berre vere aktiv nokre få timar kvar veke vil ikkje vere tilstrekkelig for å oppvege mange timar dagleg inaktivitet. Dei offisielle anbefalingane for barn er minst 60 minutt moderat aktivitet kvar dag. For barn med overvekt og fedme ser det ut til at 90 minutt dagleg moderat aktivitet er nødvendig for å hindre utvikling av insulinresistens. Nyare studiar indikerar at moderat til høg fysisk aktivitet 20- 40 minutt per dag gir større helsegevinst i forhold til langvarig moderat aktivitet (Helsedirektoratet, 2008a, s. 46).

Kvardagslivet sine aktivitetar regnast inn i det totale aktivitetsnivået. Det er viktig at ein dannar seg eit bilete av kor fysisk aktiv barnet er i utgangspunktet og kva for aktivitetar dette barnet kan tenkje seg å drive med. Det er viktig at målet med denne behandlinga er at barna skal oppdage at fysisk aktivitet er morosamt og motiverande, og at barna lærer å kjenne på det å bli andpusten og sveit. (Helsedirektoratet, 2008a, s. 46). Nokon tips i forhold til fysisk aktivitet kan vere at foreldra sett grenser for talet på timar med fjernsyn – og datamaskin – aktivitetar per dag. Det å la barnet få gå til og frå skulen, finne fram til aktivitetar som barnet kan drive med, enten åleine eller saman med vaksne (Henriksen, Kvammen og Thomassen, 2006, s. 172).

### **3.2.2 Følgjetilstandar**

Konsekvensane av å ha overvekt og fedme kan bli alvorlege. Derfor er det viktig med førebygging og behandling. Overvekt har ei tendens til å bli gradvis verre til eldre barnet blir, og dette kan då føre til sjuklig fedme når barna blir vaksne. Sjølv berre med moderat overvekt aukar risikoen for utvikling av til dømes diabetes mellitus type 2, hjartesyjukdom, belastningslidingar, søvnapnê, depresjon og mange kreftformer seinare i livet (Lindberg og Møllerud, 2008, s. 256 og Davison og Birch, 2001, s. 1).

## 4.0 Drøfting

Helsesøster har ei viktig oppgåve i kampen mot fedme og overvekt. Ho brukar vekta som eit verktøy, dette for å få ei oversikt på korleis barna veks og trivast. Eg vil i dette kapittelet i oppgåva ta for meg korleis helsesøster skal forberede seg til denne veginga og korleis ho skal gjennomføre den. Vidare vil eg ta for meg oppfølginga etter veging og måling, då med tanke på korleis ho skal formidle til foreldra at barnet deira har fedme og overvekt, og kva tiltak som kan settast i verk. Gjennom heile drøftinga tek eg med kva betyding kommunikasjon har i møte med desse barna og foreldra. I dette kapittelet vil eg forsøke å svare på problemstillinga mi:

*Korleis bør helsesøster arbeide med overvekt og fedme i barneskulen?*

### 4.1 Førebuing til måling og veging

I følge Helsedirektoratet (2009a, s. 30) skal foreldra ha skriftleg informasjon om vekt og høgdemåling før det blir gjennomført, denne informasjonen skal også innehalde opplysningar om bakgrunn for og hensikt med målingane, praktisk gjennomføring og eventuell oppfølging som kan bli nødvendig, viss det føreligg vekstavvik. Eg meiner dette er viktig for at foreldra skal vere forberedt på kva som skal skje, og slik dei kan forberede barna sine på at dei skal vegast og målast. I følge Hernæs og Weston (2010, s. 38-39) skal det stå i brevet som blir sendt ut til foreldra før veging at helsesøster vil ringe dersom ho ser der blir behov for oppfølging. Men det er ikkje like enkelt å formidle ei bekymring over telefon, og det er heller ikkje sikkert at foreldra vil dele bekymringane med helsesøster. Men alle må få tilbod om foreldresamtale.

I følge Hernæs og Fonn (2010, s. 38) er veging frivillig, må lik linje med alt det som helsestasjonen og skulehelsetenesta tilbyr, altså foreldre og barn kan reservere seg mot dette. Derfor må helsesøster vere forberedt på at det ikkje er alle som vil vegast og målast, og at ho sikkert kan få spørsmål både frå foreldre og barn kvifor barnet skal vegast, og kvifor akkurat deira barn må ha oppfølging. Men kva skal gjerast viss dei ikkje vil vegast? Eg tenkjer viss det er nokre barn som ikkje vil vegast kan helsesøster spørje dei om kvifor dei ikkje vil og kvifor dei gruar seg. Helsesøster kan også spørje barna om dei forstår kvifor dei skal vegast, og at det er ingen andre i klassa som får vite kva vekta deira er, dette for å trygge barna og skape tillit.

Eg tenkjer viss veginga blir kombinert med andre målingar vil den kanskje ikkje verke så avskrekkande for barna, dette kan vere til dømes høgdemåling, hovudomkrets og midjemål. Dagen då barna skal vegast kan bli kalla for ”helsedag”, i staden for ”veging”. Her kan dei også snakke litt om kosthald og fysisk aktivitet, eventuelt servere frukt og grønt. Eg tenkjer viss helsesøster formidlar til barna at hensikta med desse målingane er å få ei oversikt på korleis dei veks og trivast, vil dette bli oppfatta som positivt.

Det å få høyre at barnet er overvektig, vil nok kunne opplevast som ubehageleg for foreldre. Dette kan vere fordi dei opplev det som eit angrep, fordi foreldra ofte er overvektige sjølve (Lindberg og Møllerud (2008, s. 256). Eg tenkjer dei kan føle dei har ”mislykkast” som foreldre og kan føle seg sårbare i ein slik situasjon. Derfor blir det heilt avgjerande korleis helsesøster møter desse foreldra. Eg tenkjer viss helsesøster er godt forberedt til denne veginga, vil dette opplevast som ein positiv situasjon både for ho, barna og foreldra. Berre det at ho tenkjer gjennom kva spørsmål ho kan få, og kva ho eventuelt skal svare, kan vere med på å trygge barna og foreldra. I følgje Helsedirektoratet (2009a, s. 30) er det viktig at helsesøster er bevisst på eigne holdningar når ho skal gjennomføre denne veginga og målinga.

Eg tenkjer det er viktig at helsesøster tenkjer gjennom kven ho skal kontakte viss det skulle vere barn med overvekt og fedme, som har behov for oppfølging. I følgje Helsedirektoratet (2008a, s. 28) krev førebygging og behandling av overvekt og fedme gode system for tverrfagleg samarbeid. På skulen har ein mange ulike yrkesgrupper, og eit godt samarbeid mellom dei vil vere viktig. Vidare skriv Helsedirektoratet (2008a, s. 30) at foreldre og barn med overvekt bør få støtte frå ulike instansar, dette kan vere til dømes frå fastlegen, helsesøster, fysioterapeut, kroppsøvinglærer, klinisk ernæringsfysiolog etc.



## **4.2 Gjennomføring av måling og veging**

Mange meiner at veging av barn er skadeleg, fordi dette vil føre til alt for stort fokus på slanking, og barn som er overvektige kan bli mobba på grunn av utsjånaden sin. I følgje Fonn (2010, s. 40) er veging skadeleg, fordi fedme er følelsar og veginga vil føre til at det blir alt for stort fokus på kropp og vekt. I følgje Helsedirektoratet (2009a, s. 30) er ikkje veging av barn skadeleg, men barn kan oppleve det som ubehagelig. I følgje Kunnskapssenteret (2006, s. 34) føreligg det ikkje noko god forskning på om veging er skadeleg eller ikkje. Men dei har vist til ei retningslinje frå Storbritannia, og i denne blir det då lagt vekt på tiltak som kan hindre at veginga blir skadeleg, då ved hjelp av god informasjon til både foreldre og barn.

I følgje Folkehelseinstituttet (2009a, s. 6) fekk ikkje dei 8 år gamle barna sjå kva vekta deira var, dette for å unngå å stigmatisere dei. Men foreldra fekk informasjon om at dei kunne ta kontakt med helsesøster, viss dei ville vite kva måleresultata vart for barnet deira. Men er dette rette måten å gjennomføre det på? Det er mange forskjellige meiningar rundt dette temaet. Nokon meiner at veging er skadeleg og at barna ikkje skal få vite kva vekta deira er, medan andre meiner at vi må kalle ein spade for ein spade og fortelje til barna at dei faktisk er overvektige.

I følgje Hernæs og Weston (2010, s. 38) skal alle barna vegast og dei skal gå inn ein og ein for å bli veid, dei kan om dei vil gå baklengs oppå vekta og dei treng heller ikkje å få vite kva vekta deira er. I følgje Helsedirektoratet (2009a, s. 22-23) skal vekta til barna målast ved hjelp av ei elektronisk vekt. Barna skal også vegast med minst mulig klede på, altså det vil seie dei kan ha på seg ei truse og ei lett trøye, slik at vekta blir så nøyaktig som mulig. Eg tenkjer sidan dei skal ha minst mulig klede på må dei gå inn ein og ein til helsesøster, og at barna får velje om dei vil sjå kva vekta deira er.

I følgje Håkonsen (2009, s. 49) har barn lett for å samanlikne seg med andre barn, og dermed bruke dei andre som målestokk for si eiga vekst og utvikling. I følgje Fonn (2010, s. 40-41) bør helsesøster berre vege barna som treng hjelp, og dette vil ikkje virke stigmatiserande på barna viss enn forklarar kvifor. Her står også at barna veit sjølve at dei er overvektige og problemet er som regel ikkje dei tala vekta viser, men livsstilen i heimen.

Eg tenkjer viss helsesøster berre veg dei som er overvektige kan nokre av barna oppleve dette som å bli ”stempla” som feit. Samstundes tenkjer eg måten veginga blir gjennomført på, og måten helsesøster opptre på, non- verbalt og verbalt, vil vere avgjerande for korleis barna opplev dette.

I følgje Eide og Eide (2004, s. 157) er det viktig at ein har gode nonverbale kommunikasjonsferdigheiter når ein skal kommunisere med personar som ikkje har fullt utvikla kognitive evner, dette gjeld då barn. Derfor er det viktig å vere klar over at det ein uttrykkjer nonverbalt kan ha sterkare gjennomslag enn det som blir sagt, altså det verbale. I følgje Eide og Eide (2004, s. 157) har kommunikasjonen, då både nonverbalt og verbalt, ein vesentleg plass når det gjeld å skal opparbeide eit tillitsforhold mellom helsesøster og barna. Eg tenkjer at barn har ulik bakgrunn, sosial status og kjem i aukande grad frå ulike kulturar. Dette kan difor vere utfordrande for helsesøster, for å gjere seg forstått og tolke dei ulike barna. I følgje Hummelvoll (2008, s. 381-382) opplev vi verda ut i frå kvar vår ståstad når vi kommuniserar med kvarandre, og dette kan føre til at vi misforstår ting som blir sagt til oss.

### **4.3 Oppfølging etter måling og veging**

Men korleis ser barna på det å vere overvektig? I følgje Helsedirektoratet (2008a, s. 19 og 20) ser barn på det å vere overvektig som dårleg helse, usunt kosthald, dårleg fysisk form, dårleg skuleprestasjonar og til slutt dårleg sosial fungering. Eg tenkjer at sidan barn har dette synet på det å vere overvektig blir det ikkje nok å berre skal ta hand om vektkontrollen, men enn må også ha eit mål om å betre barnet sitt kroppsbilete og sjølvfølelse. I følgje Helsedirektoratet (2008a, s. 34) er overvekt eit vanskeleg og sårbart tema, og mange foreldre kan grue seg for å snakke med barnet sitt om overvekt. Dette kan vere fordi dei er redde for at barnet skal få dårleg sjølvbilete. Derfor har helsesøster ei oppgåve i å trygge desse foreldra, motivere dei og formidle til dei at det er god omsorg å stoppe ei farleg vektutvikling.

I følgje Lindberg og Møllerud (2008, s. 256) var det for nokon år sidan tabu å ta opp barneovervekt som tema, fordi nokre trudde at ein ved å gjere dette vil kunne framprovosere spiseforstyrningar hjå barn. Men i følgje forskning er dette motsatt. Viss barna går rundt og er overvektige vil det føre til mobbing frå skulekameratar, og det igjen føre til utvikling av spiseforstyrningar. Derfor kan enn spørje seg om det ikkje er

betre å gi desse barna hjelp i staden for å late som om dette problemet ikkje eksisterar.. Eg tenkjer at dei fleste veit kva overvekt og fedme kan føre til, då i forhold til utvikling av sjukdommar, derfor er det så viktig å førebygge og behandle.

Eg tenkjer det kan bli ei utfordring å skal informere foreldre om kosthald og fysisk aktivitet, viss foreldra ikkje vil snakke med helsesøster om dette temaet. Er det dei store tiltaka som er mest effektive? Då med tanke på tjukke brosjyre og plakatar med ja- mat og nei – mat. Vi blir jo lei av å høyre at løysinga er å ete mindre og trimme meir, då helst med å kutte ut alt usunt og jogge kvar dag. Dette verkar sikkert for mange som uoverkommelig, det går kanskje ei stund, men etter kvart kan folk lett falle tilbake til dei gamle vanane. I følgje Hærnes og Weston (2010, s. 38) er det dei små og enkle tiltaka som ofte gir størst effekt fordi dei verkar overkommelege. Dette kan til dømes vere å bytte til ein magrare margarin og andre lettare matprodukt. Eg tenkjer at foreldra kan få skriftleg informasjon når det er behov for oppfølging, men då er det viktig at denne informasjonen er kort og lettleselig, og den kan gjerne innehalde enkle råd i forhold til fysisk aktivitet og kosthald. Det kan også vere ein fordel at helsesøster, saman med foreldra, går gjennom dette skrivet og kjem fram til løysingar.

Før helsesøster kan kome med forslag og tiltak, må ho nødvendigvis få kartlagt kor fysisk aktive barna er. I følgje Helsedirektoratet (2008a, s. 46) er det anbefalt at barn som er overvektige bør vere i moderat aktivitet i 90 minutt dagleg. Eg tenkjer dette kan vere utfordrande å gjennomføre, spesielt viss barna ikkje er vande med fysisk aktivitet og har eit usunt kosthald, då dette vil krevje store endringar i livsstilen. I følgje Helsedirektoratet (2008a, s. 44) skal enn lage seg mål, og dei skal vere tydelege og konkrete og dei skal vere oppnåelege, men på same tid skal det vere noko å strekkje seg etter. Denne prosessen skal kontinuerleg evaluerast og nye mål skal settast.

Det kan vere ei byrjing at barna går til og frå skulen, viss dette er mogleg, redusere skjermtida, då med tanke på data og fjernsyn, vere meir ute å leike seg, gå tur i skogen saman med vener og avtale faste dagar til familieaktivitetar. Eg tenkjer det er viktig at foreldra er klar over at det å gjere noko med overvekt er langvarig arbeid og det tek tid. Derfor er det viktig å ha realistiske mål og ta eit skritt av gangen og ikkje tru at enn vil sjå dei store forandringane med ein gong. Eg tenkjer også det blir viktig å vere klar over at denne prosessen både kan ha gode dagar og dårlege dagar.

I følge (Helsedirektoratet, 2008a, s. 4) er det viktig at helsesøster finn ut kva foreldra ønskjer hjelp til og eventuelle bekymringar, dette for å kunne hjelpe dei vidare. Eg tenkjer at dei aller fleste veit at dei burde endre på livsstilen sin, men dei klarer det ikkje, ”vi veit at vi burde..., men..., eigentleg vil vi gjerne..., men”. I følge Helsedirektoratet (2008a, s. 43) har ein som helsepersonell ei særskild viktig oppgåve i å støtte familien med å utforske motivasjon, ambivalens, utfordringar og suksessar når det gjeld omlegging av livsstilen. Her er det då viktig å bruke opne spørsmål, men helsesøster må vere sikker på om familien ønskjer råd før ho gir dei det. I denne prosessen kan ein møte på hindringar som kan gjere endring vanskeleg, fordi dei fleste av oss reagere med protest når nokon andre fortel oss kva vi skal gjere.

Helsesøster har ein viktig pedagogisk funksjon i arbeidet med barn og foreldre. I følge Tveiten (2008, s. 71) er læring og endring sentralt når det gjeld vegleing, og det er noko av hensikten når helsesøster skal vegleie foreldra og barna til ein sunnare livsstil. Målet er at dei skal endre livsstilen sin, slik at den bidreg til at dei blir meir aktive og et sunnare, og på denne måten førebygg vidare utvikling av overvekt og fedme, og dei følgjetilstandane det kan føre til. Hensikten er å auke kunnskapen til foreldra. Eg tenkjer motivasjonen til foreldra er avgjerande i denne situasjonen, viss ikkje foreldra er motivert til å endre livsstilen sin blir dette vanskelig å få endra på. Derfor er viktig at enn legg vekt på enkle og oppnåelige mål under denne prosessen, og det bør helst vere mål som foreldra ønskjer å oppnå, i følge Tveiten (2008, s. 121). I følge Røkenes og Hanssen (2006, s. 15) er det viktig at enn som fagperson fremmar sjølvstende og medverknad i møte med andre menneske. Eg tenkjer her at oppleving av meistring er ei føresetnad for å få til åtferdsendring.

I følge Helsedirektoratet (2009a, s. 20-21) er skulen ein viktig plass for å sette i verk tiltak mot utvikling av overvekt og fedme, fordi enn i skulen vil nå fram til alle. Her er alle barna samla og det vil då bli enklare å skal sette i verk tiltak. Eg tenkjer at det her kan gjerast mykje, då med tanke på å la barna vere meir aktive, som for eksempel å ha fleire timar kroppsøving, lære å ete sunn mat og kvifor dette er viktig. Faget mat og helse kan i større grad ha fokus på sunt kosthald. Eg tenkjer vidare at det viktigaste er at barn oppdagar at det å vere fysisk aktiv er morosamt og motiverande, og at sunn mat er godt.

Det blir ikkje nok å berre legge vekt på at barna skal vere ”sunne” på skulen, så då må foreldre også informerast og bli oppfordra til å legge om kosthaldsvanar i heimen, slik at barna utviklar sunne og gode vanar. I følgje Helsedirektoratet (2008a, s. 26) er behandling av overvekt komplisert og med varierende resultat. Det er difor sentralt å ha fokus på førebyggjande arbeid frå småbarnsalderen, slik at ein unngår utvikling av overvekt.

I dei retningslinjene som kjem til hausten står der ingenting om kva som kan gjerast på samfunnsnivå, når det gjeld førebygging av overvekt og fedme, men der er lagt stor vekt på kva enkeltindivid skal gjere, altså kva helsesøster skal gjere. Eg tenkjer det blir vanskelig å skulle vege barn, informere og rettleie i forhold til fysisk aktivitet og kosthald, viss ingenting blir gjort på samfunnsnivå. I følgje Damman og Eide (2007, s. 1) og Handeland og Hjelmesæth (2009, s. 1) hjelp det lite i å skal førebygge overvekt og fedme, viss ikkje samfunnet jobbar med det same. Eg tenkjer det må samfunnsnivå burde vore konkrete tiltak som gjer usunn mat dyrare og sunn mat billigare, og legge meir vekt på fysisk aktivitet , frukt og grønt i skulane.

## 5.0 Styrkje og veikskap

I oppgåva har eg nytta nasjonalfaglige retningslinjer frå helsedirektoratet, desse er godt dokumentert og held høg kvalitet, dette meiner eg er ein styrkje ved oppgåva. Ein annan styrkje er at eg har funne litteratur frå både norske og internasjonale forfattarar, og litteraturen er forfatta av personar med ulike profesjonsbakgrunn. Overvekt og fedme hjå barn er dagsaktuelt tema, grunna helsedirektoratet si gjeninnføring av veging og måling. Dette gjer at det er mange interessante diskusjonar rundt problemstillinga mi, noko som eg meiner har styrkja oppgåva. Det at eg har brukt kommunikasjonen gjennom heile oppgåva og sett lys på kor viktig dette er i møte med barna og foreldra meiner eg styrkjer oppgåva. Eg har ikkje funne konkret litteratur for korleis helsesøster skal gjennomføre veginga, og eg har difor måtte dradd parallellar frå andre fagfelt for å kunne svare på problemstillinga. Dette har ført til stor breidde i litteraturen, noko som eg meiner styrkjer oppgåva.

Ein veikskap ved oppgåva er at eg ikkje har konkret erfaring i arbeidet til helsesøster, og litteraturen er difor tolka ut frå min ståstad som sjukepleiarstudent. Eg har ikkje funne god forskning som kan understøtte og kvalitetssikre om veging av barn er skadelig eller ikkje.

Hadde eg skulle skrive oppgåva på nytt ville eg ha brukt meir tid på å søke etter forskning rundt dette temaet. På grunn av oppgåva si avgrensing har eg ikkje fått tatt med alle sidene ved denne veginga og målinga. Hadde det vore meir plass i skrive på, ville eg sett på kjønnsmessige forskjellar når det gjeld overvekt og fedme. Då ville eg også brukt ein anna tabell angående iso-KMI, som tek for seg KMI- forskjellane på gutar og jenter. Eg hadde også ville gått meir i detalj på fysisk aktivitet og kosthald i oppfølginga. Den ideelle løysinga på oppgåva hadde vore viss eg tatt for meg alle aspekt rundt helsesøster si rolle i denne situasjonen, då tenkjer eg på miljøet, kommunikasjonen og oppfølginga etter veging og måling.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgåva har eg forsøkt å svare på korleis helsesøster bør arbeide med overvekt og fedme i barneskulen.

Det er viktig at det blir sendt ut informasjon før veging og måling, slik foreldre og barn blir godt informert om kva som skal skje. Det at helsesøster forbereder seg godt til veging og måling vil vere med på å trygge foreldra og barna, og dermed lettare kunne legge grunnlaget for eit godt samarbeid.

Gjennom arbeidet med oppgåva har eg funne ut at det ikkje fins noko godt svar på om veging er skadeleg eller ikkje. Diskusjonen viser at helsesøster må vege alle barna, i staden for å plukke ut dei som er overvektige, også at barna kan få velje om dei vil sjå kva måleresultata blir. Vidare er det viktig at barna får gå inn ein og ein til helsesøster, sidan barn har lett for å samanlikne seg med andre. Dei ytre rammene rundt veginga er viktig, men korleis helsesøster kommuniserar men barna og foreldra vil ha stor betyding for korleis dei opplev veginga. Spesielt viktig er non-verbal kommunikasjon i møte med barn.

Målet med oppfølginga etter veging skal ikkje vere slanking, men legge til rette for endring og ein sunnare livsstil. Vidare skal oppfølginga bidra til å auke kunnskapen rundt temaet både for foreldre og barn. Det er oftast dei små tiltaka som gir størst effekt, slik ein ikkje sett seg for store mål, fordi då vil ting verke uoverkommelege og umotiverande. Det er også viktig at foreldre og barn synes det er kjekt og motiverande å endre livsstilen. Basert på denne gjennomgangen er ikkje veging og måling åleine nok til å bekjempe denne ”overvektsepidemien”, men det vil krevjast konkrete tiltak på samfunnsnivå. Skulen er ein viktig plass for å kunne sette i verk tiltak i forhold til overvekt og fedme, fordi her er alle barna samla. Skulen skal støtte heimane med å gje barna ein god oppvekst og legge til rette for ein sunn livsstil, og her har helsesøster ei viktig oppgåve.

## Litteraturliste

Damman, Siri og Eide, Wenche Barth. (2007). "Retten til mat og frihet fra fedme". I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 17/2007.

Davison, K. K and Birch L. L. (2001). «Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research». *The International Association for the study of Obesity*.

Eide, Tom og Eide, Hilde. (2004). *Kommunikasjon i praksis – Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet (juni, 2009a). *Barns vekst i Norge 2008 – Høyde, vekt og livvidde målt blant 3.- klassinger*. (Online). Web-adresse:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5583&MainArea\\_5661=5583:0:15,1359:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5583=5603:77503:::1:5585:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5583&MainArea_5661=5583:0:15,1359:1:0:0:::0:0&MainLeft_5583=5603:77503:::1:5585:1:::0:0)

Folkehelseinstituttet (9. juni 2009b). *Overvekt og fedme hos barn og unge – faktaark*. (Online). Web- adresse:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:70852:::1:5647:48:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:70852:::1:5647:48:::0:0)

Fonn, Marit. (2010). "Fedme er følelser". I: *Sykepleien*. 98.årgang. Nr. 3. s. 40.

Handeland, Marit og Hjelmesæth, Jøran (2009). "Fedmeepidemien – vi må begynne med barna". I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 1/2009.

Helsedirektoratet (2008b). *Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge – En kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9- og 15- åringer*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2008a). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Høringsutkast.

Helsedirektoratet (2009a). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Høringsutkast.



Helsedirektoratet (23. september 2009c). *Nøkkelråd for mat og mosjon*. (Online). Web-adresse: <http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/kostholdsrad/>

Henriksen, Christine, Kvammen, Janne Anita og Thomassen, Rut Anne (2006). *Bare barnemat! – riktig kosthold for gravide, ammende, barn og ungdom*. Oslo: J.M. Stenersens Forlag AS.

Hernæs, Nina. (2010). "Teller kilo". I: *Sykepleien*. 98. årgang. Nr. 3. s. 39.

Hernæs, Nina og Weston, Stig M. (2010). "Snakker om overvekt". I: *Sykepleien*. 98. årgang. Nr. 3. s. 38.

Hummelvoll, Jan Kåre. (2008) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Håkonsen, Kjell Magne (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjerkreim, Torhild (2005). "Væske og ernæring" (Kapittel 11, s. 115- 159). I: Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli- Anne (red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapssenteret (2006). *Høyde- og vektmåling av barn og unge*. (Online). Web – adresse: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/595.cms>

Kunnskapsdepartementet (14. Desember 2007). *Yrke og karriere – Helsesøster* (Online). Web-adresse: <http://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsesoster>

Lindberg, Dr. Fedon Alexander, og Møllerud, Merete Hansen. (2008). *Barn I balanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Magnus, Per og Bakketeig, Leiv S.(2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

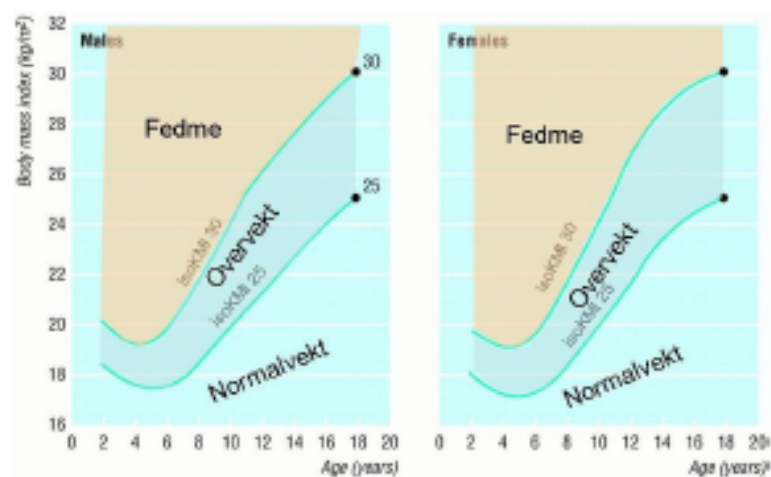
Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per- Halvard. (2006). *Bære eller breste*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

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

Wangensteen, Teresia (mfl.) (2005). "Genetiske årsaker til fedme". I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 22/2005.

## Vedlegg 1: iso – KMI 25, 30 og 35

Alder (år)	iso-KMI 25		iso-KMI 30		iso-KMI 35	
	gutter	jenter	gutter	jenter	gutter	jenter
2	18	18	20	20	25	25
2,5	18	18	20	20	25	25
3	18	18	20	19	25	24
3,5	18	17	19	19	24	24
4	18	17	19	19	24	24
4,5	17	17	19	19	24	24
5	17	17	19	19	24	24
5,5	17	17	19	19	24	24
6	18	17	20	20	25	25
6,5	18	18	20	20	25	25
7	18	18	21	21	26	26
7,5	18	18	21	21	26	26
8	18	18	22	22	27	27
8,5	19	19	22	22	27	27
9	19	19	23	23	28	28
9,5	19	19	23	24	28	29
10	20	20	24	24	29	29
10,5	20	20	25	25	30	30
11	21	21	25	25	30	30
11,5	21	21	26	26	31	31
12	21	22	26	27	31	32
12,5	22	22	26	27	31	32
13	22	23	27	28	32	33
13,5	22	23	27	28	32	33
14	23	23	28	29	33	34
14,5	23	24	28	29	33	34
15	23	24	28	29	33	34
15,5	24	24	29	29	34	34
16	24	24	29	29	34	34
16,5	24	25	29	30	34	35
17	24	25	29	30	34	35
17,5	25	25	30	30	35	35
18	25	25	30	30	35	35



## Vedlegg 2: Tabell for litteratursøking

DATABASER	SØKEORD	TREFF	AVGRENSNING	FUNN
BIBSYS 22.02.10	Innføring psykologi	44	- Høgskulen i Sogn og Fjordane. - Bøker.	<b>Bok:</b> «Innføring i psykologi»
Helsedirektoratet 04.03.10	Faglige retningslinjer veiging og måling	56		<b>Retningslinjer:</b> «Nasjonale faglige retningslinjer for veiging og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (høring under behandling)
BIBSYS 22.02.10	Pedagogikk sykepleie	69	- Høgskulen i Sogn og Fjordane. - Bøker	<b>Bok:</b> «Pedagogikk i sykepleiepraksis»
PUBMED (fulltekst) 21.04.10	Childhood overweight family context	40		<b>Artikkel:</b> «Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research»
SveMed+ 03.03.10	Fedme barn	17	Abstract/fulltekst	<b>Artikkel:</b> «Retten til mat og frihet fra fedme» Tidsskrift for Den norske legeforening.
BIBSYS 03.03.10	Fedme barn	29		<b>Bok:</b> «Bare barnemat – riktig kosthold for gravide, ammende, barn og ungdom»
BIBSYS 10.03.10	Barn i balanse	3	- Bok - HSF/Førde	<b>Bok:</b> «Barn i balanse»
Svemed+ 10.03.10	Genetiske årsaker fedme	1	- Abstract/fulltekst	<b>Artikkel:</b> «Genetiske årsaker til fedme»

Helsedirektoratet			- Aktuelt - Høringer - Høringer under behandling	<b>Retningslinjer:</b> ”Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten – Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme” (høring under behandling)
11.03.10				
SveMed+	Barn fedme	19	-Abstract/fulltekst	<b>Artikkel:</b> ”Fedmeepidemien – vi må begynne med barna”
17.03.10				
Helsedirektoratet			-Fysisk aktivitet - Publikasjonar	<b>Rapport:</b> ”Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge – En kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9 – og 15 – åringer”
25.03.10				
Folkehelseinstituttet.	Barn vekst Norge	37		<b>Rapport:</b> ”Barnevekststudien”
25.03.10				
BIBSYS	Kommunikasjon praksis	7	- HSF Førde - Bøker	<b>Bok:</b> ”Kommunikasjon i praksis – relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid”
17.03.10				
BIBSYS	Bære eller briste	4		<b>Bok:</b> ”Bære eller briste – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker”
17.03.10				