

**Barn og ernæring:**

*”Hvordan kan helsesøster fremme god ernæring hos barn under  
førskolealder?”*



**En kvalitativ intervjustudie**

---

*Kandidatnr: 87*

*Antall ord: 11 420*

*Høgskolen Stord/Haugesund*

*Avdeling Haugesund*

*Våren 2008*

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	5
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	6
1.4 Målet med oppgaven.....	7
1.5 Oppgavens disposisjon.....	8
<b>2.0 Metodedel</b> .....	<b>9</b>
2.1 Hva er metode?.....	9
2.2 Valg av metode.....	9
2.3 Kvalitativt intervju som metode.....	10
2.3.1 Metodens sterke og svake sider.....	10
2.4 Intervjuguide.....	11
2.5 Etiske aspekt og kildekritikk.....	12
2.6 Praktisk gjennomføring.....	13
<b>3.0 Teoretiske rammeverk</b> .....	<b>15</b>
3.1 Helsefremmende arbeid.....	15
3.2 Helsesøsters arbeid.....	15
3.3 Helsestasjonstjenesten.....	16
3.4 Kommunikasjon.....	17
3.5 Undervisning og veiledning.....	18
3.6 Helsefremmende ernæringsarbeid.....	19
3.7 Ernæringsanbefalinger.....	20
3.8 Virginia Henderson.....	21
<b>4.0 Presentasjon av funn og drøfting</b> .....	<b>22</b>
4.1 Strategier for å fremme god ernæring.....	22
4.2 Helsesøster som pådriver.....	24
4.3 Helsesøsters metoder for å lære bort sin kunnskap.....	26
4.3.1 Individ –og grupperettet arbeid.....	28
4.4 Hvor er det behov for helsesøster?.....	29
4.4.1 Metoder for å fremme samarbeid i måltidssituasjonen.....	30
4.4.2 Å innføre et grunnlag for god ernæring.....	32

4.5 Vekst –en vurdering av barnets ernæringstilstand.....	35
<b>5.0 Avslutning.....</b>	<b>37</b>
<b>Kildehenvisning.....</b>	<b>39</b>

**Vedlegg I:** Brev til helsesøster

**Vedlegg II og IIV:** Vekstprosentiler

## 1.0 Innledning

Grunnlaget for et godt kosthold legges i de første leveårene til barnet. Det at et barn tidlig læres opp til og venner seg til å ha et sunt kosthold denne tiden, kan påvirke hvilke matvarer og kosthold de velger senere i livet (Sortland 2004). Barns ernæring er helt avhengig av foreldrenes holdninger og kunnskap om hva som er god ernæring og sunne levevaner. Likevel har hele samfunnet et ansvar. Barna er tross alt landets viktigste ressurs (Kreftforeningen 2007). Helsesøster, som er kommunens sentrale aktør innen det helsefremmende og forebyggende arbeid (Statens helsetilsyn 1998) har her et viktig ansvar. I følge Kostholdsundersøkelsen blant barn og unge oppgir sped – og småbarnsforeldre at deres aller viktigste informasjonskilde når det gjelder ernæringen til deres barn er helsestasjonen. 87 % av foreldrene oppgir at de har fått slik informasjon fra helsestasjonen. Selv om 74 % opplevde dette som nyttig, ønsker så mye som halvparten av foreldrene å vite mer om riktig ernæring til sine sped – og småbarn (Berg 2005; Sosial – og helsedirektoratet 1998).

Undersøkelsen viser at svært mange har et kosthold som består av for mye sukker. Norske barn får i seg minst 37 kilo sukker i året, og størsteparten av dette viser seg å komme av brus, saft og godteri! (Kreftforeningen 2007). I følge undersøkelsen får 40 % av norske ettåringere i seg for mye sukker. Det kommer av at halvparten av ettåringene får søt saft hver dag eller uke, og at en av ti får brus. På en annen side er det kun 36 % av ettåringene som fremdeles får morsmelk, mens 72% får mens de er 7 måneder gamle. Morsmelk burde være mer utbredt enn sukkerholdige drikker blant denne aldersgruppen, men slik er det ikke (Berg 2005; Sosial – og helsedirektoratet 1998). Tidligere rammet type 2 diabetes kun voksne, mens den i dag også rammer barn. I følge kreftforeningen er landets familier blitt fetere og fetere. Over halvparten av norske menn, og en fjerdedel av norske kvinner er overvektige. I tillegg har overvekt blant barn økt kraftig. Meldingen fra kreftforeningen er klar: Fortsetter denne utviklingen vil foreldre leve lengre enn sine egne barn! (Kreftforeningen 2007).

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet i oppgaven er *barn og ernæring*. På bakgrunn av dette temaet kom jeg frem til følgende problemstilling:

*”Hvordan kan helsesøster fremme god ernæring hos barn under førskolealder?”*

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I følge WHO's globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse er det god grunn til å innarbeide gode spisevaner allerede i barnets første leveår. Det viser seg nemlig i følge flere undersøkelser at overvektige barn har en høy risiko for å bli overvektige også som voksne (WHO 2007).

Helsesøster er den eneste instans som har regelmessige konsultasjoner med alle friske barnefamilier om temaet ernæring (Statens helsetilsyn 1998). Den makten helsesøster gjerne har i det helseforebyggende arbeidet understreker hvor viktig det er å nå ut med riktig informasjon på riktig måte. Alt handler om å nå ut til foreldrene, som er de som setter maten på bordet og regulerer det vesle barnets spisevaner. Helsesøster har en viktig rolle for å fremme folkehelsen i landet. – Å sikre enn sunn fremtid for landets små borgere!

Helsesøster har grunn utdanning som sykepleier, og deler det samme verdigrunnlaget. Men i tillegg har helsesøster spesialkompetanse innen det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet til barn (Glavin & Kvarme 2003). Eg erkjenner at jeg har en manglende kompetanse innenfor helsesøsteryrket, men har likevel valgt å bruke helsesøster som utgangspunkt for å få bredere kunnskap om temaet barn og ernæring.

### 1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Helsesøster driver forebyggende arbeid overfor både barnehage, skole, barn, tannpleiere og foreldre(Statens helsetilsyn 1998). For å avgrense problemstillingen har jeg valgt å ta utgangspunkt i det arbeidet som er rettet mot foreldre og familie. Dette er også mest relevant i forhold til den aldersgruppen av barn jeg har fokuset rettet mot. At barnet er under førskolealder betyr at det er under 5 år. For å avgrense fokuset på ernæring, har jeg valgt å utelukke arbeid rettet mot spedbarn under 6 måneder . Det jeg skriver om amming og morsmelk vil være rettet mot den aktuelle aldersgruppen, og i sammenheng med fast føde.

Når helsesøster gir helsefremmende råd om barns ernæring, vil rådene også virke sykdomsforebyggende. Selv om oppgaven har et fokus på helsefremmende arbeid, vil jeg også nevne noe av den sykdomsforebyggende effekten en god ernæring kan ha. Det vil være med på å styrke betydningen av å fremme et godt kosthold. Mye av forskningen som nyttes i det helsefremmende arbeidet har gjerne oppstått pga at forskeren ser at et dårlig kosthold kan ha negative effekter i form av sykdom og overvekt, og har dermed tatt fatt i problemene. For å understreke nødvendigheten av det helsefremmende arbeidet vil det kunne være nyttig å peke på hvilke konsekvenser som forebygges over kort og lang tid.

For å ta fokuset bort fra det sykdomsforebyggende arbeidet, vil jeg fokusere på friske og medisinsk sett ressurssterke familier. Jeg kommer ikke til å legge vekt på hvordan helsesøster kan yte hjelp i tilfeller der barnet har spesielle medisinske forutsetninger for ikke å kunne spise riktig. Heller ikke ernæring ved mindre alvorlige sykdommer, for eksempel at barnet har nedsatt allmenntilstand og dermed dårlig matlyst, er noe jeg kommer til å ta for meg. Selv om interessen for matvareallergi og intoleranser er aktuell blant mange foreldre(Statens helsetilsyn 1998), kommer jeg ikke til å ta for meg disse problemstillingene.

Problemstillingen er basert på friske barn, men studien bærer preg av at alle har forskjellige ressurser, og at det helsefremmende arbeidet må tilpasses disse. Jeg har i tillegg valgt å beskrive hvordan helsesøster kan vurdere om barnet er tilfredsstillende ernært. Dette for å belyse hvordan helsesøster kan finne ut hvilket fokus hun bør ha på det helsefremmende ernæringsarbeidet.

Studien tar utgangspunkt i Virginia Hendersons teori om at ressursvikt ikke nødvendigvis kommer av sykdom, men gjerne mangel på kunnskap. Helsesøsters oppgave blir å veilede og

undervise slik at de selv kan mestre de helsefremmende tiltakene på en selvstendig måte(Kristoffersen m.fl. 2004).

Det er flere årsaker til at ernæring trenger å fremmes, og det kan skrives mye om hva barnet bør spise og hvilken funksjon de ulike næringsstoffene har. For å dekke problemstillingen og ikke ”skli” utover denne, har jeg valgt å i korte trekk nevne de viktigste ernæringsrådene for småbarn i teoridelen, for så å drøfte hvordan helsesøster kan fremme at disse rådene overholdes.

## **1.4 Målet med oppgaven**

Målet med oppgaven er å øke min kompetanse på hvordan helsesøster i størst mulig grad kan sørge for at barn er velernærte og får gode kostvaner så tidlig som mulig. Jeg ønsker å få mer kunnskap det helsefremmende arbeidet, og finne ut hvilke tiltak som gjør at helsesøster på best mulig måte kan øke foreldrenes mestring når det kommer til ernæring av deres barn.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er delt opp i 4 kapitler. Det første kapittelet er en innledning. Her presenterer jeg tema og problemstilling, med nærmere forklaring på hvorfor jeg valgte dette, og hvordan jeg har valgt å avgrense problemstillingen. Det andre kapittelet er en metodedel, der jeg beskriver hva metode er, og hvilken metode jeg har valgt. Her beskriver jeg fordeler og ulemper med den kvalitative intervjumetoden jeg har valgt, og hvordan jeg går frem med studien basert på den valgte metoden. I tillegg er intervjuguiden presentert. I det tredje kapittelet tar jeg for meg den teorien som er relevant for å drøfte problemstillingen. Som en del av teorien har jeg valgt å ta med de begrepsmessige rammene for oppgaven. Her beskriver jeg også teoretikeren Virginia Henderson, og hennes teorier. Det er disse teoriene som går igjen når jeg drøfter hvordan problemstillingen kan besvares i det fjerde kapittelet. Basisen for drøftingsdelen vil være de svarene helsesøster gir meg i forbindelse med intervju. I tillegg til å poengtere hennes uttalelser, vil jeg presentere og drøfte litteratur og forskning som er relevant ut i fra intervjuguiden. Studien avrundes med en avslutning, der jeg gir svar på hvordan jeg føler

studien gikk, og hvorvidt problemstillingen gav nyttige svar eller ei. Som vedlegg tilføyer jeg vekstpercentilen som er et viktig verktøy for helsesøster i vurderingen av barns ernæringsstatus, og som et hjelpemiddel å vurdere hvilke helsefremmende og ernæringsmessige råd som gis foreldrene. Jeg legger i tillegg med brevet jeg sendte til utvalgte helsesøstre i forbindelse med intervjuene.



## 2.0 Metodedel

---

### 2.1 Hva er metode?

Dalland(2000) beskriver metode som noe som skal veilede oss i hvordan vi skal gå frem for å skaffe eller vurdere kunnskap. Metode kan defineres som en fremgangsmåte som skal løse problemer og gjøre oss i stand til å komme frem til ny kunnskap. Metoden er et redskap når vi skal samle inn data som en trenger for å gjennomføre en undersøkelse. (Dalland 2000).

Tranøy sin definisjon er at metode er en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller etterprøve påstander som settes frem med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare(Dalland 2000, kap 4).

### 2.2 Valg av metode

Jeg har valgt å benytte meg av kvalitativ metode og intervju for å få svar på problemstillingen. Jeg mener at denne metoden vil være mest hensiktsmessig i forhold til å besvare problemstillingen. Det som kjennetegner en kvalitativ metode er at den forsøker å fange opp meninger eller opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes. Både kvalitative og kvantitative metoder tar sikte på å bidra til en bedre forståelse for samfunnet vårt, og hvordan hver enkelt, grupper og institusjoner handler og samarbeider. Bortsett fra dette er målene for de to metodene ulike(Holme & Solvang 1996, i Dalland 2000).

I kvalitative studier går en i dybden, og samler mest mulig informasjon fra få informanter. I arbeidet forsøker en å finne sammenhenger og helhet i de data som tas i bruk (Dalland 2000). Hovedmålet med datainnsamlingen er å undersøke mønstre i dataene. Kvalitative metoder tar sikte på å komme frem til det som karakteriserer eller beskriver noe best, eller å komme frem til modeller som best beskriver et fenomen eller en sammenheng i samfunnet(Olsson & Sørensen 2003, kap 6). Men min problemstilling tar jeg sikte på å karakterisere hva som best

beskriver helsesøsters helsefremmende ernæringsarbeid med barn, samt finne gunstige modeller for å lykkes med dette arbeidet.

En viktig årsak til at jeg velger å benytte en kvalitativ metode er at denne er mindre tidkrevende enn den kvantitative metoden. Å skaffe data fra flere informanter på et kort tidsrom er i min mening ikke mulig for å skape en god undersøkelse.

I den kvalitative metoden skjer datainnsamlingen i direkte kontakt med feltet(Dalland 2000). Dette gir med en mulighet til å komme nærmere informantene, og få en dypere forståelse for hva informantene synes er viktig å legge vekt på.

Det er også en av grunnene til at jeg har valgt å benytte meg av et intervjustudie. Jeg fikk muligheten til å intervju en helsesøster om det å utføre helsefremmende ernæringsarbeid rettet mot barn under førskolealder.

## ***2.3 Kvalitativt intervju som metode***

Det kvalitative forskningsintervjuet går ut på at to personer har en dialog om et tema som begge er interessert i(Olsson & Sørensen 2003, kap 6). Intervjuet skal innhente nyanserte beskrivelser av deltakerens livssituasjon. Formålet er å hente kvalitativ kunnskap ved å bruke vanlig språk. For at svarene skal bli mest mulig dekket er det et kjennetegn at spørsmålene er åpne og gir mulighet for omfattende svar(Dalland 2000).

### **2.3.1 Metodens sterke og svake sider**

Kvalitative intervju har en lav grad av standardisering. Det innebærer at den som intervjues kan tolke spørsmålene fritt, alt etter hvilke verdier, språkvaner, og erfaringer de har, eller hvilke mål de ønsker å nå(Olsson & Sørensen 2003). Fordelen er at intervjueren gjerne får et mer vidt bilde av hva som er helsesøsters oppriktige mening enn om hun hadde hatt faste svaralternativer å gi svar etter. I et slikt intervju ville hun kanskje valgt det alternativet som var nærmest hennes beskrivelse, uten å ha muligheten til å utdype noe svar.

I Dalland(2000) står det presisert at styrken med kvalitative data og metoder er at de får frem den totale situasjonen. Slike helhetsfremstillinger åpner for at forståelsen for sosiale prosesser og sammenhenger styrkes. De kvalitative undersøkelsesmetodenes nærkontakt med undersøkelsesenheterne vil kunne øke forståelsen for de enkeltes livssituasjon.

Kvalitative intervju kan ha en negativ effekt ved at intervjueren kan formulere spørsmålene, og påvirke deltakeren slik at hun får de svarene hun ønsker. Dette kan skje ubevisst fordi intervjueren deltar i samtalen. Det kan dessuten oppstå misforståelser mellom partene om ikke intervjueren har forsikret seg om at spørsmålene er riktig oppfattet(Dalland 2000). Når intervjuet foregår over mail er det gjerne lettere for at deltakeren svarer noe annet enn det spørsmålet ville ha svar på. Kanskje har de dårlig tid, og svarer raskt det de tror intervjueren ønsker svar på, istedenfor å ringe eller sende mail for å spørre.

## **2.4 Intervjuguide**

Spørsmålene jeg har valgt er først og fremst for å få et fyldig svar fra en eller flere helsesøstre på hvordan de ville valgt å løse problemstillingen. I tillegg ønsker jeg å få et innblikk i hvordan behovet er for at denne problemstillingen besvares.

- \* Hva er din strategi som helsesøster for å bidra til å gi barn under førskolealder et godt kosthold?*
- \* Hva er de vanligste utfordringene du møter fra foreldre i forhold til barn og ernæring?*
- \* Hva er dine viktigste råd når det kommer til ernæring av barn under førskolealder?*
- \* Hvor aktuelt er temaet ernæring blant foreldre som besøker deg?*

## 2.5 Ethiske aspekt og kildekritikk

Uavhengig av hvilken metode som velges vil oppgaveskrivingen kunne by på forskningsetiske problemer. En bør være kritisk til litteraturen en bruker. Det finnes studier der det er grunn til å tro at forskerens holdninger har gjennomsyret studien, og gjort resultatet mindre objektivt(Dalland 2005). Gjerne har forskeren bevisst eller ubevisst brukt informanter som han vet vil ha noenlunde samme formening som han selv. En bør derfor vurdere studier kritisk, og gjerne se på flere lignende studier for å få et mest mulig korrekt inntrykk av resultatet. Dette vil være særlig aktuelt når vi gjør en kvalitativ studie.

Siden jeg har valgt å gjøre et lite intervju må jeg ta hensyn til dette når jeg tar kontakt med personen jeg vil intervju. Det innebærer at jeg fullt ut må ha respekt for at han/hun ikke ønsker å svare på ulike spørsmål, eller evt ikke ønsker å delta i noe intervju. Frivillig samtykke er et viktig etisk tema. Samfunnsvitenskapelige retningslinjer sier at forsøkspersonene har krav på å samtykke frivillig. Det innebærer også at de når som helst kan trekke seg(Dalland 2005). Informanten utlevere seg selv i en intervjusituasjon, og har krav på å få vite hvordan informasjonen blir brukt og hva som er hensikten. I følge hovedkomitèen for norsk forskning vil det å bli informert bidra til å styrke informantens autonomi, i tillegg til å oppmuntre til at de tar selvstendige og ansvarlige beslutninger(Dalland 2005).

Taushetsplikt og anonymitet er viktige etiske aspekt. Personregisterloven § 31 e sier om forskerens taushetsplikt at enhver som utøver arbeid i forbindelse med en forskningsoppgave er pliktig til å hindre andre i å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger. I følge loven kan opplysningene bare brukes slik det er nødvendig for forskningsarbeidet(Dalland 2005). Dette er nært knyttet til deltakernes rett på å være anonyme. Navn er ikke viktig, men hvilken kategori deltakeren går under(Dalland 2005). I denne studien er det en helsesøstre jeg ønsker å stille noen spørsmål. Det er det aktuelle for oppgaven.

## 2.6 Praktisk gjennomføring

For å utføre intervjustudien valgte jeg å kontakte sju helsesøstre fra ulike helsestasjoner rundt om i landet. En helsesøster avtalte jeg med muntlig at jeg skulle sende en mail med nærmere beskrivelse om studien, og spørsmålene jeg ville ha svar på. To andre ringte jeg til, og fikk et bekreftende svar, før jeg sendte mail med nærmere forklaring og intervjuguide. De resterende valgte jeg å sende en mail med forespørsmål om de ville delta. I utgangspunktet var det fire helsesøstre som sa seg villig til å delta. Jeg fikk likevel bare svar fra én helsesøster. Studien bygger dermed på de svarene hun har gitt meg, og i tillegg relevant litteratur for å drøfte problemstillingen og de svarene som jeg ble gitt.

Siden studien er bygget på dette intervjuet, vil mye av litteraturen jeg har brukt bygge på det helsesøster omtaler som en del av hennes arbeidsverktøy. Jeg har i stor grad tatt i bruk veiledere for helsestasjonstjenesten, som helsesøster definerer som sitt fremste arbeidsverktøy. Disse kildene er fra 1998, men er blitt vurdert og revidert i senere tid, slik at de fremdeles er godkjent som arbeidsredskap for helsesøster. En annen kilde jeg ble anbefalt av helsesøster er Sosial –og helsedirektoratet sine hjemmesider. Her finner jeg frem til den store kostholdsundersøkelsen for barn og unge (Spedkost, småkost og unγκost). Etter å ha lest om ”Uγκkost 2000”, en studie om 4-åringers kosthold, i boka ”Liv og helse”, la jeg inn søkeordet på Statistisk sentralbyrå sine hjemmesider. Jeg fikk da opp funn og statistikk fra studien. I store deler av studien har jeg belyst resultater fra kostholdsundersøkelsen.

På shdir.no finner jeg også de ernæringsanbefalingene som helsesøster arbeider ut i fra. I forbindelse med intervjuet fikk jeg tilsendt stoff som helsesøster tar i bruk i sitt arbeid. En brosjyre om mat for spedbarn fra Sosial –og helsedirektoratet, brosjyre om helsesøsteryrket, vekstskjema, og et skriv om råd og veiledning til foreldre som har småbarn med spiseforeldreatferdssenteret. I tillegg fikk jeg informasjon om PMTO-rådgivningen. Den informasjonen jeg ikke fikk direkte fra helsesøster fant jeg på atferdssenteret sine hjemmesider.

For å underbygge helsesøsters utspill, har jeg i stor grad benyttet meg av pensumlitteratur. Faglitteratur fra høyskolebiblioteket har også vært sentralt for meg. Her har jeg tatt i bruk en artikkel fra medlemsbladet til landsgruppen for helsesøstre, som jeg vurderte som pålitelig. Denne artikkelen var utgitt av forfatteren på vegne av Den norske kreftforeningen. Flere av bøkene jeg fant på biblioteket var for øvrig over ti år, noe jeg anser som for gammelt til å ta i

bruk. De eldre kildene jeg har tatt i bruk har jeg på forhånd vurdert ut i fra nyere litteratur og forskning. Om anbefalingene er de samme, har jeg vurdert de som pålitelige kilder. Jeg har uansett valgt å ikke bygge studien på eldre litteratur, men valgt å ta med definisjoner og korte begrep fra denne littaturen.

Internett har vært en sentral base for innhenting av data. For å finne referigodkjente studier og artikler har jeg valgt å ta i bruk NSF's bok, "Å arbeide og undervise kunnskapsbasert". Her blir relevante databaser beskrevet, samt enkle søkestrategier (Norsk sykepleierforbund 2002, s 39). Siden jeg ikke har valgt å fokusere på ernæring generelt, men om den undervisende funksjonen, har jeg valgt å ikke ta i bruk engelske søkeområder for å finne teori om ernæringsanbefalinger. Dette også fordi jeg har ansett de norske anbefalingene som tilstrekkelige, og mer aktuelle. Ved å ta utgangspunkt i høyskolebibliotekets sider og databasen "ScienceDirect" fant jeg frem til en amerikansk artikkel om en alternativ læringsmetode. Tidsskriftet.no, legeforeningens hjemmeside er et av de få norske sidene bestående av referigodkjente artikler. Her la jeg inn relevante søkeord, og fant artikler.

Etter anbefaling fra veileder undersøkte jeg folkehelseinstituttens sine hjemmesider, og fant artikler basert på Den norske mor og barn undersøkelsen. På fih.no fant jeg dessuten en link til "The journal of pediatrics". På denne siden finner jeg en artikkel basert på Verdens helseorganisasjon sin vekststandard. WHO sine hjemmesider ble også tatt i bruk, både for å skaffe data om vekststandard og for å laste ned WHO sin rapport om kosthold for små barn. Link til WHO sin globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse fant jeg i Berg sin artikkel i medlemsbladet *Helsesøstre*. For å skaffe teori om lovreguleringen til kommunehelsetjenesten, var jeg innpå lovdata sine hjemmesider for å skaffe data omkring kommunehelsetjenesteloven.

## 3.0 Teoretiske rammeverk

---

### 3.1 Helsefremmende arbeid

Helseforebyggende arbeid er en samlebetegnelse på det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet. Det er likevel en forskjell. Helsefremmende arbeid er alt som styrker helsa og sørger for trivsel, sunnhet og at en holder seg frisk (Bjerva m.fl 2006). Målet for det helsefremmende arbeidet blir dermed å øke folks evne til å mestre ulike utfordringer og belastninger som inntreffer i hverdagen. Dette skal gjøres ved å bedre folks trivsel og hjelpe dem til å skape økt overskudd. Helse – og sosialpolitikken i Norge har et mål å la folk få hjelp og støtte ved behov, men også å sørge for at den enkelte selv mestrer motgang og holder seg frisk (Bjerva m.fl 2006). Et viktig helsefremmende tiltak er å hjelpe til med å la folk løse sine problemer, istedenfor å løse dem. I motsetning til sykdomsforebyggende arbeid, tar helsefremmingen utgangspunkt i positive ressurser og interesser som allerede er til stede, og som den enkelte kan bygge videre på.

Sykdomsforebyggende helsearbeid har også et mer problemorientert fokus, der en skal hindre negative faktorer som sykdom og sosiale vansker (Bjerva m.fl 2006).

### 3.2 Helsesøsters arbeid

Målene for helsesøsterutdanningen som er regulert av *rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen av 12.mars 1998* presiserer ansvaret med å utøve helseforebyggende arbeid blant barn og unge, og deres familier og nærmiljø (Glavin & Kvarme 2003). Dette betyr at hun har ferdigheter i å veilede, rådgive og opplyse i forhold til familie-barn samspillet og familiens forhold til omgivelsene (NSF 2005).

Helsesøster er den som har ansvaret for å utvikle og kvalitetssikre helsesøstertjenesten gjennom dokumentasjon, forskningsmetodisk fremgangsmåte, evaluering og problemløsning. Arbeidet gjøres med en forståelse for at det finnes ulike perspektiv på hva helse innebærer,

enten det er vitenskapelige ulikheter eller kulturbetingede. Arbeidet som helsesøster gjør henne i stand til å kartlegge og analysere ulike helseforhold i samfunnet, og gi kompetanse til å identifisere hva som virker inn på helsetilstanden i befolkningen (Glavin & Kvarme 2003). Slik som barns vekst og utvikling (NSF 2005).

Helsesøster skal påvirke og aktivt delta i kommunens helseplanlegging, dokumentere skriftlig og formidle sin kunnskap om helseforhold videre til etater, som de lokale beslutningsmyndighetene. Yrket innebærer en rolle der en utleverer premisser og deltar i spørsmål om helsepolitikk. Dette understreker behovet for at helsesøster skal ha innsikt i det helseforebyggende arbeidet. Hun skal dessuten ha kunnskap om hva som kan fremme et godt samarbeid med andre instanser. Både frivillige organisasjoner, administrasjon og politikere er en del av det tverrfaglige teamet (Glavin & Kvarme 2003). Nærmeste samarbeidspartnere er lege, jordmor, fysioterapeut og barnehage – og skolepersonell (NSF 2005).

### ***3.3 Helsestasjonstjenesten***

Helsestasjonstjenesten består av et grunnleggende tverrfaglig team av helsesøstre, leger, jordmødre og kontorfullmektige. Det er et kommunalt tilbud som tilbys gratis og frivillig til alle barnefamilier (Glavin & Kvarme 2003).

Kommunens ansvar for helsevesenet styres av kommunehelsetjenesteloven (1982). I følge § 1-2 er målet for helsetjenesten å fremme folkehelse og trivsel, og arbeide for gode sosiale og miljømessige forhold. I tillegg skal tjenesten forebygge sykdom og skade. Arbeidsmetoden for å nå målene skal være å spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet. Slik skal folkehelsen fremmes, i følge Kommunehelsetjenesteloven (1982).

I følge forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2008) skal tilbud i helsestasjon omfatte somatiske helseundersøkelser med oppfølging og/eller henvisning ved behov, forebyggende psykososialt arbeid og hjemmebesøk eller annen oppsøkende virksomhet. Statens helsetilsyn (1998) opplyser i tillegg om at helsestasjonen tar seg av vaksinasjoner, og tilbyr foreldreveiledningsprogram for alle



sped –og småbarnsforeldre. Programmet vektlegger foredrenes opplevelser i forhold til barnet, og oppmuntrer dem til å gi et inntrykk av barnets psykososiale og fysiske ferdigheter

### 3.4 Kommunikasjon

I følge Hummelvoll kan kommunikasjon defineres som et symbolsk samspill der begge parter i en samtale påvirkes, - en vedvarende, dynamisk prosess som kan forandres. Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet communis, som betyr å ”ha felles”(Hummelvoll 2005).

Grunnbetydningen er å utføre handlinger som skaper eller vedlikeholder et felleskap. Kommunikasjon kan likevel ha ulikt innhold avhengig av sammenhengen. ”Å snakke med”, ”ha kontakt med”, ”formidle opplysninger til” eller ”være sammen med” er alle former for kommunikasjon(Fuglestad 1997, kap 2). Hvordan mennesker kommuniserer er knyttet til hvordan de ser på seg selv, og hvilke forventninger en har til seg selv og andre. Det som blir sagt, er ikke alltid forenelig med hvordan andre oppfatter budskapet. En skiller mellom innholdet i kommunikasjonen, som er det som blir sagt med ord, og den rasjonelle delen. Den rasjonelle delen handler om hvordan ting blir formidlet. Her spiller den non-verbale kommunikasjonsformen inn, hvordan en uttrykker det som sies(Hummelvoll 2006). Ved å fokusere på hvordan en kommuniserer, vil en lettere kunne skape en god relasjon til motparten.

I profesjonell sammenheng er målet med kommunikasjon å skape god kontakt mellom fagperson og bruker(Statens helsetilsyn 1998). Kravet til kommunikasjonsferdighetene er at fagpersonen skal yte støtte uten at foreldrene blir avhengige(Statens helsetilsyn 1998). Det handler om å gi foreldrene en følelse av mestring. Fagpersonen skal gjennom sine kommunikasjonskunnskaper gi brukeren hjelp, samtidig som hun selv får muligheten til å reflektere og utvikle seg faglig(Statens helsetilsyn 1998).

### 3.5 Undervisning og veiledning

Helseopplysning kan sammenlignes med det engelske begrepet "health education", som defineres som en læringssituasjon som skal resultere i atferdsendring og bedre helse.

Definisjonen kan forstås som innlæringsituasjon med formål å sørge for en atferdsendring og en bedre helse (statens helsetilsyn 1998).

Undervisning kan forklares som en formidling av kunnskap. Helsesøster videreformidler da sin kunnskap om temaet til foreldrene (Glavin & Kvarme 2003). Det faglige området som dreier seg om kunnskap og rådgivning om riktig kost og ernæring, er en del av den kliniske ernæringen (Departementene 2007). En forutsetning for at undervisningen skal være vellykket er at helsesøster har nok kunnskap om målgruppen som skal undervises. På forhånd bør helsesøster ha kartlagt og identifisert de målene som er relevante og realistiske for løse utfordringene foreldrene har. Hvilke ressurser foreldrene har er av betydning for at de skal forstå og kjenne seg igjen i det som blir fortalt. Undervisningen skal foregå ut i fra hva foreldrene er interessert i å lære, og hva behovet deres er. Å aktivisere dem og fremme dialog vil være positivt i undervisningen (Glavin & Kvarme 2003). I følge Webb (1994, s 85) er strategiene for å fremme helse de samme i de fleste instanser. Metodene som går igjen er det å undervise, veilede og gi støtte til motparten.

For å være en god veileder trenger helsesøster kunnskap om veiledning. I veiledningen bør hun ha kognitiv kompetanse. Det vil si kunnskap, forståelse og innsikt. I tillegg vil hun trenge affektiv kompetanse. Det vil si at hun har kunnskap knyttet til verdier, holdninger og følelser. En god veileder har også ferdigheter som tas i bruk ut fra gitte situasjoner, dvs handlingskompetanse (Glavin & Kvarme 2005). Veilederen bør være lydhør og empatisk overfor foreldrenes bekymringer, slik at informasjonen som gis blir relevant og logisk i forhold til barnets alder og slik at foreldrene selv får muligheten til å sette i gang forslag til løsninger. Helsesøster bør ha en positiv innstilling under rådgivningen, og forsikre seg om at foreldrene har forstått budskapet. Det kan fort bli overveldende mye informasjon på en gang. Helsesøster bør begrense antall råd i en konsultasjon, og heller gi skriftlig informasjon når innholdet blir komplisert, og gjerne vanskelig å huske. Om foreldrene er kritiske til å følge de rådene som gis, bør helsesøster ha forståelse for dette og lytte til deres argumenter om hvorfor de ikke er enige (Statens helsetilsyn 1998). En kan skille mellom to ulike roller hos den rådgivende parten. Ekspertrollen gir kvalifiserte råd til foreldre som er usikre og uerfarne på en gitt situasjon, slik at de selv skal lære å mestre denne. Konsulentrollen gir en mer åpen

kommunikasjon, der foreldrene og barnets problemer legges frem. De beskriver hva de har behov for å mestre, og finner løsninger på dette sammen med helsesøster. Sistnevnte rolle brukes primært der barnet har utviklings –og atferdsproblemer(Statens helsetilsyn 1998). Begge tilnæringsmetodene vil likevel kunne være gunstige sammen i det helsefremmende arbeidet.

### ***3.6 Helsefremmende ernæringsarbeid***

Ernæring kan defineres som alt det vi spiser og drikker som tilfører kroppen næringsstoffer(Sortland 2004, s 17). Nærmere bestemt så er ernæring sammenhengen mellom mat, næringsstoff og helse. Dette omfatter det behovet kroppen har for energi og hvordan næringsstoffene blir fordøyd og omsatt i kroppen. (Departementene 2007). Råd som gis i forbindelse med det helsefremmende ernæringsarbeidet bør være knyttet til generell ernæring, barnets næringsbehov, hvilket måltidsmønster som er gunstig og måltidenes betydning for barnets sosiale utvikling. I tillegg er det relevant å gi informasjon om valg av matvaner, og hvordan velge matvarer med høyt næringsinnhold uten at det trenger å kost for mye(Hagelin, Magnusson & Sundelin 2000).

Kosthold og ernæring brukes ofte om hverandre. Hvordan måltidsrytmen er har betydning for kostholdet(Departementene 2007). Det å ha et sunt kosthold handler om å oppfylle helsemyndighetene sine anbefalinger på dette området. I tillegg skal det være smakfullt, variert og stemme overens med ens kulturelle verdier. At en spiser regelmessig er vesentlig for å definere kostholdet som sunt. Som en summering er det hva som spises og drikkes, hvor mye og hvor ofte som er betydningsfullt i lengden(Departementene 2007).

Målet med ernæringsarbeid er å fremme helse og forebygge sykdom(Departementene 2007). Ernæring er en viktig forutsetning for en god helse, for å vokse og utvikle seg normalt. Kroppen blir bygd opp av de næringsstoffene den blir tilført. Men ernæring er ikke bare knyttet til det fysiske behovet om å holde seg i live. Et måltid knyttes gjerne til ulike følelser. Enten det er nytelse og trivsel, eller tvang og frustrasjon(Bjerva m.fl 2006). Barn skal få en tilfredsstillende kost, og samtidig utvikle et godt forhold til det å spise(Bjerva m.fl. 2006). Hva de enkelte velger å spise i sin familie kan ellers sees på som en livsstil. Det handler om

alle valgene som taes i hverdagen. Selvbestemte forhold som en påvirker helsen positivt eller negativt, sies å være en livsstilsfaktor(Bjerva m.fl 2006). Dermed kan god ernæring kalles en positiv livsstilsfaktor. Å fremme god ernæring kan resultere i både et godt sosialt felleskap ved måltidene, samt at det fysisk vil kunne resultere i at kroppens naturlige sykdomsforsvar blir styrket(Bjerva m.fl 2006).

### 3.7 Ernæringsanbefalinger

Sosial –og helsedirektortet har laget en guide der de gir spesifikke kostråd i forhold til hvilken alder barnet er i(Sosial –og helsedirektoratet 2007). Siden helsesøster må møte familien fra deres ståsted i ernæringsarbeidet, vil hun ha behov for å koble rådene om ernæring opp til hva som er aktuelt for barnets alder, og familiens ressurser. De viktigste helsefremmende kostrådene til barn mellom et halvt og et år er blant annet at det fortsatt bør ammes, eller om dette ikke er mulig få morsmelktillegg. For å dekke barnets energibehov bør det fra 6-måneders alderen få tilskudd av fast føde. Om barnet får morsmelktillegg kan introduksjonen av fast føde starte mellom 4 og 6 måneders alderen. Gluten, som finnes i ulike kornslag, bør gradvis introduseres mens ammingen fremdeles pågår. Dette for å forebygge glutenintoleranse(Cøliaki). Kumelk bør først introduseres når barnet er ca ti måneder gammelt, og bare i mindre mengder i matlaging og i form av litt yoghurt eller syrnet melk. Det anbefales at det da gis i kombinasjon med kornvarer, eller som dessert. Etter at barnet er fylt 6 måneder har kroppen et økt behov for jern. Morsmelk er ikke lenger tilstrekkelig alene for å dekke dette behovet. Morsmelktillegg har et større jerninnhold enn morsmelk, og anbefales derfor som drikk til måltider og i grøt. Grøten bør imidlertid være jernberiket, og barnet bør få grovt brød, magert kjøtt og andre matvarer med høyt innhold av jern. Etter at barnet er fylt et år kan de følge de voksnes kosthold(Sosial –og helsedirektoratet 2006).

Det finnes også generelle råd, som er gjeldende for alle aldersgrupper av friske mennesker. I følge Sosial –og helsedirektoratets nøkkelråd for et mat og mosjon(2005) er det idèelt å spise minst tre porsjoner med grønnsaker og to porsjoner frukt til dagen. Grovt brød og matvarer av grovt korn, myk vegetabilsk margarin eller olje fremfor hard margarin og smør, og mer bruk av magre kjøtt –og meieriprodukter anbefales. I tillegg anbefales det å ha et kosthold som består av mer fisk, både som pålegg og middag. Potetene skal ikke være i form av pommes

frites, men de bør være kokte eller bakte. En bør i tillegg være måteholden når det gjelder bruk av salt. En annen advarsel er inntaket av sukker i hverdagen. Det advares særlig mot å tilføre kroppen sukker gjennom godteri og brus. Som tørstedrikk mellom måltidene er vann det gunstigste. (Sosial –og helsedirektoratet 2005). Lever en etter disse kostrådene skal det i følge Sosial –og helsedirektoratet(2005) være tilstrekkelig for å dekke kroppens behov for vitaminer, mineraler og andre viktige næringsstoffer.

### 3.8 Virginia Henderson

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson(1897-1996) var en av de første sykepleierne som forsøkte å definere hva sykepleierens funksjon egentlig er(Kristoffersen m.fl 2004). Hennes holdning var å skape størst mulig uavhengighet hos brukeren. Hun mente at målet for sykepleieren er å hjelpe den enkelte, syk eller frisk, til selv å utføre gjøremål som kan fremme deres helse(Kristoffersen m.fl 2004). Grunnleggende behov for et menneske er i følge hennes definisjon mat, kjærlighet, følelsen av å være nyttig, annerkjennelse og gjensidig samhold med andre mennesker. Henderson mener at en person har behov for sykepleie når vedkommede ikke har tilstrekkelig med ressurser til selv å dekke behovene. Disse behovene er definert under 14 punkter. Deriblant behovet for å spise og drikke tilstrekkelig, behovet for å uttrykke sine følelser og behov, og det å lære hva som er nødvendig for god helse og utvikling(kristoffersen m.fl 2004). Ressurssvikt kan være både kunnskapsmangel, mangel på krefter eller vilje. Hendersons teori påpeker at mangelen på disse ressursene ikke nødvendigvis kommer av sykdom. Her har fagpersonen er viktig helsefremmende funksjon. Henderson så på brukeren som en aktiv og ansvarlig brikke i arbeidet, - den som kjenner sine behov bedre enn noen annen(Kristoffersen m.fl 2004).

Hendersons sykepleiedefinisjon er først og fremst individrettet. I helsesøsterarbeidet vil det være naturlig å ha familien mer i fokus. Begge foreldrene kan ha behov for støtte av ulike årsaker. Ved å bruke Hendersons sykepleieteori som basis kan helsesøster komme inn som en veileder og kunnskapsformidler(Glavin & Kvarme 2003)

## 4.0 Presentasjon av funn og drøfting

---

### 4.1 Strategier for å fremme god ernæring

I følge Statens helsetilsyn(1998) sin veileder for helsestasjons –og skolehelsetjenesten er utgangspunktet for helsesøsters arbeid at foreldre selv har hovedansvaret for sine barn. Helsesøsters rolle blir dermed å støtte foreldrene og gjøre dem i stand til mestre og å påvirke de faktorene som fremmer helse og trivsel(Statens helsetilsyn 1998). Dette er helt i tråd med Hendersons teori om at foreldrene er de som kjenner sin livssituasjon best, og selv skal mestre den med støtte og undervisning fra helsesøster(Kristoffersen m.fl. 2004).

I et av intervjuene poengterer helsesøster at det kjennskapet hun får til foreldrene sier mye om hvordan hun skal formulere de rådene og den veiledningen hun gir. Å vite hvilken kunnskap og erfaring foreldrene har omkring kost, hvilke matvaner de har og hvilket forhold de har til kroppen var i følge helsesøsteren en viktig strategi for hvordan hun valgte å fremme god ernæring hos barna.

I følge Statens helsetilsyn(1998) sin veileder om helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år i helsestasjons –og skolehelsetjenesten er helseopplysning sentralt for å ivareta helsestasjonens oppgaver innenfor det helsefremmende arbeidet. God helseopplysning krever planlegging for at effekten skal være best mulig. Det har likevel vært gjennomført få undersøkelser i Norge om dette temaet(Statens helsetilsyn 1998).

I følge Webb(1994) trenger foreldrene kunnskap om sitt eget barns ressurser. For å få til et vellykket arbeid, må helsesøster møte foreldrene, så vel som barnet, der de er i forhold til ressurser, kultur, livsstil og oppdragelsesstil(Webb 1994). Statens helsetilsyn(1998) støtter Webbs forklaring i sin veileder om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. For å lykkes i helseopplysningsarbeidet bør metoden helsesøster tar i bruk ha utgangspunkt i målgruppens situasjon, samtidig som arbeidet skal ha realistiske mål. Hva skal læres til hvem? (Statens helsetilsyn 1998). Som en helsesøster sa til meg; ”En sykepleiermor får ikke den samme vinklingen på veiledningen min som det enn 18 år gammel nybakt mor gjør!” Hvis det skulle vært en fast mal for hvordan helsesøster skulle undervise familien, ville ikke alle hatt nytte av informasjonen. Dermed hadde ikke målene til Departementene(2007) om at størst

mulig del av befolkningen skal være velopplyste om god ernæring bli oppfylt tilstrekkelig. Helsesøster forteller at hun bruker en vennskapelig tone når hun blir kjent med foreldrenes ressurser, slik at det ikke kan virke som et forhør. Er dette deres første barn? Hva driver de med i det daglige? Slike naturlige spørsmål kan gi et svar på hvordan helsesøster skal formulere veiledningen, før hun spør om det er noe spesielt de ønsker svar på.

## 4.2 Helsesøster som pådriver

Statens helsetilsyn(1998) veileder for Helsestasjons –og skolehelsetjenesten påpeker at det å gi informasjon om kosthold bør ha en sentral plass i helsesøsters arbeid gjennom hele barnas oppvekst. Helsestasjonens nære kontakt og tette oppfølging av familien i barnets første leveår er en unik sjanse til å fremme god ernæring hos familien. Det første leveåret er foreldre ofte godt motiverte for å vite hvordan barnet skal få riktig kost. Dette gir helsesøster en god mulighet til å videreformidle sin kunnskap om gode kostvaner. Hos friske barn er det ikke behov for å ta opp en grundig anamnese om barnets kosthold. Helsesøster gir her generelle helsefremmende råd om for eks. ernæring, hvordan måltidene kan legges opp, samt måltidenes psykiske og sosiale betydning. Hun gir også sykdomsforebyggende råd i forhold til karies, kostrelaterte sykdommer, og plager som allergi og forstoppelse(Statens helsetilsyn 1998).

Departementenes handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) har utarbeidet en oppskrift som skal gi et sunnere kosthold i samfunnet. Som en del av strategiplanen skal ernæringsarbeidet i helsetjenesten styrkes. Dette fordi helsetjenesten er en viktig pådriver og samarbeidspartner i det forebyggende helsearbeidet(Departementene 2007).

Helsesøstertjenesten er her en viktig instans. Helsestasjonen er de som har ansvar for det forebyggende helsearbeidet i kommunene(Statens helsetilsyn 1998). Et av strategiene i handlingsplanen er at nøkkelgrupper i ernæringsarbeidet skal ha kompetanse. Dvs at fagpersoner som har direkte eller indirekte innvirkning på kostholdet i befolkningen skal ha et solid og relevant kunnskapsnivå. Det understreker nødvendigheten av at helsesøster holder seg oppdatert om hva som er god ernæring(Departementene 2007). En annen strategi er at forbrukerne skal ha økt kunnskap. Gjennom tydelig og lettfattelig informasjon skal kunnskapen om matvarer, kosthold og helse øke blant folk flest. Målet er at befolkningen skal

få kunnskap om kostholdet og matvarer generelt, samt få nyttige tips om hvordan de kan spise sunt og variert. I tillegg skal de få praktiske råd for matlaging ,og kunnskap om hvilken sammenheng mat og helse har(Departementene 2007).

Myndighetene ser på det som sitt ansvar å drive informasjonsarbeid slik at det når ut til alle som har behov for kunnskapen. Men ernæringsarbeidet forankres lokalt. Det vil si at kommuner, politikere, og fylker samarbeider for å nå ut i befolkningen og skape en god ernæringstilstand(Departementene 2007). Det er da nødvendig at de ulike instansene er enige om hvilke råd som er gunstige å gi. Hvis ikke kan det føre til at foreldre mister troen på hva som er riktig informasjon, - de blir forvirret. Det gunstige er at foreldrene mestrer utfordringene, blir sikre på at det de gjør er riktig, i tråd med Hendersons teori. Hvis helsesøster skal være en god kunnskapsformidler, slik Henderson presiserer, trenger hun konkret kunnskap om hva god ernæring faktisk innebærer(Statens helsetilsyn 1998).

For å sitere Mjelve(2005, s 39): ”Hvordan kan vi som voksne gi barn innsikt hvis vi ikke selv har innsikt? Hvilke muligheter får barnet da?” Forfatteren belyser foreldres behov for selvinnsett. Foreldre er prisgitt sine foreldre, som igjen har et ansvar for å gi barna et godt livsvilkår. De fleste foreldre ønsker også dette, å gi barna sine best mulig oppvekst(Mjelve 2005). Forfatterens beskrivelse er bred, men kan i stor grad benyttes for å poengtere hvor viktig det er at helsesøster er trygg på den kunnskapen hun gir for at foreldre kan fremme sitt barns ernæring.

Det tyder på at mors engstelighet og stressnivå kan ha direkte innvirkning på barnets ernæring. Dette viser forskning basert på den norske mor-og-barn-undersøkelsen. Undersøkelsen baseres på omfattende data fra 100 000 barn og deres foreldre, og har pågått siden 1999. Familien som deltar i undersøkelsen blir fulgt fra svangerskap til utover barneårene. Målet er å forebygge helseskade hos mor eller barn(Folkehelseinstituttet 2003).

Et av resultatene som er kommet frem er at mors personlighet påvirker hvordan hun ammer barnet sitt. Om mor er engstelig, eller har andre tunge følelser, for eks lav selvtillit kan dette være årsak til at hun ikke følger anbefalingene som gis. En engstelig mor har i følge undersøkelsen 30% høyere risiko for å slutte helt å amme, eller å supplere med morsmelkerstatning eller grøt før barnet er 6 måneder(Folkehelseinstituttet 2007).

Selv om denne aldersgruppen ikke er fokuset i oppgaven, er denne studien med på å bevisstgjøre nødvendigheten av at helsesøster støtter foreldre med å gi god veiledning. Hun



bør også argumentere for hvorfor og hvordan tiltaket bør utføres, ikke bare hva det er. Vet foreldrene hvordan og hvorfor tiltakene skal utføres vil tilliten til informasjonen kunne økes, samt at foreldrene opplever mestring og selvstendighet i tråd med Hendersons teori. Denne undersøkelsen viser at manglende selvtillit kan ha direkte negativ effekt på barnets ernæring. Det er viktig å presisere at dette eksempelet er satt litt på spissen. Undersøkelsen sier ikke noe om det dreier seg om mødre med påviste psykiske lidelser, eller om det bare er snakk om generell engstelse.

Media kan være med på å svekke helsesøsters troverdighet, og gjøre undervisningsarbeidet mer utfordrende. Det kommer stadig opp nye påstander i media som er i strid med dagens anbefalinger. Riktig nok er kritisk syn på eksisterende anbefalinger, og nyere forskning i prinsippet gunstig. Det at foreldre er kritiske til hvordan de best ernærer sine barn, er helt i tråd med Hendersons teori om selvstendig tankegang (Kristoffersen m.fl. 2004). Problemet er at media gjerne blåser opp påstander som ikke er vitenskapelig bevist. Disse kan gjøre foreldre usikre til den informasjonen de får fra helsestasjonen. Slike nye funn kan i realiteten forvirre enhver som ikke har en solid kunnskap om temaet. Helsesøstre følger Sosial – og helsedirektoratets anbefalinger om ernæring (Sosial – og helsedirektoratet 2003).

Anbefalingene er at barn bør drikke magre melkeprodukter, fremfor de med høyt fettinnhold (Sosial – og helsedirektoratet 2007). Forskerne Haug og Bratlid (2008) gikk ut i Aftenposten med kritikk mot disse anbefalingene. Argumentet for at barna bør drikke helmelk er at melkefettet har en direkte helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt (Haug & Bratlid 2008).

Slike forvirrende og tvetydige meldinger gir helsesøster en utfordring i arbeidet med å følge departementenes strategier (Departementene 2007). Det at helsesøster er trygg på hva som er riktig kunnskap, og er oppdatert på nyere forskning er hensiktsmessig for å øke tillitsforholdet overfor foreldrene. Om helsesøster er usikker i sitt arbeid, vil dette kunne vises i kroppsspråket.

### 4.3 Helsesøsters metoder for å lære bort sin kunnskap

I følge departementenes handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen(2007-2001) er en av strategiene for å drive et godt og effektivt helsefremmende arbeid, å sørge for at fagpersoner i ernæringsarbeidet har kunnskap om helseatferd og endring av denne(Departementene 2007). Metodene som helsesøster bruker i det helsefremmende ernæringsarbeidet bygger da på den kunnskapen hun har omkring dette.

Det er flere metoder som kan benyttes for at helsesøster skal nå igjennom med det helsefremmende ernæringsarbeidet. I følge Statens helsetilsyn(1998) sin veileder for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det nødvendig å planlegge hvilken metode eller kombinasjon av metoder som vil være gunstigst i hvert enkelt tilfelle. Dette for å øke kvaliteten på det helsefremmende arbeidet. Det er flere faktorer å ta hensyn til for å komme frem til den beste metoden. Hvilken metode har helsesøster best kompetanse i, og hvilke metoder er mest relevante for målgruppen? Metoden bør dessuten være enkel å tilpasse, og ikke for tidkrevende. Og ikke minst; Hvilke metoder er mest egnet for å nå mål eller delmål innenfor det helsefremmende arbeidet? Er budskapet komplisert med sikte på bevisstgjøring og tillæring av kunnskap, kan det være gunstig å ta i bruk flere metoder(Statens helsetilsyn 1998). For mange foreldre med friske barn er kanskje ikke budskapet om hva som er god ernæring veldig komplisert, men her er det familiens ressurser som avgjør.

Statens helsetilsyn(1998) presiserer at det å bruke nye metoder i helseopplysninger kan være en mulighet for å lykkes i det helsefremmende arbeidet. Selv om denne uttalelsen er rettet mot arbeidet i skolehelsetjenesten, kan det være nyttig for helsesøster i helsestasjonstjenesten å variere sine metoder for å påvirke foreldrenes holdninger.

I North Carolina, USA, pågår det et prosjekt for å fremme god ernæring og forebygge overvekt hos barn i førskolealder. Prosjektet er utviklet av eksperter innenfor ernæring, pedagogikk og fysisk aktivitet. Bakgrunnen for ”Colour me healthy, preschoolers moving and eating healthfully”, er en stadig økende tendens til overvekt i det amerikanske samfunnet(Dunn m.fl. 2006). Idèen med prosjektet var å lære barn i 4-5 års alderen hvor nødvendig det er med et sunt og variert kosthold, og fysisk aktivitet. Prosjektet formål er å lære barna å de sunne holdningene gjennom bruk av farger, musikk, interaktiv læring og utforskning av sansene. ”Colour me healthy”, er et sett bestående av cd og kassett med ulike sanger, bildekort som viser sunn kost, farger på maten, hvor maten kommer fra og hvor en

kan utføre fysisk aktivitet. Videre inneholder settet stempler, informasjonshefte for foreldre, samt guide og plakater for den som skal lære barnet om en sunn livsstil. Settet viser også hvordan familien kan være sunne sammen, for eksempel hvor de kan trene sammen(Dunn m.fl. 2006). Det vil dermed kunne være aktuelt i foreldreveiledningen på helsestasjoner. ”Colour me healthy” er beregnet på ulike instanser som deltar i omsorgen for barn, enten det er lærere, barnehjem, eller helsestasjoner. Meningen er at læringen skal være lettfattelig og kortvarig, gjerne i et intervall på 15-30 minutter. Til nå er det over 4000 instanser som deltar i prosjektet, og tilbakemeldingene har vært at de ser en positiv utvikling i barnas kost og aktivitetsnivå(Dunn m.fl. 2006).

Det er mye som spiller inn om helsesøstre kunne tatt denne metoden med i helsestasjonsarbeidet. Kommunenes økonomi måtte blant annet blitt veid opp mot nytteverdien i det norske samfunnet. Departementene understreker riktignok i sin handlingsplan at helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid skal ha en prioritert rolle i samfunnet vårt(Departementene 2007). Selv om metoden kanskje ikke vil komme blant norske helsesøstre, kan det være nyttig å se på hvordan kreativitet og lek kan styrke kunnskapsnivået i familier.”Colour me healthy”-prosjektet er i første omgang rettet mot arbeidet i førskolen, men idèen om å gi foreldre slike kreative pakker for at de selv kunne klare å veilede barnet sitt, ville kanskje kunne vært en idè også i den norske helsestasjonstjenesten. Og siden ressursene blant foreldre er såpass ulik, vil dette kanskje være en metode for helsesøster å bruke i foreldreveiledningen. Fremmedspråklige foreldre vil kanskje ha større utbytte av en mer visuell undervisning. Da tilpasset det faktum at de er voksne og også gjerne velutdannede mennesker, men med en ressursmangel i det norske språk. Det som er viktig å huske er at foreldrene ikke skal få informasjon som de ikke ønsker, trenger, eller har behov for, tvunget på seg(Statens helsetilsyn 1998).

En del av strategien blir å finne den metoden som lettest gjør at foreldrene husker de rådene som blir gitt. I følge Helstrup(2000) finnes det ingen konkrete tiltak for å sikre dette, annet enn å gjenta informasjonen. At stoffet blir oppfattet første gang det blir sagt er ingen garanti for at det blir husket(Helstrup 2000). For å styrke og underbygge den informasjonen som blir gitt vil utdeling av brosjyrer og annet informasjonsmateriell kunne være nyttig(Statens helsetilsyn 1998). Dette poengterer også helsesøsteren jeg var i kontakt med. Hun kunne fortelle at hun ofte gav tips ut i fra brosjyrer og hefter. Temaet ernæring tas dessuten opp på hver konsultasjon for barn under førskolealder(Statens helsetilsyn 1998). Dette er en god

anledning å finne ut hvorvidt foreldrene har lært den informasjonen som helsesøster har gitt, og for å vurdere virkningen av det helsefremmende ernæringsarbeidet.

### 4.3.1 Individ –og grupperettet arbeid

Det finnes ulike måter å tilnærme seg familien i forbindelse med undervisningen. I hovedsak er arbeidet i helsestasjonstjenesten organisert gjennom avtalte individuelle eller konsultasjoner i gruppe.

Siden ernæring er et sentralt tema for de fleste foreldre, vil dette være et egnet tema å ta opp i foreldregrupper(Statens helsetilsyn 1998). Gruppekonsultasjoner kjennetegnes ved at foreldre med barn i samme aldersgruppe får konsultasjon samtidig. Som regel består gruppene av 4-6 foreldrepar. Selv om det ikke alltid lar seg gjøre at begge foreldrene deltar, er det mest hensiktsmessig at begge som har et foreldreansvar deltar(Glavin & Kvarme 2003). En variant av gruppekonsultasjon er såkalte temagrupper. Ofte tar slike grupper opp tema som søvn eller grensesetting, der helsesøster veileder sammen med for eksempel psykolog og spesialpedagog(Glavin & Kvarme 2003). Det kunne vært aktuelt å tatt for seg temaet ernæring i en slik gruppe. Da sammen med for eksempel ernæringsfysiolog og spesialpedagog. Både for å få mest mulig ut av veiledning både med tanke på det at foreldre skal lære om selve ernæringen, og hvordan foreldrene skal klare å oppdra barna slik at ernæringen fremmes.

Helsesøster sparer tid og har mulighet til å få et større bilde av hvordan foreldre tenker omkring temaet, samtidig som foreldrene kan dele erfaringer med hverandre(Statens helsetilsyn 1998). Foreldrene kan lære mye av hverandres erfaringer, samtidig som de kan få støtte fra hverandre når problemer og bekymringer tas opp. Slike grupper kan dessuten være effektive for helsesøster når det gjelder å påvirke foreldrenes holdninger i riktig retning(Glavin & Kvarme 2003). Gruppesamtaler gjør helsesøster mer til en støttespiller enn en ekspert(Glavin & Kvarme 2003). Dette støtter Hendersons teori om at brukeren selv er en ansvarlig brikke i den helsefremmende funksjonen(Kristoffersen 2004).

Alle foreldre bør få tilbud om individuell samtale, noe som kan være fordelaktig for noen familier(Glavin & Kvarme 2003).Det ene bør ikke utelukke det andre. Noen foreldre er mer reserverte enn andre, og kan ha vansker med å ta opp personlige forhold foran flere andre

foreldre. Kanskje er de redde for å at spørsmålene de lurer på er for dumme, eller at de kan virke som dårlige foreldre om de åpner seg? Individuelle samtaler kan da gjøre det enklere for foreldrene å åpne seg, og helsesøster kan oppleve å bli bedre kjent med den enkeltes situasjon og ressurser. En individuell konsultasjon kan da sikre at nødvendig informasjon blir kjent, slik at barnet får fremmet en god ernæring. Til tross for dette tar gjerne gruppekonsultasjoner lengre tid(Statens helsetilsyn 1998). Gruppekonsultasjoner vil kunne ha en gunstig effekt i det generelle, helsefremmende arbeidet, men om avvik skulle oppdages vil det være mer gunstig med individuell konsultasjon. Slike problemstillinger må helsesøster vurdere før hun avgjør hvilken metode hun tar i bruk. Å arrangere gruppekonsultasjoner kan være en krevende affære. Helsesøster må da mestre både administrasjon, oversikt og gruppeledelse, og samtidig sørge for at prosessen er meningsfull for alle partene(Glavin & Kvarme 2003).

#### **4.4 Hvor er det behov for helsesøster?**

Den landsomfattende undersøkelsen av spedbarnskost gir en pekepinn på hvordan kostholdet er blant norske barn, og dermed også hva helsesøster bør ha fokus på i veiledningen. Det viser seg at flertallet av norske toåring har et kosthold som følger de fleste anbefalingene. Likevel viser det seg at 70% av disse barna har mer fett i kosten enn det som anbefales, og at 90 % får i seg mer mettet fett enn det som anbefales! I tillegg får 50 % i seg mer sukker enn det som anbefales(Sosial –og helsedirektoratet 2005). Kanskje har ikke foreldrene fått gode nok råd og oppfølging om hvordan de skal få barna til å spise sunn kost? Undersøkelsen tyder på at foreldre stort sett har kunnskap om riktig kosthold, men likevel er det svikt i ernæringen noen steder. Kan det være at foreldrene har gitt barna for store valgmuligheter i matveien, eller at de har gitt etter for barnas vilje om å spise det de selv ønsker? Det er ikke mulig å gi et klart svar. I følge helsesøster jeg var i kontakt med, er det et problem for mange at barna ikke spiser det de får servert, de er kresne og småspiste.

Departementene(2007) har utarbeidet konkrete mål for hvilke mål som skal nås innen barns ernæring innen 2011. Andelen av 6 måneder gamle barn som skal ammes skal økes fra 7 til 20%, mens andelen av 12 måneder gamle barn som ammes skal øke fra 36 til 50%. Ellers skal flere spiser frokost, frukt og grønnsaker daglig. Målet er også at flere skal spise fiskemiddag ukentlig, og fiskepållegg minst to ganger i uken. Andelen barn som spiser søtsaker og drikker

brus eller saft daglig skal ned. Målet er at ikke mer enn 10% av energiinntaket skal komme fra sukker, og like mye fra mettet fett(Departementene 2007). Tallene viser konkrete områder helsesøster bør ta tak i .

#### 4.4.1 Metoder for å fremme samarbeid i måltidssituasjonen

Helsesøster understreker at alle de aller fleste foreldre har utfordringer knyttet til barnets spising. Problemene oppstår, i følge helsesøster, gjerne når de er mellom 8 og 12 måneder gamle. Barna vil ikke spise, og prøver ut ulike taktikker for å bestemme selv. Dette er problemer som også er vanlige hos de litt eldre barna under førskolealder. Helsesøster jeg var i kontakt med pleide å levere ut et lite informasjonsark med råd og veiledning til foreldre som har småbarn med spiseproblemer. Her står det presisert at matvegring og ”tøysing” i spisesituasjonen er en del av barnets utvikling, og noe de fleste barn går gjennom(ukjent kilde fra informant). Dette er gjerne et tegn på at barnet utvikler selvstendighet. Uansett er barnet avhengig av at foreldrene tilfredsstiller deres grunnleggende behov(Cathey & Gaylord 2004).

Helsesøster som jeg var i kontakt hadde også blitt valgt ut som PMTO-terapeut. I regi av atferdssenteret pågår et kommunalt rådgivningsprogram for å forebygge atferdsvansker hos barn fra 3-års alderen. I dette arbeidet tar hun i bruk en metode, Parent Management Training –Oregon, der hun arbeider ut i fra ulike prinsipper som skal bidra til et godt samarbeid mellom foreldre og barn(Atferdssenteret 2006). Helsesøster kan fortelle at det er utvalgte foreldre som deltar i dette prosjektet. Selv om barnet ellers er friskt og fornøyd har de gjerne problemer med å få til et samarbeid i forbindelse med måltidene. Prinsippene som benyttes vil dermed være relevante for å fremme god ernæring i tilfeller der er utfordringer i spisesituasjonen. Det å gi gode beskjeder og sørge for å rose og oppmuntre barnet når det samarbeider, er tiltak som benyttes for å lykkes i måltidssituasjoner. Et sentralt prinsipp i PMTO er ros og oppmuntring, og gjerne sammen med en belønning.. For å motivere barnet kan det lages et belønningsskjema, der barnet får poeng for hvert delmål det har nådd. Når det har fått for eksempel ti poeng kan det få en liten premie(Atferdssenteret 2006). Belønningsskjema vil gjerne være mest gunstig hos litt eldre barn.

Formålet er å motivere barnet for samarbeid gjennom å være bevisst på å ros og oppmuntring (Atferdssenteret 2006). Ved å lære foreldrene denne holdningen, vil helsesøster kunne bidra til at barnets ernæring blir fremmet.

I følge PMTO-prinsippene er gode beskjeder viktig for å få barnet til å samarbeide. Et barn som samarbeider får positive tilbakemeldinger og økt mestringsfølelse. Ved å gi gode beskjeder vil det gi et klarere uttrykk for hva foreldrene egentlig mener. Gode beskjeder legger dessuten vekt på det som skal gjøres, fremfor det som er galt. Foreldre er de som skal lære barnet å samarbeide, og vil dermed ha behov for å vite hva som kjennetegner gode beskjeder. Øyekontakt og fysisk nærhet er da essensielt, samtidig som de er så konkrete som mulig. De bør være vennlige, men samtidig bestemte, være tydelige og bruke få og enkle ord. Argumentering bør unngås, men beskjeden bør følges opp inntil barnet adlyder. En god beskjede inneholder ikke spørsmål, og den gis direkte til barnet (Atferdssenteret 2006). Selv om prinsippene er forholdsvis nye i Norge, har metoden blitt evaluert gjennom kontrollerte enkeltstudier. For barn med atferdsvansker regnes PMTO som en av de best dokumenterte behandlingsmetodene for barn med atferdsvansker (Atferdssenteret 2006). At metoden er så nyttig i behandlingen av mer vanskelige tilfeller, gjør kanskje at den er enda mer effektiv i det helsefremmende arbeidet.

Det finnes også andre metoder med hensikt å øke samarbeidet mellom foreldre og barn. Marte Meo, betyr "egen kraft", og legger vekt på foreldrenes ressurser. Utgangspunktet er at foreldrene er de som kjenner sitt barn bedre enn noen andre, og vil det beste for dem, mens svikt i samspillet er tegn på at foreldrene trenger mer kunnskap om barnet sitt. Metoden går ut på å vektlegge positive ressurser. For at foreldrene skal få se eksempel der de har vist gode samspillmetoder, blir det brukt videopptak som hjelpemiddel (Glavin & Kvarme 2003).

En kombinasjon av disse metodene vil kunne være riktig for å fremme god ernæring. Begge metodene har samme mål, men med ulike fremgangsmåter for hvordan foreldrene skal få barnet til å samarbeide. Det er likevel usikkert om disse metodene vil tas i bruk i det generelle ernæringsarbeidet. Metodene er tidkrevende, og dette må veies opp mot foreldrenes behov. Likevel er teori og prinsipper i både PMTO og MM noe helsesøster kan ta i bruk i foreldreveiledningen.

#### 4.4.2 Å innføre et grunnlag for god ernæring

I følge helsesøster er problemer og utfordringer omkring måltider en utfordring hun erfarer at svært mange barneforeldre har. Dette stemmer dessuten overens med resultatene i den landsomfattende spedkostundersøkelsen (Sosial – og helsedirektoratet 2003).

16% av deltakerne i spedkostundersøkelsen oppga at barna deres hadde spiseproblemer. Manglende matlyst og at barnet var småspist ble oppgitt som et problem av 6%, mens 5% var kresne i matveien. 4% av barna hadde vansker med å venne seg til familiens kosthold (Sosial – og helsedirektoratet 2003). Dette understreker at foreldre ikke bare trenger undervisning i hva sunn kost er, men også hvordan de skal få barna til å spise den. Helsesøster kan fortelle at flere av de familiene hun møter mangler rutiner eller regler rundt måltidet. For eksempel at de ikke har faste tider å spise på, sette seg eller hvordan de skal oppføre seg.’

I barnets første leveår er maten helt sentral for hvorvidt barnets behov blir tilfredsstillt, og dermed også hvordan personligheten blir utviklet. I følge WHO (2007) er tiden der barnet er mellom 6 og 24 måneder mest sårbar når det kommer til det å bli feilernært. Det er da barnet skal tilpasse seg fra å ammes til å være deltaker i familiemåltidene (WHO 2007). Når barnet blir eldre, og deltar i familiens måltider, er maten i større grad knyttet til dets sosiale utvikling. Måltidene blir da et sosialt samlepunkt for familien, der følelsesmessige forhold blir formet. At måltidene er sosiale samlingspunkt betyr også at konflikter ofte oppstår. Barnet lærer raskt, og kan gjerne nekte å spise for å oppnå makt overfor foreldrene (Holm 2003).

At barnet er kresent er i følge helsesøster en vanlig problemstilling for flere foreldre. Ordet ”grønnsaker” gir gjerne en assosiasjon av noe sunt, noe helsefremmende, og noe svært ubehagelig som barn skyr som ilden. Det er mange fordommer mot grønnsaker, og mange barn prøver i følge helsesøster å trasse foreldrenes pålegg om grønn kost. Hvis foreldre uten videre antar at barnet skal mislike grønnsaker, vil kanskje barnet gjøre akkurat det. Barnet tillærer seg de holdningene foreldre har rundt ernæring (Kreftforeningen 2007; Sosial – og helsedirektoratet 2006). Selv om barn påvirkes av andre enn foreldre etter hvert som de begynner i barnehage eller lignende, er det viktig at foreldrene gjøres oppmerksom på dette, slik at de kan finne løsninger på hvordan de kan innføre sunn kost som en del av familiens livsstil.

Det er kanskje lettere sagt enn gjort å overbevise en trassig 3-4 åring om at fisk og grønnsaker er viktig. Dette understreker hvor viktig det er å skape gode kostvaner tidligst mulig (Sortland



2004). I følge Holm(2003) kan en prøve å presentere grønnsakene på nye måter enn familien er vant med, samtidig som harmonien i familiemåltidene opprettholdes. De finnes utallige grønnsaker på markedet. Det handler om å eksperimentere og gjøre grønnsakene mer spennende og innbydende. De kan for eksempel tas i bruk som fargerik snacks eller som pynt på annen mat. Grønnsakene kan også snikes inn i eksisterende middagsretter, sauser og supper uten at familien merker det(Holm 2003). Om foreldre kommer til helsesøster og er fortvilet fordi de ikke får mat i et trassig barn, kan gjerne slike råd være nyttige.

Helsesøster presiserer at foreldrene i utgangspunktet bør servere mat som barnet liker, men gradvis variere maten, da gjerne sammen med barnets favoritter. Den teorien støtter opp Holm(2003) sitt forslag om å forsiktig presentere grønnsaker i barnets kost.

Helsesøster understreker at barnet bør få selskap og oppmerksomhet rundt måltidet, og at en unngår mas. Dette for å bidra til at barnet gleder seg over måltidene med familien, og at de føler at de mestrer situasjonen. Barna bør få sitte godt i en tilpasset stol, og evt søl bør tørkes opp etter måltidet.

For å følge Hendersons teori om at familien skal mestre utfordringene på en selvstendig måte, trenger helsesøster å sette seg inn i familiens ressurser når det kommer til tid. Rådene helsesøster gir må omfatte hvordan den gode ernæringen kan tilpasses hver enkelt families hverdagsliv og rutiner. En ressursvikt helsesøster trekker frem er at flere foreldre selv har vokst opp med manglende mat –og måltidsvaner hos sine foreldre, noe som påvirker de vanene de viderefører til sine egne barn.

I følge helsesøster er første ledd i å finne løsninger det å kartlegge foreldrenes ressurser før hun finner frem til helsefremmende ernæringstiltak. I følge PMTO handler det om å skape et samarbeid mellom helsesøster og familien. Målet med denne kartleggingen er å bli mer klar og bevisst på sterke og positive sider. Dette kan gjøres ved at foreldrene oppmuntres til å skrive ned sine positive ressurser med seg selv som forelder, familien som helhet og barnet. Dette kan være en måte å finne ut hvilke styrker foreldrene bør ta i bruk for å løse utfordringene, og hvilke negative faktorer som det bør jobbes med. De fleste synes nemlig ofte at det er lettere å finne ressursvikt enn ressurser hos seg selv(Atferdssenteret 2006).

Likevel er det nødvendig å være bevisst på hvorfor problemer oppstår. I dagens samfunn er gjerne begge foreldre i jobb, og barnet i barnehage. Hverdagen er travel, og det kan være vanskelig å være konsekvent nok med barnet. Litteratur om ernæring til barn understreker at

det er hverdagskosten som er avgjørende for barnet, ikke hva de får i seg i helger eller høytider (Sortland 2004; Sosial –og helsedirektoratet 2003; Bjerva m.fl 2006). Gjerne er det først er i helgene en har ro og fred til å samle hele familien til et godt måltid. En har kanskje større overskudd til å være konsekvente, og en har bedre kontroll over hva barnet får i seg. Kanskje er det også søsken inne i bildet med enda en annen rytme i hverdagen.

Den travle hverdagens innvirkning på måltider har i Danmark vist seg å være stor. Dette viser en dansk intervjuundersøkelse basert på ca 30 fulltidsarbeidende familier med ett eller flere barn (Iversen & Holm 1999, i Holm 2005). Undersøkelsen er basert på familier med eldre barn og ungdom. I helsesøsters arbeid med førskolebarn vil undersøkelsen likevel gi forståelse av hvordan familier kan ha det. En slik empatisk forståelse er viktig når en skal danne et tillitsforhold, og fremme god kommunikasjon med motparten (Hummelvoll 2005). Søsken og foreldre spiser gjerne separat, og det sosiale felleskapet kan mangle i familien. Som en del av familien, vil barnet påvirkes av rutinene omkring det. Både matvaner og holdninger er noe barnet lærer av sine foreldre (Sosial –og helsedirektoratet 2006).

Resultatet av undersøkelsen viser at familiene kun var samlet om morgenen og kvelden. Kveldsmaten ble ofte det måltidet der familien kunne samles. Pga at familien skulle av sted på forskjellige tidspunkter om morgenen, ble frokosten sjelden et samlingspunkt for familien. Om morgenen var stemningen som regel hektisk og travel (Hom 2005). Dette til tross for at frokosten anses for å være dagens viktigste måltid (Sortland 2004).

Kulturen i Norge og Danmark er nok så lik på det området at begge foreldre gjerne er fulltidsarbeidende, og funnene vil dermed være relevant å belyse i forhold til den norske helsesøstertjenesten. Til tross for at undersøkelsen viser få rutiner der familien samles i forbindelse med måltid, er det fellestrekk blant deltakerne at flertallet anså det å samle familien til et felles måltid var veldig viktig for dem (Holm 2005). Det helsesøster kan se av denne undersøkelsen, er at forståelsen for at gode måltider er nødvendige for barnet kan være til stede, selv om de tidsmessige ressursene gjerne svikter.

Det er lite helsesøster kan gjøre for å redusere tidspress i hverdagen. Hun kan støtte og oppmuntre dem, og ta ressursene med i vurderingen av metode. Det å minne foreldre på viktigheten med å tilføre gode måltidsvaner for barnet vil være et aktuelt tiltak. Rett og slett å prioritere måltidene for å fremme god ernæring hos barnet. I tillegg kan hun gi konkrete råd om hvordan barnet best mulig kan samarbeide i måltidssituasjoner. God stemning og tid ved

måltidene vil gi barnet en positiv opplevelse, noe som er viktig for å fremme god ernæring. Barnet får bedre matlyst og spiser bedre(Sosial –og helsedirektoratet 2006).

#### **4.5 Vekst – en vurdering av barnets ernæringstilstand**

Helsesøsteren jeg intervjuet kunne fortelle at flere foreldre som var i kontakt med henne var fortvilet over at de ikke syntes barnet spiste nok, og ville ha en forsikring om at det fikk nok mat. Rådet hun da gav var at så lenge barnet trives og vokser slik det skal, så er det liten grunn for bekymring. Denne teorien stemmer overens med de rådene som litteraturen gjengir(Bjerva m.fl. 2006; Sosial –og helsedirektoratet 2006). Friske barn regulerer selv matinntaket ved å noen ganger spise svært store mengder mat, mens de andre ganger nesten ikke spiser noen ting. I barnets første leveår vokser det raskt, før veksten avtar. Det er da vanlig at barnets appetitt og matinntak også avtar(Cathey & Gaylord 2004).

I følge Sosial –og helsedirektoratet(2007) er det som regel foreldre med litt eldre barn under førskolealder som har problemer med å få barnet til å spise. Den beste måten å vurdere om barnet er velernært, er dermed ikke å gi faste regler for hvor mye barnet skal spise, men heller følge med på vekta deres(Bjerva m.fl. 2006).

Observasjon blir betegnet som helsesøsters viktigste arbeidsredskap. Den kunnskapen hun har om barns normale vekst og utvikling vil være nyttig når skal strukturere observasjonene hun gjør, og når hun kartlegger barnets ressurser(Glavin & Kvarme 2003). Siden god ernæring er essensielt for barns utvikling, vil regelmessige målinger av vekt, hodeomkrets og lengde være viktige tiltak i helsesøsters ernæringsarbeid(Grønseth & Markestad 2005). Dette blir gjort når barnet er 6, 18 og 24 måneder(Departementene 2007). Helsesøsteren jeg var i kontakt med understreker at det er resultatene fra disse målingene som avgjør hvilke ernæringsråd hun gir foreldrene.

I følge presidenten for The International Pediatric Association(2006) er WHO sin vekststandard et sentralt redskap for å fremme best mulig helse og ernæring hos barn over hele verden. Vekststandarden er et verktøy for at de som arbeider med barns helse og foreldre skal kunne følge med på barnets vekst, og gjenkjenne vekstproblemer som kan gjøre det nødvendig å fremme barnets helse og ernæring(IPA 2006).

Helsestasjonen arbeider ut i fra WHO sin ”vekststandard“ for barn opp til fem år (Departementene 2007). Dette er en pekepinn på hva som er tilfredstillende vekst i forhold til alder, høyde og vekt. Denne standarden er grunnlaget for den såkalte ”prosentilkurven” som helsesøster arbeider ut i fra. Denne kurven tar utgangspunkt i barnets vekt i forhold til høyden. Vekten i forhold til lengden er det som gir best indikator på om barnet evt er over – eller underernært. For hver måling krysser helsesøster av på dette skjemaet for å vurdere barnets vekst (Grønseth & Markestad 2005). Ordet prosentil (eller på engelsk percentil) kommer av at linjene i skjemaet viser hvor mange friske barn som har et mål under den verdien som blir representert av linjen. Den midtre linjen kalles 50-prosentilen, og indikerer hvor gjennomstippet av friske barn ligger. Den laveste linjen kalles 2,5-prosentilen. Om et barns mål ligger på denne linjen vil det si at bare 2,5 % av friske barn har denne verdien, mens resten har høyere mål. Havner barnets mål på den øverste linjen, 97,5-prosentilen, betyr det at flerparten av friske barn har lavere mål. Målet er at barnet skal havne innenfor disse verdiene. Det må dessuten observeres om målene har forandret seg mye fra de forrige målingene. Det er en pekepinn at det ikke er grunn til bekymring før målene har krysset to prosentilkanaler i løpet noen uker til ett år (Grønseth & Markestad 2005). Verdiene vil hjelpe helsesøster å gi foreldrene en forsikring om hvordan barnets vekst er, og slik skape trygghet for foreldre med et friskt barn. I tillegg vil helsesøster finne ut om hun bør fortsette det helsefremmende ernæringsarbeidet slik hun har gjort, eller om hun bør henvise barnet videre til lege. Uhensiktsmessige funn på prosentil-skjemaet kan nemlig ha andre årsaker enn ernæringssvikt (Grønseth & Markestad 2005).

## 5.0 Avslutning

Etter mye hardt arbeid kan jeg si at målet mitt er nådd. Jeg føler jeg sitter igjen med økt kunnskap om hvordan helsesøster kan gå frem for å gjøre små barn best mulig ernæring. Kunnskap og kommunikasjon har vist seg å være to viktige begrep når det kommer til hvordan helsesøster best kan fremme god ernæring hos barn under førskolealder.

Det har vært en utfordring å få tak i informanter til intervjustudien. De fleste takket ja, men kun en helsesøster gav meg svar i tide. Likevel er jeg fornøyd med utfallet. Svarene hennes var fyldige, og gav meg svar på det jeg ønsket. Og underbygget med litteratur og forskning fikk jeg likevel et bredt bilde av hvordan helsesøster arbeider for å fremme god ernæring. Jeg vil derfor benytte anledningen til å takke informanten for at hun ville delta.

Jeg håper at de som leser denne studien får et bilde av hvordan helsesøster kan fremme god ernæring hos barn under førskolealder. Som helsesøster sa; ”Temaet er noe som opptar de aller fleste, og både foreldre og helsesøstre vil at barna skal forbli sunne og friske.”

”Uten mat og drikke, duger helten ikke!”(ukjent)

## Kildehenvisning

Atferdssenteret (2006) **Parent Management Training –Oregon (PMTO)**

[Internett].Tilgjengelig fra: <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html> [lest: 20.03.08]

Berg Å.M. (2005) Helsesøster –foreldrenes viktigste informasjonskilde. **Helsesøstre**, nr. 3, s. 12

Bjerva m.fl. (2006) *Liv og helse: Helsefremmende arbeid*. Oslo, Damm & Søn.

Cathey M. & Gaylord N. (2004) Picky eating: A toddlers approach to mealtime. **Pediatric nursing**, nr. 30. Tilgjengelig fra:

<http://www.pediatricnursing.net/ce/2006/article04101109.pdf> [Internett] [lest: 22.03.08]

Dalland O.(2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Den norske legeforening(2007) Verdens helseorganisasjons nye vekststandard for barn under fem år. **Tidsskriftet Norsk Lægeforening**, nr. 18. [Internett]. Tilgjengelig fra:

[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1585911](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1585911) [lest: 10.03.08]

Departementene(2007) *Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen(2007-2011): Oppskrift for et sunnere kosthold*. Oslo, Departementene.

Dunn C. m.fl. (2004) Color Me Healthy, Preschoolers Moving and Eating Healthfully. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, nr. 36. [Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B82X5-4K5HMDB-9&\\_user=3331856&\\_coverDate=12%2F31%2F2004&\\_rdoc=1&\\_fmt=summary&\\_orig=search&\\_cdi=33021&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_view=c&\\_acct=C000059321&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=3331856&md5=85f655a12fed6fbec67d429c69d458ae](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B82X5-4K5HMDB-9&_user=3331856&_coverDate=12%2F31%2F2004&_rdoc=1&_fmt=summary&_orig=search&_cdi=33021&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000059321&_version=1&_urlVersion=0&_userid=3331856&md5=85f655a12fed6fbec67d429c69d458ae) [lest 01.03.08]

**Flickr** [bilde, Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.flickr.com/photos/lai72/180388725/> [henta 23.03.08]

Folkehelseinstituttet(2007) **Engstelige kvinner ammer mindre**. [Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,1216:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:66469::1:5569:3:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,1216:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:66469::1:5569:3:::0:0) [lest: 18.03.08]

Folkehelseinstituttet(2003) **Hva er Den norske mor og barn undersøkelsen?**[Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631:0:15,2297:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:66469::1:5569:3:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2297:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:66469::1:5569:3:::0:0) [lest: 18.03.08]

**Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten**, 1982 nr. 2, paragraf 2 [Internett]. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest: 21.03.08]

Fuglestad O.L.(1997) *Pedagogiske prosesser: Empiri –teori –metode*. Bergen, Fagbokforlaget.

Glavin K. & Kvarme L.G.(2003) *Helsesøstertjenesten: Fra meinghetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo, Akribe Forlag.

Grønseth R. & Markestad T. (2005) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen, Fagbokforlaget.

Hagelin E., Magnusson M & Sundelin C. (2000) *Barnhålsvård*. Stockholm, Sverige, Liber AB.

Haug A. & Bratlid D. (2008). **Gi barna helmelk!** [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article2291643.ece> [Lest: 11.03.08]

Helstrup T. (2000) *Praktisk læringspsykologi*. Bergen, Fagbokforlaget.

Holm L. (2005) *Mad, mennesker og måltider: Samfundsvidenskabelige perspektiver*. København, Munksgaard Danmark.

Hummelvoll J.K (2004) *HELT –ikke stykkevis og delt*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

International pediatric association(2006) **International Pediatric Association Endorsement: The New WHO Growth Standards for Infants and Young Children**. [Internett]  
Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/childgrowth/Endorsement\\_IPA.pdf](http://www.who.int/childgrowth/Endorsement_IPA.pdf) [lest: 11.03.08]

Kreftforeningen(2007). **Gode vaner legges tidlig –ta kosthold på alvor**. [Internett].  
Tilgjengelig fra: <http://www.kreftforeningen.no/vp/template/ver1-0/print.jsp?articleId=8979&sectionID=926> [lest: 18.02.08]



Kristoffersen , N.J, Nordtvedt F. & Skaug E.A. (2005) *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

**Lov om helsetjenesten i kommunene**, 1982 nr. 1, paragraf 1 [internett]. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest: 20.02.08]

Mjelve H.(2005) *Å være foreldre*. Oslo, Gyldendal Akademisk

Nordtvedt M.W & Jamtvedt G. m.fl. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.

Norsk sykepleierforbund(2005)*Helsesøster –mer enn et sprøytstikk* [Brosjyre].

Olsson H. & Sørensen S.(2003) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal Akademisk

Sortland K.(2004) *Ernæring –mer enn mat og drikke*. Bergen, fagbokforlaget. (S 123-137).

Sosial -og helsedirektoratet(2007) **Guide til en sunn hverdag for barn og unge**. [Internett].

Tilgjengelig fra:

[http://www.shdir.no/ernaering/fagnytt/guide\\_til\\_en\\_sunn\\_hverdag\\_for\\_barn\\_og\\_unge\\_754](http://www.shdir.no/ernaering/fagnytt/guide_til_en_sunn_hverdag_for_barn_og_unge_754)

[lest: 10.03.08]

Sosial -og helsedirektoratet(2002) **Kosthold blant 4 åringer: Landsomfattende kostholdsundersøkelse: Ungkost 2000**. [Internett]. Tilgjengelig fra:

[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1067\\_2008a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1067_2008a.pdf) [lest 05.03.08]

Sosial –og helsedirektoratet(2005) **Norske barn har i hovedsak et sunt og variert kosthold**

[Internett] Tilgjengelig fra:

[http://www.shdir.no/portal/page?\\_pageid=134,67714&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.artSectionId=252&\\_piref134\\_67727\\_134\\_67714\\_67714.articleId=34623](http://www.shdir.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=252&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=34623) [lest: 18.03.08]

Sosial –og helsedirektoratet( 2005) **Nøkkelråd for mat og mosjon** [Internett]. Tilgjengelig

fra: <http://www.shdir.no/ernaering/kostholdsrad/> [lest: 15.03.08]

Sosial –og helsedirektoratet( 2006) *mat for spedbarn*. Oslo, Sosial –og helsedirektoratet

Sosial –og helsedirektoratet(2003) **Spedkost 6 måneder: Landsomfattende**

**kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge**. [Internett]. Tilgjengelig fra:

[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1074\\_2011a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1074_2011a.pdf) [lest 03.03.08]

Sosial –og helsedirektoratet(2005) **Spedkost 12 måneder: Landsomfattende**

**kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge**. [Internett]. Tilgjengelig fra:

[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1248\\_4764a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1248_4764a.pdf) [lest 05.03.08]

Statens helsetilsyn(1998) **Veileder for helsestasjons –og skolehelsetjenesten**. [Internett].

Tilgjengelig fra: Helsetilsynet [lest: 25.02.08]

Statens helsetilsyn(1998) **Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20**

**år i helsestasjons –og skolehelsetjenesten**. [Internett]. Tilgjengelig fra: Helsetilsynet [lest:

25.02.08]

Statistisk sentralbyrå(2003) **Kostholdsundersøkelsen blant spedbarn, 1998: Norske mødre ammer mye.** [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/017kostospe/main.html> [lest: 18.02.08]

Webb P. (1994) *Health promotion and patient education: A professional's guide.* London, England, Chapman & Hall.

World health organization(2007) **The challenge og obeisity in the WHO European Region and the Strategies for response** [Internett]Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/document/E90711.pdf> [lest: 23.03.08]

World health organization(2007) **What is the recommended food for children in their very early years?** [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/features/qa/57/en/print.html> [lest: 18.02.08]