



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Tjukke barn leikar best?

Fat kids have more fun?

Julie Helle Felde & Unni Lefdal Hove

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap / Sjukepleie Førde

Rettleiar: Sissel Hjelle Øygard

Innleveringsdato: 14.06.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Tjukke barn leikar best?

Bakgrunn for val av tema: Overvekt og fedme blant barn og unge er ei av dei største helseutfordringane vi har i dagens samfunn. Uansett alder vil sjansen for å utvikle diabetes type 2 auke ved overvekt og fedme. Ved å gå tidleg inn med førebyggjande tiltak i barnealder kan ein fremje sunn vektutvikling og redusere talet diabetespasientar i framtida.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiaren førebygge diabetes type 2 hjå barn med overvekt og fedme?»

Metode: Oppgåva er skriven med utgangspunkt i ei litteraturstudie som består av faglitteratur og forskning. Vi har nytta høgskulebiblioteket og databasar for å finne relevant forskning og faglitteratur. Vidare har vi kritisk vurdert litteraturen og forskninga, og nytta dette til å drøfte problemstillinga vår.

Resultat: Funna viser at førebygging av diabetes type 2 bør starte i ung alder før usunne vanar er innarbeida. Det vil vere viktig at heile familien er involvert, men at foreldra tek styringa. I arbeidet kan sjukepleiaren nytte metodar som motiverande intervju og hjelpemiddel som KMI-skjema.

Konklusjon: Dersom ein tidleg går inn og førebygger overvekt og fedme, kan ein forhindre utvikling av diabetes type 2 hjå barn, samt alvorlege sekundære komplikasjonar i vaksen alder. Sjukepleiaren si oppgåve er å kommunisere, motivere og rettleie familien i livsstilsendinga. Kommunikasjonen må tilpassast den kognitive utviklinga til barnet, og vil i tillegg vere styrt av lovverket. Alle tiltaka må inkludere heile familien då det er vanskeleg for overvektige barn å endre vanar dersom ein ikkje blir støtta av familien.

Nøkkelord: barn, overvekt, fedme, diabetes type 2, sjukepleie

Summary

Title: Fat kids have more fun?

Background: Obesity and overweight among children and youth is one of the greatest health challenges we have in today's society. Regardless of age, the chance of developing type 2 diabetes will increase both with obesity and as an individual becomes overweight. Preventative work during childhood can promote growth with the maintenance of a healthy weight and reduce the number of future patients with diabetes.

Problem: How can nurses prevent diabetes type 2 among children with obesity or who are overweight?

Method: The thesis is based on a literature review study consisting of professional and peer-reviewed literature. We used various databases to find relevant research. We have critically evaluated the literature and research, and used the results to discuss our problem.

Result: To prevent type 2 diabetes one needs to start at an early age, before unhealthy habits are integrated into the behaviour of the child. The whole family needs to be involved, however, the parents should take the lead. Nurses can use methods such as motivational interviews and BMI charts in their preventative work.

Conclusion: By preventing unhealthy weight gain and obesity in early childhood one can counter the development of type 2 diabetes in children as well as serious secondary complications in adulthood. The nurse's role is communication, motivation and the guiding of the family to promote a lifestyle change. The communication needs to meet the child's stage of cognitive development. It also needs to be governed by law. All measures need to include the whole family as it is difficult for obese children to change their habits if they are not supported by a family unit.

Keywords: child, overweight, obesity, type 2 diabetes, nursing

Innholdsliste

1. Innleiing.....	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Definisjonar	2
1.5 Korleis oppgåva skal løysast	3
2. Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søke- og utvalsprosessen	4
2.2.1 Søkeprosessen etter forskning	4
2.2.2 Søkeprosessen etter anna litteratur.....	6
2.4. Kjeldekritikk.....	7
3. Teori	8
3.1 Diabetes.....	8
3.2 Overvekt og fedme.....	8
3.3 Utviklingspsykologi.....	9
3.4 Kommunikasjon og rettleiing til foreldra	10
3.5 Hjelpemiddel for førebygging av overvekt og fedme	11
4. Resultat og funn	11
4.1 Overvekt- og fedmeutvikling.....	11
4.2 Diabeteskostnadar i Noreg.....	12
4.3 Familieinvolvering	12
4.4 Oppfølging.....	13
5. Drøfting	14
5.1 Overvekt- og fedmeutvikling.....	14

5.2 Kvifor førebygge?	14
5.3 Kommunikasjon til barn og foreldre	16
5.4 Familieinvolvering	17
5.5 Hjelpemiddel i førebyggingsarbeidet	18
6. Konklusjon.....	19
Kjelder:	20
Vedlegg 1: PICO-skjema	

1. Innleiing

1.1 Presentasjon av tema

Denne oppgåva har eit helsefremjande perspektiv. Tema er overvekt og fedme hjå barn og utvikling av diabetes type 2. Ifølgje Verdas helseorganisasjon, er overvekt og fedme ei av dei største helseutfordringane hjå barn og unge. Frå 70-talet til 2000 har dette tredobla seg i Noreg (Kostverktøyet, 2020). Vidare ser ein at uansett alder aukar sjansen for utvikling av diabetes type 2 ved overvekt og fedme (Diabetesforbundet, 2019).

I eit samfunnsperspektiv er delen av barn med fedme aukande på verdsbasis. Samanlagt for begge kjønn auka delen barn med fedme over ti gongar globalt frå 1975 til 2016. Det tilsvarar ein auke frå 11 millionar barn med fedme i 1975, til 124 millionar i 2016. I tillegg var 213 millionar barn overvektige i 2016, men låg under terskelen for fedme (Folkehelseinstituttet, 2017). Dersom utviklinga held fram i same retning, tilseier prognosane at vi i 2025 vil ha 268 millionar barn med overvekt globalt. Fedme aleine vil auke blant barn frå 76 millionar i 2010, til 91 millionar innan 2025. Fire millionar av desse vil utvikle diabetes type 2 (Lobstein & Jackson-Lech, 2016, s. 321).

Sjukepleiaren har gjennom yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.1, eit ansvar for å fremje helse og førebygge sjukdom (Norsk sjukepleierforbund, 2019). I eit sjukepleiefagleg perspektiv vil førebygging av diabetes type 2 i ung alder kunne bidra til å redusere talet pasientar med diabetes i framtida. Får ein redusert dette vil ein òg førebygge andre tilstandar og sjukdomar som følgje av diabetes, for eksempel hjarte-/karsjukdom, synsforstyrningar og diabetiske sår (Mosand & Stubberud, 2016, s. 57-58).

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren førebygge utvikling av diabetes type 2 hjå barn med overvekt og fedme?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Arenaen er sjukehus. Vi har valt å avgrense oppgåva til å gjelde barn og deira pårørande vi møter der. Gruppa med barn vil vere avgrensa til å gjelde dei med overvekt og fedme, då dette er ein disponerande faktor for å utvikle diabetes (Webber, 2009, s. 4).

Vi vel òg å avgrense oppgåva til å gjelde barn mellom 6 og 16 år i Noreg. Nedre grense på 6 år er satt etter samtale med helsesjukepleiar, som har informert om at det vert målt KMI på barn for første gong ved 4 års-kontrollen. Det vart òg informert om at få barn mellom 4 og 6 år vert henvist til sjukehus grunna overvekt og fedme, med mindre det er særskilde grunnar til det. Vi vel derfor å ekskludere denne gruppa. Frå skulealder aukar fokuset på KMI-utviklinga i forhold til vekstutvikling. Bakgrunnen for å setje øvre grense til 16 år er at før denne alderen spelar foreldra ei større rolle i barnas liv, og det er derfor lettare å gripe inn dess yngre barnet er. I tillegg seier pasient- og brukarrettighetslova § 4-3 b) at personar mellom 16 og 18 år har rett til å samtykke til helsehjelp på eigahand (pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 4-3).

Til slutt har vi valt å avgrense oppgåva til å gjelde diabetes type 2 då denne forma for diabetes til ein viss grad kan behandlast og førebyggast gjennom kosthald, fysisk aktivitet og vekttap, utan insulinbehandling (Diabetesforbundet, 2019).

1.4 Definisjonar

Barn

Ifølgje Vergemålsloven § 2, er alle under 18 år barn (Vergemålslova, 2010). Før fylte 18 år har foreldre, ifølgje barnelova, rett og plikt til å ta avgjerdsler for barn i personlege forhold innanfor rammene som er satt i §§ 31-33 (Barnelova, 1981).

Diabetes type 2

Diabetes er ein kronisk autoimmun sjukdom. Ved diabetes type 2 er det ofte både insulinmangel og redusert verknad av insulinet. Denne typen diabetes vert behandla med

justering av kosthald, mosjon, vektreduksjon og, eventuelt, blodsukkersenkande medikament (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 2-3).

Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er definert av overflødig kroppsfeitt (Danielsen, 2014, s. 10). Overvekt er lik kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25-30 kg per kvadratmeter. Fedme er KMI på 30 kg per kvadratmeter eller meir (Folkehelseinstituttet, 2017). Aukande KMI er forbundet med aukande risiko for dårleg helse. For barn er forholdet mellom høgde og vekt annleis enn for vaksne, og ein må difor bruke eigne kjønns- og aldersjusterte KMI-grenser for dei (iso-KMI) (Danielsen, 2014, s. 11).

1.5 Korleis oppgåva skal løysast

Vi skal først beskrive metoden for oppgåva. Deretter fortset vi med teoridelen, der vi vil gå inn i faggrunnlaget vårt. Vidare, under resultat og funn, vil vi presentere forskning vi har nytta. I drøftinga vil vi drøfte problemstillinga opp mot teoriane og forskningsresultata vi har presentert tidlegare. Vi vil òg dra inn eigne erfaringar, samt samfunns- og sjukepleieperspektivet. Til slutt vil vi leggje fram ein konklusjon som viser korleis vi ynskjer å svare på problemstillinga.

2. Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Metode fortel noko om korleis ein best går til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Bakgrunnen for val av èin bestemt metode er at ein vurderar akkurat denne metoden for å vere den mest gunstige til å belyse problemstillinga ein har valt (Dalland, 2017, s. 51).

Vi gjer ei litteraturstudie, som er kjenneteikna av at ein hentar data frå eksisterande fagkunnskap, teori og forskning (Dalland, 2017, s. 207). Litteraturstudia er bygd opp etter

IMRAD-prinsippet med innleiing, metode, resultat og (and) diskusjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2016, s. 69). Søketreffa og artiklane vi finn vert våre data som skal analyserast.

2.2 Søke- og utvalsprosessen

2.2.1 Søkeprosessen etter forskning

Søkeprosessen starta med utforming av problemstilling. Denne tok vi med oss vidare til PICO-skjema. Vi nytta dette skjemaet for å definere kva ord frå problemstillinga vi kunne bruke som søkeord i søkeprosessen. Forkortelsen PICO står for **p**atient/**p**roblem, **i**ntervention, **c**omparison og **o**utcome (Helsebiblioteket, 2016).

Pasientgruppa vi er interessert i er barn med fedme, og dette vert derfor **p**atient/**p**roblem. På punkt i (intervention) ser vi for oss at desse tiltaka blir kommunikasjon, rettleiing og informasjon til barn og foreldre. Etersom vi ikkje har noko å samanlikne med i problemstillinga vår, fell **c**omparison vekk. Det ynskja utfallet (**o**utcome) er korleis ulike tiltak ein set i verk kan bidra til å førebygge utvikling av diabetes type 2. Etter gjennomgang med PICO, satt vi igjen med ei gruppe søkeord, sjå vedlegg 1.

Vi brukte sidene «synonymer.no» og Svemed+ for å finne synonym til søkeorda våre. Den norske forskningsmarknaden er liten i forhold til den internasjonale. Difor har vi, i tillegg til SveMed+, brukt ordnett.no for å finne gode engelske søkeord (MeSH). Relevant litteratur fann vi i hovudsak i databasen Medline (EBSCO). Medline er den fremste referansedatabasen innan medisin, og har referansar frå over 5600 tidsskrifter (HVL, u.å.). I tillegg nytta vi databasane BioMed Central, PubMed, Google Scholar og Idunn.

Vi har inkludert både kvalitative og kvantitative artiklar i oppgåva vår. Ved kvalitativ forskning er forskaren subjektiv og går trinnvis djupare inn i problemstillinga. Resultata byggjer på få individ og eit stort tal variablar. Ved den kvantitative forskinga er forskaren objektiv. Problemstillinga er eintydig og formulert på førehand. Forskinga byggjer på stadfesting der hypotesa skal testast. Resultata byggjer på mange individ, men eit avgrensa tal variablar (Olsson & Sörensen, 2006, s. 16).

Før vi starta søket i dei ulike databasane, ynskja vi å undersøkje kva biblioteket tilbydde av artiklar innan temaet. Vi søkte i Oria via høgskulebiblioteket sine sider. Søket vårt på "overweight among children in Norway" gav i første omgang 8744 treff. Vi avgrensa søket til å gjelde fagfelleverderte tidsskrift i tidsrommet 2012-2020. Dette gav 4626 treff. Blant desse fann vi artikkelen "Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study" (Biehl et al., 2013). Vi fann deretter artikkelen tilgjengeleg i databasen PubMed Central.

Vidare søkte vi i databasen Medline (EBSCO). Vi valte å leggje til databasane Academic Search Elite og Academic Search Ultimate. Følgjande søk vart gjort i databasane; "obesity" OR "obesity in children" (715 982 treff), "comorbid*" (360 862 treff), "diabetes" (1 426 527 treff) og "children" OR "kids" (4 840 453 treff). Vi kombinerte deretter søkeorda i eitt nytt søk ved å velgje "Search with AND" (979 treff). Vidare avgrensa vi søket til å gjelde publikasjonar frå dei fem siste åra (2015-2020). Dette gav 467 treff. Eitt av treffa var artikkelen "Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025" (Lobstein & Jackson-Leach, 2016).

På det andre søket vårt i Medline valte vi å huke av på Cinahl with full text. Søket var bygd opp av søkeorda; «child*» (2 560 984 treff), «childhood obesity» OR «overweight» (192 522 treff), «family approach» (11 701 treff) og «bmi change» (6 117 treff). Vidare kombinerte vi alle termene med AND, som gav 4 treff. Vi leste deretter alle overskriftene og abstrakt. Slik fann vi artikkelen «A whole family approach to childhood obesity management (GOALS): Relationship between adult and child BMI change» (Watson et al., 2011).

I vårt neste søk i databasen Medline, valte vi å bruke Academic Search Elite. Søkeorda var «children» OR «adolescents» (1 748 279 treff), «family» (1 309 655 treff), «body weight» (131 551 treff), «predictors» (237 482 treff) og «behaviour» (1 873 387 treff). Deretter kombinerte vi alle søkeorda med AND. Dette gav oss 65 treff. Vi såg at «Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: a systematic umbrella review" (Cislak, Safron, Pratt, Gaspar & Luszczynska, 2011), passa bra til problemstillinga vår.

Vidare brukte vi databasen BioMed Central (BMC). På deira nettside valte vi “Explore Journals”, deretter “Medicine & Public Health”, og valte oss ut journalen BMC Nursing. Inne i BMC Nursing gjorde vi eit søk på “childhood obesity” i søkefeltet. Dette gav fem treff. Etter å ha lest overskrifter og abstrakt fann vi eitt treff som var relevant for vår oppgåve. Dette gav oss artikkelen “Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers” (Regber, Mårild & Hanse, 2013).

Utover dette ynskja vi å finne forskning som baserar seg på situasjonen i Noreg. Vi valte derfor å bruke databasen Idunn. Inne i databasen valte vi fagområdet “Helse- og sosialfag”, og gjekk vidare inn i tidsskriftet “Nordisk Sygeplejeforskning». Her søkte vi på “barnefedme” i søkefeltet. Dette gav eitt treff; artikkelen “Mødre til barn med overvekt - erfaringer og utfordringer” (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015).

Til slutt gjorde vi eit søk i Google Scholar for å finne ut kva kostnadar diabetes har for samfunnet i Noreg. Vi skreiv inn «cost of diabetes in Norway» i søkefeltet (64 400 treff), og avgrensa søket til publiseringsdatoar mellom 2010-2020 (17 700 treff). Blant desse fann vi artikkelen «Cost of diabetes in Norway 2011» (Sørensen, Arneberg, Line & Berg, 2016).

2.2.2 Søkeprosessen etter anna litteratur

Søkeprosessen etter anna litteratur starta med å finne bøker på høgskulebiblioteket. Vi søkte i Oria etter «fedme hos barn», og avgrensa søket til å gjelde bøker. Vi fann då boka «Fedme hos barn – Intervensjoner og atferdsendringer i praksis» (Danielsen, 2014). Saman med denne boka stod det fleire andre bøker som omhandla det same temaet. Etter å ha bladd i fleire av dei, valte vi oss ut «Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme» (Øen, 2012) og «Obesity and Diabetes» (Barnett & Kumar, 2009). Utover dette kartla vi kva vi hadde av relevant faglitteratur privat. I «Jobb kunnskapsbasert» (Nortvedt et al., 2016) fann vi litteratur for søkeprosessen. I «Klinisk sykepleie» (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016) kunne vi til dømes lese om diabetes. «Norges Lover – Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2017-2018» (Syse, 2017) har vi nytta for å finne relevant lovverk. I tillegg har

vi funne nasjonale retningslinjer for førebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hjå barn og unge, samt nasjonal diabetesplan. Vi har òg nytta oss av yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar. Utover det ringte vi til ein barnepoliklinikk og fekk snakke med ein sjukepleiar angående temaet.

2.4. Kjeldekritikk

Vi brukar kjeldekritikk for å vurdere om kjeldene er pålitelege (Dalland, 2017, s. 152).

Kjeldekritikk vil seie å vurdere og karakterisere den litteraturen ein har funne, i tillegg til å gjere greie for kva kriteriar ein har nytta når ein har valt denne litteraturen (Dalland, 2017, s. 158). Artiklane vi har brukt er ikkje eldre enn 10 år gamle. Det same gjeld bøkene vi brukar, foruten om «Obesity and Diabetes», som er frå 2009. Vi nyttar oss likevel av nokre kapittel i denne boka då den framleis har relevant fagkunnskap. På grunn av corona-situasjonen har vi ikkje fått tilgang på den nyaste versjonen av «Kommunikasjon i relasjonar» på høgskulebiblioteket. Vi har difor brukt 2007-utgåva på Nasjonalbiblioteket. Alle forskningsartiklane er leita fram via databasar høgskulen har anbefalt. Vi har funne mykje forskning og fagstoff om tematikken, noko som har gjort det utfordrande å avgrense kva informasjon vi skulle nytte.

Vi har nytta både kvalitative og kvantitative studiar, samt ein systematisk oversiktsartikkel. I hovudsak har vi brukt primærkjelder. Per definisjon er ein systematisk oversiktsartikkel ei sekundærkjelde, ettersom den er samansatt av fleire enkeltstudiar. I sekundærkjelder er teksten ofte både oversatt og fortolka slik at det opprinnelege budskapet til ein viss grad kan ha endra seg (Dalland, 2017, s. 159). Systematiske oversiktsartiklar stiller likevel sterkare enn enkeltstudiar (Nortvedt, 2016, s. 135), og vi har difor valt å bruke denne artikkelen i oppgåva vår. Ved å bruke sjekklister for vurdering av forskningsartiklar har vi vurdert artiklane våre som sentrale for sjukepleiefaget, og ser at dei har ein overføringsverdi i forhold til problemstillinga vår (Helsebiblioteket, 2016).

Vi ynskja i hovudsak forskning frå Noreg. Likevel såg vi det relevant å undersøkje temaet i eit globalt perspektiv for å få eit samanlikningsgrunnlag med korleis fedmeutviklinga er i andre land. Vi ynskja i tillegg å undersøkje om andre land har satt i verk tiltak som har

overføringsverdi til Noreg. Den svenske artikkelen (Regber et al., 2013) omhandlar barn mellom 0-5 år, noko som fell utanfor avgrensinga vår. Likevel har vi vurdert den som relevant då den viser korleis sjukepleiarar kan kommunisere med foreldre, nytte verktøy som KMI-skjema og gir eit bilete av kva utfordringar ein kan møte som sjukepleiar.

3. Teori

3.1 Diabetes

Ein av 20 nordmenn har kjent diabetesdiagnose. Dette utgjer omlag 245 000 personar. Av desse er det 216 000 som har diabetes type 2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 5). Kvar år får 300 barn under 15 år diagnosen (Diabetesforbundet, 2019). Det finnst fleire typar diabetes, men fokusområdet i oppgåva er førebygging av diabetes type 2 (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Denne forma for diabetes er kjenneteikna av relativ insulinmangel og varierende grad av insulinresistens. Årsakene er blant anna høgt blodtrykk, diabetes i nær familie og overvekt (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53).

Førebygging av diabetes type 2 vil òg førebygge seinkomplikasjonar som følge av sjukdomen. Dårlig regulert blodglukose over tid kan medføre ei rekkje komplikasjonar (Mosand & Stubberud, 2016, s. 56). Ein frykta komplikasjon av ubehandla diabetes er diabetiske fotsår og fotskade, som i verste fall kan medføre fotamputasjonar (Mosand & Stubberud, 2016, s. 58).

3.2 Overvekt og fedme

Hovudårsaka til overvekt og fedme er energioverskot over tid, der energiinntaket er høgare enn energiforbruket (Bjørnara, Torstveit & Bere, 2017, s. 785). Fedme og overvekt er blitt så vanleg i ein del vestlege land at det passerar meir tradisjonelle problem, som underernæring og infeksjonar (Webber, 2009, s. 2). Ferske tal frå Verdsbanken viser at Noreg ligg blant dei landa med høgast grad av overvekt (Shekar & Popkin, 2020, s. 4). Ein ser ei tredobling av fedme på verdsbasis, og i Vest-Europa ligg Noreg i toppen (Bordvik & Hafstad, 2019). Det

vanlegaste målet på overvekt og fedme er KMI. KMI er ikkje eit direkte mål på feittopphopning i kroppen, men gir eit bilete av total kroppsmasse (sjå forklaring under kapittel 1.4). Som følgje av dette må ein bruke skjønn når ein skal tolke KMI-verdiar, samt alders- og kjønnsjustert KMI-skjema når ein jobbar med barn (Danielsen, 2014, s. 17).

Overvektige barn har den same risikoen som overvektige vaksne for å utvikle komplikasjonar som følgje av tilstanden sin. Overvekt aukar risikoen for diabetes type 2, og utviklinga av sjukdomen er den største bekymringa ein har når det gjeld barn med overvekt og fedme (Matyka, 2009, s. 227). For å unngå diabetes type 2 er det difor viktig å gå tidleg inn for å førebygge dette. Det er ein fordel då aktivitets- og kosthaldsvanar er mindre innarbeida hjå barn (Danielsen, 2014, s. 38).

3.3 Utviklingspsykologi

Ein kan ikkje fastsette ei oppskrift på korleis ein kommuniserer med barn og unge. Alle barn er ulike og befinn seg på ulike utviklingstrinn, noko som vil utfordre evna vår til å kommunisere med barna på det stadiet dei er på (Eide & Eide, 2007, s. 358). Barn føler ofte på usikkerheit, og vil ikkje utan vidare opne seg opp for framande (Eide & Eide, 2007, s. 359).

Når barn er i alderen 6-8 år har dei begynt å utvikle logiske forståingar, men vil trenge hjelp til å lage samanheng i situasjonar (Eide & Eide, 2007, s. 365). Når sjukepleiaren snakkar med denne aldersgruppa kan dei med fordel bruke hjelpemiddel som teikning, song, leik og kosedyr (Eide & Eide, 2007, s. 365). Etter barnelova § 31 har eit barn som er fylt 7 år eller yngre, som er i stand til å fremje synspunkt, rett til å få informasjon og skal ha moglegheit til å seie si meining (Barnelova, 1981, § 31).

Barn i aldersgruppa 9-11 år vil ha ei relativt klar forståing om kven dei er i forhold til andre, samt vise forståing for korleis andre reagerer. Ei positiv utvikling hjå barn i denne fasen vil leggje til rette for endring, medan ei uheldig utvikling kan føre til ein følelse av mindreverd. Hjelp til meistring er difor viktig (Eide & Eide, 2007, s. 372).

Ungdom frå 12 år og oppover har evna til å tenkje hypotetisk og abstrakt. Dei startar no å sjå «vaksne» ut og har ofte sterke meiningar, men dei er framleis barn. Sjukepleiaren kan med fordel lytte og supplere med opplysningar. Ein kan òg bruke teikning og spel som ein veg inn til vanskelege følelsar og tema (Eide & Eide, 2007, s. 372-373). Etter barnelova § 31 skal meininga til barnet vektleggjast etter alder og modning, og etter fylte 12 år skal det leggjast stor vekt på kva barnet meiner (Barnelova, 1981, § 31). Aldersinndelinga ovanfor er ikkje kategorisk, men gir hovudtrekka i dei ulike fasane og kan gå noko over i kvarandre (Eide & Eide, 2007 s. 362).

3.4 Kommunikasjon og rettleiing til foreldra

Innanfor kommunikasjon er det ei rekkje teoriar. Teorien til Joyce Travelbee (1926- 1973) tek for seg det mellommenneskelege forholdet i sjukepleien. Travelbee meinte at kommunikasjon var eit middel for å realisere sjukepleiaren sitt formål om å førebygge sjukdom, fremje helse og lindre liding. Den mellommenneskelege relasjonen mellom sjukepleiar og pasient kan påverke pasienten, familien og samfunnet. Gjennom kommunikasjon kan sjukepleiaren hjelpe pasientane med å meistre, og finne mening i den situasjonen dei står i (Eide & Eide, 2007, s. 136).

Når pasientane er barn vil dei i større grad vere avhengig av tilrettelegging frå foreldra (Danielsen, 2014, s. 38). Overvekt er som oftast eit resultat av heimemiljøet til barnet, og ein må difor ha fokus på å etablere allianse med foreldra og kommunisere med dei på ein forståeleg måte (Øen, 2012, s. 203). Grensetting i matsituasjonar vil vere viktig for barnet si vektutvikling og endring i livsstil. Dette handlar blant anna om at foreldra følgjer med på kva barnet et, regulering av porsjonsstørrelsar og kva måltidet består av (Danielsen, 2014, s. 29). Ein ser at ein kombinasjon av eit sunt kosthald og fysisk aktivitet er gunstig for vektnedgang, men at kosthaldet spelar den største rollen (Bjørnara et al., 2017, s. 785).

Som sjukepleiar er det viktig at ein gir foreldre gode råd for korleis dei kan auke den ynskja åtferda til barnet og motivere til ei endring av livsstil. Kva livsstil barnet har vil spegle vanane til familien, og ein må difor starte her. Gode råd å lære foreldra er, ifølgje Helsedirektoratet (2010), å gje merksemd til åtferd ein ynskjer skal gjenta seg, til dømes at barnet går ut på

sykkeltur. Vidare bør ein gje spesifikk ros, til dømes: “så flott at du tek deg eit eple” vs. “så flink du er”. Det er òg viktig å fange opp situasjonar der barnet gjer noko bra, ikkje spar rosen til “den perfekte åtferd”. Å kombinere ros og irettesettjing bør unngåast, til dømes: “så flott at du tok deg eit eple, men du kunne godt venta til etter middag”. Å setje opp konkrete mål for positive helseeffektar er også anbefalt, til dømes betre kondisjon (Helsedirektoratet, 2010, s. 55).

3.5 Hjelpemiddel for førebygging av overvekt og fedme

KMI (kg/m^2) er eit nyttig verktøy for å måle overvekt og fedme. Forhaldet mellom høgde og vekt er annleis hjå barn enn hjå vaksne, og ein brukar difor eigne kjønns- og aldersjusterte KMI-grenseverdier (iso-KMI) for dei (Danielsen, 2014, s. 11). På sjukehuset vil sjukepleiarane registrere dette, i tillegg til å måle blodtrykk og ta blodprøver av barnet. Kostregistrering kan vere eit nyttig hjelpemiddel for at barnet og foreldra skal få ei oversikt over kosthaldet og energiinntaket sitt. Registrering av kva ein et gjennom eit par dagar kan gje ein peikepinn på kva type mat ein et, rytme, mengde, samt inntak av frukt og grønt (Jåtun, 2012, s. 96). Ved innlegging kan ein i samråd med barnelege henvise til ernæringsfysiolog (Barnepoliklinikk, personleg kommunikasjon, 27.april 2020). I tillegg til tverrfagleg arbeid, bør sjukepleiaren samarbeide med foreldra. Det er viktig å motivere foreldra i endringsarbeidet. Dess yngre barnet er, dess meir ansvar har foreldra, til dømes innkjøp og tillaging av mat. Sjukepleiarar som deltek i familien sitt endringsarbeid bør nytte seg av motiverande samtale (MI). Denne samtaleforma skal hente fram og styrkje ein person sin indre motivasjon for å skape ei endring, auke meistring og gje tru på eigne evner (Danielsen, 2014, s. 57).

4. Resultat og funn

4.1 Overvekt- og fedmeutvikling

Artikkelen “Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-aged children in 2025” er ein kvantitativ studie skriven av T. Lobstein og R. Jackson-Leach. Hensikta med studien var å vurdere forventade førekomst av fedme, overvekt og

livsstilssjukdomar globalt blant barn i 2025, opp mot målet til WHO om at auken skal vere stogga innan 2025. Utgangspunktet for vurderinga var korleis utviklinga har vore etter 2010. Resultatet viste at målet ikkje vil bli nådd, med mindre det skjer ei utviklingsendring. Forskarane konkluderte med at forventa tal barn med overvekt i 2025 vil vere 268 millionar, ein auke til 15,8% i forhold til 13,9% i 2010. Fedme aleine vil auke frå 4,8% til 5,4%. Ein forventar at 4 millionar barn vil utvikle diabetes type 2.

Artikkelen “Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study” tek òg for seg utvikling av fedme, men ser det i eit nasjonalt perspektiv. Den ser på samanhengen mellom overvekt og fedme blant barn i Noreg, og urbanitet og sosioøkonomisk status. Dette er ein kvantitativ studie skriven av A. Biehl, R. Hovengen, E.-K. Grøholt, J. Hjelmæsæth, B. H. Strand & H. E. Meyer. Gjennom studien fann ein at 19% av barn i Noreg er overvektige og 4% har fedme målt gjennom iso-KMI-registrering. Samstundes viste målingar gjort med originale KMI-verdiar for vaksne at 27,6% av barna var overvektige og 8,6% hadde fedme.

4.2 Diabeteskostnadar i Noreg

«Cost of diabetes in Norway 2011» er ein kvantitativ artikkel skriven av M. Sørensen, F. Arneberg, T.M. Line og T. J. Berg. Hensikta med artikkelen var å sjå kva kostnadar diabetes har for Noreg. Resultatet viste at dei totale kostnadane var 516 millionar euro i 2011. I tillegg såg ein at mesteparten av diabeteskostnadane ikkje lenger går til behandling av komplikasjonar, men heller førebygging, til dømes til blodtrykkssenkande medikament.

4.3 Familieinvolvering

“A whole family approach to childhood obesity management (GOALS): Relationship between adult and child BMI change” er ein kvalitativ artikkel skriven av P.M. Watson, L. Dugdill, K. Pickering, S. Bostock, J. Hargreaves, L. Staniford & N. T. Cable. Forfattarane ville undersøkje korleis involvering av vaksne familiemedlem påverka resultatata for behandling av overvektige

barn. Dei fann at barna som hadde vaksne i husstanden som òg reduserte sin KMI, hadde større sannsyn til å redusere eigen KMI. I tillegg hadde barna ein større KMI-reduksjon enn barn som hadde vaksne som opprettholdt eller auka sin KMI. Funna tyder på at aktiv involvering av vaksne familiemedlem i vekttap-prosessen betrar resultata for behandling av overvektige barn.

Den neste artikkelen ser òg på viktigheita av at familien deltek i behandlingsarbeidet, men går meir i djupna på korleis ulike familietiltak påverkar kroppsvekta til det overvektige barnet. "Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: a systematic umbrella review" er ein kvantitativ artikkel skriven av A. Cislak, M. Safron, M. Pratt, T. Gaspar & A. Luszczynska. Forfattarane ville analysere samanhengane mellom familievariablar og barn/ungdom, kroppsvekt, kosthald og fysisk aktivitet. Resultata viste at sunn ernæring hjå barn/unge var relatert til foreldreovervåking, men også fleire åtferdsspesifikke familievariablar. Døme på dette er: manglande restriktiv kontroll over val av mat, høgt inntak av sunn mat, lågt press rundt matsituasjonen, samt lågt inntak av usunn mat blant foreldre og søsken.

4.4 Oppfølging

"Mødre til barn med overvekt - erfaringer og utfordringer" er ein kvalitativ studie skriven av I. Akselbo og O. Ingebrigtsen. Hensikta med studien var å undersøkje korleis mødre av overvektige barn opplevde at dei vart møtt i helsetenesta. Gjennom samtalar, observasjonar og skriftleg materiale viste studien at overvektige barn i liten grad får den behandlinga og oppfølginga dei har behov for. Døme på tiltak som vart føreslått var diett og jamlege kontrollar. Det vart òg lagt vekt på viktigheita av at ein har tru på at tiltaka skal lukkast, samt at meistringsteori kan vere eit viktig verktøy både i behandlinga og oppfølginga.

Artikkelen "Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Sweedish child health centers" går djupare inn i oppfølginga av barn med fedme. Den tek for seg korleis interaksjonen mellom sjukepleiarar og foreldre kan bidra til å promotere sunn vektauke og hindre utvikling av overvekt og fedme blant barn. Dette er ein kvalitativ studie skriven av S. Regber, S. Mårild &

J. J. Hanse. Resultata viste at god systematisk organisering kring helsevisittar la eit godt grunnlag for førebygging av overvekt. Studien fann at helsepersonell er ideelle for å identifisere barn med risiko for utvikling av fedme, og spelar ei viktig rolle i førebygging av overvekt.

5. Drøfting

5.1 Overvekt- og fedmeutvikling

Ifølgje tal gitt av Verdsbanken, er Noreg blant dei landa med høgast grad av fedme i verda (Shekar & Popkin, 2020, s.4). I dag har nær ein million nordmenn fedme (Bordvik & Hafstad, 2019). Biehl et al. (2013, s. 3) viser i sin rapport at 19% av norske barn har overvekt og 4% har fedme. Det er tydeleg at denne auken vil fortsetje. Ifølgje Lobstein & Jackson-Leach (2016, s. 322) kan ein forvente at 15,8 % av alle verdas barn vil vere overvektige i 2025. I tillegg vil 5,4% ha fedme. Ein ser altså at Noreg allereie ligg over det forventa internasjonale gjennomsnittet for barn med overvekt for 2025. Til tross for at styresmakter er blitt merksame på utviklinga, meiner Lobstein & Jackson-Leach (2016, s. 325) at det ikkje er grunn til å tru at dette vil snu. Det er derimot grunn til å tru at dei overvektige barna vil utvikle fedme og ta med seg dette inn i vaksenlivet, saman med dei komplikasjonane dette fører med seg.

5.2 Kvifor førebygge?

I Noreg er det ein fedmeauke på 44% sidan 2000. Ifølgje Bordvik & Hafstad (2019) vil dette koste Noreg 68 milliardar kroner årleg. Studiar viser at overvekt har fleire kjente risikofaktorar for kardiovaskulære sjukdomar og diabetes (Watson et al., 2011, s. 445). Dersom ein ser dette i eit sjukepleie- og samfunnsperspektiv vil førebygging av overvekt kunne redusere talet sjukehusinnleggingar i framtida. Gjennom dette vil ein også kunne førebygge andre sjukdomar og tilstandar. Matyka (2009, s. 227) underbyggjer dette og viser at ved å førebygge overvekt, vil ein òg førebygge utviklinga av diabetes type 2. Denne utviklinga er den største bekymringa ein har når det kjem til barn med fedme. Tal lagt fram

av Lobstein & Jackson-Leach (2016, s. 323) viser at denne bekymringa er reell då ein kan forvente at 4 millionar barn i verda vil utvikle diabetes type 2 innan 2025.

Vidare vil ein altså ved å førebygge overvekt og fedme, og dermed også diabetes type 2, kunne spare samfunnet for store kostnader. Dei totale kostnadane av diabetes i Noreg var 516 millionar euro i 2011. Dette tilsvarar over 5 milliardar norske kroner (Sørensen et al., 2016, s.124). Likevel er det ikkje berre samfunnet som vil lide i form av høge kostnader, pasientane vil òg oppleve store personlege tap. Ein frykta komplikasjon av diabetes type 2 er beinamputasjon som følgje av diabetiske fotsår. Kvart år må mellom 400-500 diabetespasientar i Noreg amputerast over ankelen. Ved å førebygge ein amputasjon sparer ein samfunnet for ein million kroner (Stranden, 2019).

Til tross for store samfunnskostnader, må ein ta hensyn til barnet sin livskvalitet når ein vurderar oppstart av fedmebehandling. På den eine sida viser Helsedirektoratet (2010, s. 54) at barna kan oppleve store personlege kostnader som følgje av overvekta, til dømes mobbing. Jamfør Akselbo & Ingebrigtsen (2015, s. 461) opplever mange barn mobbing på skulen som følgje av overvekt. Vi som sjukepleiarar kan difor møte desse barna på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk som ein potensiell konsekvens av mobbing og dårleg sjølvtilitt (Helsedirektoratet, 2010, s. 53). Mange av dei overvektige barna vil i tillegg utvikle diabetes type 2 seinare i livet. Frå praksis har vi erfart at vi som følgje av dette kan møte dei igjen på alle avdelingar. Vi har observert at diabetespasientane har fleire utfordringar som følgje av tilstanden sin, til dømes dårlegare sårtilheling og auka infeksjonsrisiko. Vi ser altså at diabetes type 2 ikkje berre gir oss diabetespasientar, men òg potensielle rullestolpasientar, pasientar med psykiske lidingar, auka tal trygdeordningar og kanskje pasientar som treng dagleg hjelp i heimen. Diabetes type 2 vil altså kunne endre livet til pasienten på mange områder, fordi diabetes handlar om meir enn å berre måle blodsukkeret jamnleg.

På den andre sida ser ein at behandling av overvekt og fedme er ein tidkrevjande prosess som vil krevje lang innsats frå både pasienten, familien og helsepersonellet. Mange pasientar vil trengje livslang støtte som vil krevje mykje av oss som sjukepleiarar, men òg eit tverrfagleg samarbeid. Difor er det viktig at alle partar er motivert for arbeidet, og er villig til å leggje ned den innsatsen som trengst.

5.3 Kommunikasjon til barn og foreldre

Korleis kan sjukepleiaren bidra i førebyggingsarbeidet? Travelbee meinte at kommunikasjon var eit gunstig reiskap når ein skal yte god sjukepleie (Eide & Eide, 2007, s. 136). På den eine sida må kommunikasjonen tilpassast kven ein snakkar med. I samtale med barn må ein ta hensyn til at dei er på ulike utviklingstrinn. Eide & Eide (2007, s. 365) legg vekt på at ein må nytte hjelpemiddel tilpassa alderen på barnet. Samstundes må ein vurdere barnet si kognitive utvikling, fordi dei utviklar seg i ulikt tempo. På den andre sida vil kommunikasjonen vere styrt av lovverket og ynskja til foreldra. Ifølgje Akselbo & Ingebrigtsen (2015, s. 459) etterlys mødre til barn med fedme samtalar med helsepersonell utan at barnet er tilstades. Likevel seier Barnelova at eit barn som er fylt 7 år eller yngre, som er i stand til å setje synspunkt, har rett til informasjon og moglegheit til å seie sine meiningar. I tillegg ser ein at etter fylte 12 år skal det leggjast stort vekt på kva barnet meiner (Barnelova, 1981, § 31).

Det kan vere vanskeleg for foreldra å innsjå at barnet deira er overvektig. Ettersom det å snakke om overvekt og fedme hjå barn kan vere eit sensitivt tema, vil det for mange sjukepleiarar følest ut som om ein kritiserar oppdragelsesmetoden til foreldra. Dette vil gjelde når foreldra er overvektige sjølve, då det kan opplevast som kritisering av deira livsstil. Det vil òg gjelde når ein snakkar med foreldre som er normalvektige, då det kan følast som kritikk av deira oppdragessevne. Konsekvensane av dette kan bli at sjukepleiarane unngår å ta opp temaet. Sett fra ei anna side ser mange det som si plikt å snakke om overvekt blant barn (Regber et al., 2013, s. 5). Sjukepleiaren vil då fungere som «pasienten sin advokat». I denne situasjonen vil dette innebære at vi skal stå opp for det vi meiner er det beste for barnet.

Når ein tek opp temaet må ein sørgje for at ein kommuniserar med foreldra på ein forståeleg måte. Dei vil vere dei viktigaste hjelparane, spesielt dess yngre barna er. Utan forståing frå foreldra si side vil det vere vanskeleg å nå fram med ei endring på barna sine vegne. I tillegg må sjukepleiarane vere forberedt på at foreldra kan reagere på ulike måtar. Nokre kan reagere med lettelse for at helsepersonell tek opp problemet, andre kan reagere

med fornektelse og sinne (Øen, 2012, s. 204). Uansett reaksjon, vil det vere viktig at foreldra føler seg sett og ivaretatt. Spesielt dei foreldra som sjølv er overvektige kan oppleve det som vanskeleg å ta kontakt. Jamfør Akselbo & Ingebrigtsen (2015, s. 460) føler desse foreldra seg ofte stigmatisert av helsepersonell.

5.4 Familieinvolvering

I behandlingstilnærminga er det viktig at heile familien skapar sunne vanar for aktivitet og mat. Ifølgje Akselbo & Ingebrigtsen (2015, s. 459) rapporterer foreldra sjølv at det er viktig å starte endringa i god tid, før både barnet og familien blir fastlåst i usunne vanar. Studien til Watson et al., (2011, s. 450) viser at dersom ein greier å inkludere foreldra som aktive medspelarar i livsstilsendringa, er dette med på å betre effekten behandlinga har for barna. På denne måten kan også foreldra registrere eigen aktivitet og kosthald, og i tillegg ha eigne målsettingar for å oppnå positive endringar. På den eine sida kan dette gje følelsen av at familien jobbar saman som eit team. Vidare kan det gje foreldra ein betre forståelse av korleis det opplevast å måtte gjere livsstilsendringar. Då kan ein i tillegg unngå at det blir oppfatta som «barnet sitt problem». Det er òg funne støtte for at foreldre si emosjonelle og praktiske støtte har stor betydning for livsstilsvanar (Cislak et al., 2011, s. 328).

På den andre sida seier Akselbo & Ingebrigtsen (2015, s. 458) at foreldra kan oppleve det som ei stor påkjenning å få ansvaret for å motivere barnet sitt for ei livsstilsendring. Danielsen (2014, s. 29) støttar dette, og viser til at erfaringar frå familiar som oppsøker hjelp til behandling av fedme synest samspelet rundt matsituasjonen er krevjande. Då kan det vere viktig at foreldra får tips til korleis dei kan etablere faste reglar og rutinar, slik at det ikkje er rom for forhandling. Det innberer til dømes kva måltidet består av og regulering av porsjonsstørrelsar. Dette speglar informasjon vi har fått frå barnepoliklinikken. Der fortalde sjukepleiaren at foreldra må ta ansvar rundt matsituasjonen på ein slik måte at barna ikkje opplev det som kritikk (Barnepoliklinikk, personleg kommunikasjon, 27.april 2020). Cislak et al., (2011, s. 328) underbyggjer dette, og legg i tillegg vekt på at eit høgt inntak av sunn mat og eit lågt inntak av usunn mat vil vere positivt. Samstundes vil det vere viktig å motivere foreldra til å involvere barna innanfor gitte rammer (Danielsen, 2014, s. 29). Til dømes bør

det alltid vere grønsaker inkludert i middagen, men barnet kan få bestemme kva type. Slik vert barna inkludert og det blir ei felles avgjerdsle innanfor rammene.

5.5 Hjelpemiddel i førebyggingsarbeidet

Ifølgje Helsedirektoratet (2010, s. 54) er målgruppa for fedmebehandling både foreldra og barna. Behandlinga fokuserar på tre områder, der det eine er motivasjonen for ei atferdsendring. Som helsepersonell må ein ta hensyn til at barna og foreldra har ulik motivasjon for endring. For barna er motivasjonen ofte knytt til utsjånad, og det å passe inn med andre barn. Derimot er det knytt til at barnet skal få auka livskvalitet og betre sjølvbilete for foreldra (Helsedirektoratet, 2010, s.42). Dette vert underbygd av Akselbo & Ingebrigtsen (2015, s. 457) som fortel at foreldre som sjølv har vore overvektige i barndommen er bekymra for barna, då dei veit av eigen erfaring kva utfordringar barna vil møte i sosiale forhold. Å oppleve meistring er essensielt for å lukkast med åtferdsendringa. Dette vil kreve langvarig innsats frå både pasient, familie og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2010, s. 41). Akselbo og Ingebrigtsen (2015, s. 461) leggjer òg vekt på at meistringsteori kan vere eit nyttig verktøy i både behandlinga og oppfølginga. Travelbee meinte at dette kunne oppnåast gjennom god kommunikasjon (Eide & Eide, 2007, s. 136). Gjennom MI kan helsepersonell hjelpe familien å utforske motivasjonen, utfordringar og suksessar. Dette vert støtta av Danielsen (2014, s. 57) som syner at metoden har vist positive resultat ved livsstilsendring.

Vidare fortel Regber et al. (2013, s. 10) at visuell bruk av KMI-skjema i samtale med foreldra kan gjere det lettare for sjukepleiarar å ta opp og forklare vektutviklinga til barnet. På den eine sida kan ein ved jamnleg bruk av KMI-skjema tidleg setje i verk tiltak for å hindre uheldig utvikling. Danielsen (2014, s. 45) viser at barna i ein tidleg fase ikkje nødvendigvis vil oppleve vekta som ei hindring. Difor kan foreldra gjere små endringar på dette stadiet utan at barna er involvert i det heile teke. Ein annan fordel er at barna då kan «vakse» seg inn i ei normal vekt. På den andre sida ser ein at ukonsekvent bruk og manglande opplæring av verktøyet kan hindre oppdaging av uheldig vektutvikling på eit tidleg stadium (Regber et al., 2013, s. 10). Samstundes viser Biehl et al., (2013, s. 3) at ved bruk av KMI-verdiar for vaksne vert mange barn feilaktig klassifisert som overvektige. I studien deira ser vi at ved å bruke

iso-KMI er 19% av norske barn klassifisert som overvektige. Derimot er dette talet auka til 27,6% dersom ein brukar KMI-verdiar for vaksne. Her ser ein kor viktig det er å nytte kjønns- og aldersjusterte KMI-verdiar for å få reliable resultat.

6. Konklusjon

Overvekt og fedme er eit stort helseproblem blant barn og unge i dagens samfunn. Dersom ein tidleg går inn og førebygger overvekt og fedme, kan ein forhindre utvikling av diabetes type 2 hjå barn, og alvorlege sekundære komplikasjonar i vaksen alder. Dette vil også kunne spare samfunnet for store kostnader. I tillegg kan ein forhindre at pasientane opplev store personlege tap som følgje av sjukdomen. Sjukepleiaren sine tiltak vil i stor grad bestå av informasjon og rettleiing. Dei kan hjelpe barn og foreldre ved å gje ernæringsråd, bruke vektstyringsprogram som KMI-skjema og nytte motiverande samtalar. Kommunikasjonen vil vere til både barna og foreldra, men må tilpassast barnet si kognitive utvikling. Foreldra vil vere barnet sine viktigaste hjelparar. Sjukepleiaren sine handlingar må difor inkludere heile familien, då det er vanskeleg for overvektige barn å endre kosthaldsvanar dersom ein ikkje blir støtta av familien. Før ein startar med behandling og livsstilsendring må ein vurdere alle sider, fordi det vil krevje mykje av både pasient, familie og helsepersonell. Vidare vil det vere viktig å starte førebygginga i ein tidleg fase, fordi det vil vere lettare å gjere ei endring dess yngre barnet er. Sjukepleiaren kan med fordel samarbeide tverrfagleg for å handtere overvekt og fedme blant barn, då det er eit viktig helseproblem med langvarige konsekvensar.

Kjelder:

- Akselbo, I. & Ingebrigtsen, O. (2015). Mødre til barn med overvekt: erfaringer og utfordringer. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(5), 453-463. Henta frå: [https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2015/04/moedre til barn med overvekt erfaringer og utfordringer](https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/nsf/2015/04/moedre%20til%20barn%20med%20overvekt%20erfaringer%20og%20utfordringer)
- Barnelova. (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Henta frå: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7#KAPITTEL_6
- Barnett, A. H. & Kumar, S. (Red.). (2009). *Obesity and Diabetes* (2.utg.). Chichester: Wiley-Blackwell
- Biehl, A., Hovengen, R., Grøholt, E-K., Hjelmesæth, J., Strand, B. H. & Meyer, H. E. (2013). Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study. *BMC Public Health*, 13(842), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-842>
- Bjørnarå, H. B., Torstveit, M. K. & Bere, E. (2017). Fysisk aktivitet og vektreduksjon. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 11(137), 785-786. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0378>
- Bordvik, M. & Hafstad, A. (2019, 5. juli). Fedme koster Noreg 68 milliardar kroner årleg. Henta frå: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/05/07/fedme-koster-norge-68-milliarder-kroner-arlig/>
- Cislak, A., Safron, M., Pratt, M., Gaspar, T. & Luszynska, A. (2011). Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: a systematic umbrella review. *Blackwell Publishing Ltd, Child: care, health and development*, 38(3), 321-331. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01285.x>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, Y. S. (2014). *Fedme hos barn: Intervensjoner og atferdsendringer i praksis* (1.utg.). Oslo: Kommuneforlaget
- Diabetesforbundet. (2019, 15. november). Barn. Henta frå: <https://www.diabetes.no/barn/>

Diabetesforbundet. (2019, 02. oktober). Årsaker til diabetes. Henta frå:

<https://www.diabetes.no/leksikon/a3/arsaker-til-diabetes/>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjonar: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2017, 11. oktober). Flere barn med fedme i verden, stabil andel i Noreg.

Henta frå: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/flere-barn-med-fedme-i-verden-stabil-andel-i-norge/>

Folkehelseinstituttet. (2017, 4. oktober). Overvekt og fedme i Noreg. Henta frå:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Henta frå:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Henta frå:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonale diabetesplan 2017-2021*. Henta frå:

https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonale_diabetesplan_171213.pdf

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (IS-1734)*. Henta frå:

<https://www.kostverket.no/innhold/Delte%20dokumenter/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>

HVL. (u.å). Søk etter fagressursar. Henta frå: <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?query=medli>

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?query=medli>

Jåtun, B. M. (2012). Utredning og behandling av fedme hos barn og unge. I G. Øen (Red.), *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (93-103). Bergen:

Fagbokforlaget

Kostverktøyet. (2020, 7. februar). Forekomst av barnefedme. Henta frå:

<https://www.kostverktoyet.no/helsepersonell/fakta/Forekomst%20av%20barnefedme>

Lobstein, T. & Jackson-Leach, R. (2016). Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-aged children in 2025. *Pediatric Obesity*, 11(5): 321-325.

<https://doi.org/10.1111/ijpo.12185>

Matyka, K. A. (2009). Childhood obesity and type 2 diabetes. I A. H. Barnett & S. Kumar (Red.), *Obesity and diabetes* (2.utg, 221-245). Chichester: Wiley-Blackwell

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie* (5.utg., bind 2, s.51-82). Oslo: Gyldendal Akademisk

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Gravetholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Norsk sykepleierforbund (2019). Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag. Henta frå:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2006). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).

Regber, S., Mårild, S. & Hanse, J. J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 12(27), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-27>

Shekar, M. & Popkin, B. (2020). Executive Summary. I M. Shekar & B. Popkin (Red.), *Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge* (s. 1-18). Henta frå:

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/32383/9781464814914.pdf>

- Stranden, A. L. (2019, 20.august). Slik kan halvparten av beinamputasjonene unngås. Henta frå:
<https://forskning.no/diabetes-forebyggende-helse-medisinske-metoder/slik-kan-halvparten-av-beinamputasjonene-unngas/1367616>
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Syse, A. (Red.). (2017). *Norges lover: lovsamling for helse- og sosialsektoren 2017-2018* (27.utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk
- Sørensen, M., Arneberg, F., Line, T.M. & Berg, T.J. (2016). Cost of diabetes in Norway 2011. *Diabetes research and clinical practise* 122 (2016), 124-132
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.10.012>
- Vergemålsloven. (2010). Lov om vergemål (LOV-2010-03-26-9). Henta frå:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9>
- Watson, P. M., Dugdill, L., Pickering, K., Bostock, S., Hargreaves, J., Staniford, L. & Cable, N. T. (2011). A whole family approach to childhood obesity management (GOALS): Relationship between adult and child BMI change. *Annals of Human Biology*, 38(4): 445-452
<https://doi.org/10.3109/03014460.2011.590531>
- Webber, J. (2009). Changing epidemiology of obesity: implications for diabetes. I A. H. Barnett & S. Kumar (Red.), *Obesity and diabetes* (2.utg, 1-12). Chichester: Wiley-Blackwell
- Øen, G. (Red.). (2012). *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Øen, G. (2012). Samhandling og kommunikasjon om overvektproblematikk. I G. Øen (Red.), *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (193-212). Bergen: Fagbokforlaget
- Øen, G. (2012). Forebygging av fedme hos barn og ungdom. I G. Øen (Red.), *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (237-257). Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1: PICO-skjema

<u>Patient/problem</u>	<u>Intervention</u>	<u>Comparison</u>	<u>Outcome</u>
Barn med overvekt/fedme	Tiltak som <u>førebygger</u> diabetesutvikling: <ul style="list-style-type: none">- Kommunikasjon- Foreldreopplæring- Informasjon- Atferdsendring- Motivasjon- Vektnedgang	-	<ul style="list-style-type: none">- Unngå diabetesutvikling- <u>Førebygge</u>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Sissel Hjelle Øygaard		

Deltaker

Naun:	Julie Helle Felde
Kandidatnr.:	346
HVL-id:	573447@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	23		
Antall ord *:	6513		
Sett hake dersom besuarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei