



Den tunge helseutfordringen

Hvilke tilnæringsmåter kan helsesøster benytte i arbeidet med overvektige barn og deres familier?

av

Synnvor Sørstrand Andreassen
Kandidatnummer 5

Being heavy – today's Health Challenge

Which interventions may be used by district nurses when working with obese children and their families?

Emnekode og navn: SK 152 Bacheloroppgave i sykepleie

Innleveringsdato: 19.10.12

Tal ord: 6995

Rettleiar: Kari E. Tvedt

Sammendrag

Tittel

«Den tunge helseutfordringen»

Bakgrunn for valg av tema

Overvekt og fedme er en av vår tids store trussel mot folkehelsen, og antall barn med fedme øker drastisk. Formålet med denne oppgaven er å se nærmere på hva som er effektivt i arbeidet med overvektige barn, slik at jeg som fremtidens sykepleier kan møte barna med god kompetanse. Jeg valgte temaet barn og overvekt, da dette er et veldig aktuelt tema verden over, og av personlig interesse.

Problemstilling

Hvilke tilnæringsmåter kan helsesøster benytte i arbeidet med overvektige barn og deres familier?

Fremgangsmåte

Oppgaven er en litteratur studie. Søk etter litteratur har jeg gjort i ulike kilder som BIBSYS, pensumlister og kvalitetssikre databaser. Jeg har benyttet ulike søkeord i forskjellige kombinasjoner på de ulike stedene.

Oppsummering

Det er kjent at behandling av overvekt og fedme er mer effektiv når man benytter seg av psykologiske strategier som kognitiv terapi og atferdsterapi, gjerne sammen med tilnæringsmetoden MI, hvor man kan få inn informasjon og veiledning om fysisk aktivitet og ernæring. Det vises at intervensjoner som er individuelt rettet, både mot barnet og familien, og de som tar utgangspunkt i innsikt hos familien og dens vaner og atferdsendringer deretter har effekt. Varsom og støttende tilnærming, for å skape god relasjon, er hensiktsmessig.

Summary

Title

Being heavy – today's Health Challenge

Background

Overweight and obese are one of today's biggest threats against public health, and number of children with obese is drastically increasing. The purpose with the thesis is to examine what's effective when working with obese children in order for me, as a future nurse, to meet these children with adequate skills. I chose to write about children and obesity, as it's a current topic in today's society, and out of personal interest.

Problem to be addresses

Which interventions may be used by district nurses when working with obese children and their families?

Procedure

This thesis is based on the "study of literature" method. When searching for literature, I used different channels such as lists of curriculum, BIBSYS and quality assured databases. I've used keywords in different combinations.

Summary

It's known that treatment of overweight and obesity are effective when using psychological strategies, such as cognitive therapy and behavioral therapy. Together with Motivational Interviewing, information and guidance on physical activity and nutrition makes it effective. It's shown that intervention which is individual for the children and their families, and those who are based on the insight of the family and their habits, and making changes thereafter, appears effective. Careful and supportive approach is necessary.

Innholdsliste

Sammendrag

Summary

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemstillingen.....	5
1.3 Avgrensninger	5
1.4 Definisjon av begrep	5
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	6
2.0 Fremgangsmåte	7
2.1 Søke og utvalgsprosessen.....	7
3.0 Teoridel	9
3.1 Overvekt og fedme	9
3.2 Årsaker	9
3.3 Konsekvenser	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.4 Kosthold og fysisk aktivitet.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.5 Helsesøsters rolle i behandling	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.6 Intervensjoner helsesøster kan bruke	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.0 Drøfting	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.0 Svakheter og styrke	Feil! Bokmerke er ikke definert.2
6.0 Konklusjon	Feil! Bokmerke er ikke definert.3

Litteraturliste

Vedlegg 1 – iso-KMI

Vedlegg 2 – Eksempel på søk i databaser

1.0 Innledning

Forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge har hatt en skremmende økning de siste tiårene. I følge (World Health Organization [WHO], 2011) har fedme over hele verden mer en doblet seg siden 1980. I 2010 var det mer en 40 millioner overvektige barn under fem år. Tilfellene viser seg over store deler av verden, men mest i den vestlige delen. Det er blitt anslått at 34% av barn i USA er overvektige, og 16% er fete (Helsedirektoratet, 2010, s.14). I Europa er forekomsten størst i sør, der rundt 25% av barna er overvektige og 10-15% har fedme (IASO, 2011). Norske tall viser at 14,7% av 9årige jenter var overvektige og 4,7% hadde fedme. Blant gutter i samme alder var 12,8% overvektige og 2,8% hadde fedme (Helsedirektoratet, 2010, s.14.).

Tallene viser at fedme og overvekt øker i den norske befolkningen. Samtidig ser vi at det er en økende grad av fysisk inaktivitet i hverdagen. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme. Formålet med disse retningslinjene er å sikre faglig forsvarlig arbeid med overvekt og fedme i primærhelsetjenesten og bidra til godt samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s.8-10).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg valgte temaet barn og overvekt, da dette er et veldig aktuelt tema verden over. Overvekt og fedme representerer en av vår tids største trussel mot folkehelsen, hvor antall barn med overvekt og fedme øker drastisk, og stadig flere barn får sykdommer som følge av overvekt og fedme (Skandsen og Birketvedt, 2012). Personlig interesserer jeg meg for trening og kosthold, og har lagt merke til oppmerksomheten temaet får i både media og politikk.

I Samhandlingsreformen som tredde i kraft 01.01.12 står det at dens formål er å behandle sykdommer tidligere, forebygge mer og samarbeide tverrfaglig. Dens målsetning er at flest mulige tjenester skal skje nærmest mulig forbrukeren i kommunen (Helsedirektoratet, 2011b). I en oversiktsstudie utført av Oude et. al.(2009, s.16) vises det utslagsgivende dersom behandlingsintervensjonene er tilgjengelig nært hjemmet. Helse- og omsorgsloven sier også at kommunen skal spre opplysninger, gi råd og rettledning, samt øke interessen for hva hver enkelt person kan gjøre for å fremme egen sunnhet (Helsedirektoratet, 2011c). I en av praksisene har vi som sykepleierstudenter deltatt i helsefremmende og forebyggende arbeid,

for å få en forståelse av det som står i rammeplanen til sykepleierutdanningen om at en av sykepleierfunksjonene er å delta i tverrfaglig planarbeid og bidra til å gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak i kommuner og lokalmiljø (Kunnskapsdepartementet, 2008). På grunnlag av dette og økende overvekt blant barn, kan man se at behandling av overvekt hos barn er en viktig oppgave for helsesøstre i kommunehelsetjenesten nå og i fremtiden. Jeg ønsker derfor å lære mer, samt å belyse dette i oppgaven. Med økt kunnskap på området kan man møte og behandle overvektige barn på en bedre måte.

1.2 Problemstillingen

Hvilke tilnæringsmåter kan helsesøster benytte i arbeidet med overvektige barn og deres familier?

1.3 Avgrensninger

Det er mye å diskutere ved et så komplekst tema. Jeg velger derfor å avgrense meg ved å fokusere på barn i barneskolealder. Barna er i fokus, men jeg vil inkludere foreldrene, da selve grunnlaget for en eventuell livsstilsendring starter med familien og tidlig i barndommen (Maziak, Ward and Stockton, 2007,s.2). Jeg velger å utelukke søsken og øvrige familiemedlemmer, og tar utgangspunkt i at barna og foreldre blir møtt gjennom kommunehelsetjenesten, hvor oppfølging stort sett er hos helsesøster.

For å belyse problemstillingen vil jeg komme innom tema som KMI, kosthold, fysisk aktivitet, familie, skolehelsetjeneste, retningslinjer og utfordringene når det gjelder behandling og tilnæringsmåter i møte med overvektige barn og deres familier. Jeg velger å utelukke medikamentell behandling og kirurgi, da dette bør være i regi av spesialisthelsetjenesten og et tilbud til utvalgte ungdommer (Helsedirektoratet, 2010,s.12).

1.4 Definisjon av begrep

Sentrale begreper knyttet til problemstillingen som jeg ønsker å definere er; barn, helsesøster, overvekt og fedme.

Barn

I følge FNs barnekonvensjon (2000) er barn alle mennesker under 18 år. I andre sammenhenger er man barn frem til 12-års alder, deretter ungdom frem til tidlig voksen alder (Grønseth og Markestad, 2006,s.34).

Helsesøster

Helsesøstre er offentlig godkjente sykepleiere som har tatt videre utdannelse i helsefremmende og forebyggende arbeid, inklusive forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge. Helsesøstre har en sentral rolle i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og er den som møter brukerne av helsetjenesten, samt den som trekker inn annen aktuell kompetanse, der det er behov (Helsedirektoratet, 2004,s.12).

Overvekt

Overvekt defineres som høyere kroppsvekt enn det som er vanlig for den aktuelle kroppslengden, og defineres vanligvis som KMI mellom 25 og 30 (Nylenna, 2009,s.344). KMI blir utdypet under teoridelen.

Fedme

Fedme er uttalt overvekt med kroppsmasseindeks over 30 (Nylenna, 2009,s.137). En mer fordypende forklaring, og i henhold til barn, vil komme under teoridelen.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Videre i denne oppgaven kommer et kapittel om metoden og fremgangsmåten for innhenting av kunnskap. Kapittel 3 er teoridelen hvor jeg tar for meg overvekt og fedme, årsaker og konsekvenser, kosthold og fysisk aktivitet, samt behandling og intervensjoner brukt i behandlingen av overvekt. I kapittel 4 vil jeg drøfte problemstillingen opp i mot valgt teori, forskning og refleksjoner. Deretter vurderer jeg svakheter og styrke ved min oppgave, før det kommer en avsluttende konklusjon.

2.0 Fremgangsmåte

I dette kapitlet vil jeg først vise til hvilken metode jeg har brukt, for så å ta for meg søke- og utvalgsprosessen jeg har benyttet for å innhente kunnskap.

Jeg har valgt å benytte meg av litteraturstudie for å besvare min problemstilling. I litteraturstudie brukes allerede eksisterende kunnskap for å finne svar på en problemstilling (Bjørk og Solhaug, 2008,s.55).

2.1 Søke og utvalgsprosessen

I følge Bjørk og Solhaug (2008,s.55) kan en god søkestrategi hjelpe en til å finne frem til relevant litteratur, samt å holde det irrelevante utenfor. Før jeg startet søke- og utvalgsprosessen bestemte jeg meg for at søkene og litteraturen jeg ønsket å finne, kunne være både på norsk og engelsk, og at det skulle avgrenses til nyere dato, helst ikke mer enn 5-6år gammelt.

Jeg har benyttet både manuelt søk og søk i ulike databaser. Manuelt søk vil si at jeg har sett på forskjellige referanselister i oppgaver, bøker og artikler. I databasene har jeg brukt forskjellige søkeord og kombinasjoner. Et eksempel på dette, vises i vedlegg 2. For å sikre kvaliteten av studier og artikler, har jeg vurdert dem gjennom sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapsenteret, 2008).

Jeg har brukt databasene SveMed+, PubMed, UpToDate og cochrane. Nedenfor vil jeg presentere søkene til artiklene jeg valgte, og hvorfor jeg har valgt dem. Videre skriver jeg litt om hvordan jeg har funnet relevante bøker, og annen litteratur.

I SveMed+ brukte jeg søkeordene «fedme AND barn». For å avgrense søkene haket jeg av for peer reviewd og fulltekst artikler, hvor jeg fikk 66 treff.

Der fant jeg studien «*We've always eaten healthy*». Her ser de på familiens innsikt i barnets overvekt, utviklingen av dets overvekt og hva som er motivasjonen til at de tar tak i problemet. Dette er noe som er relevant for min oppgave, da jeg også ønsker å se på studier hvor de får innsikt i familien, og da funnene kan brukes i min oppgave.

I PubMed valgte jeg kombinasjonen «childhood obesity worldwide», og for å avgrense valgte jeg artikler fra de siste fem årene. Dette ga 143 treff, og jeg fant artikkelen; «*Childhood obesity: Are we missing the big picture?*» Denne artikkelen valgte jeg da den tar for seg hva som eventuelt ligger bak det faktum at vi feiler med å respondere på fedmeepidemien. Det er

vesentlig å ta for seg, da arbeid med og behandling av overvekt og fedme er med på å redusere forekomsten av det mange vil kalle pågående epidemi.

I UpToDate brukte jeg søkeordene «obesity children» og fikk opp mange treff, hvorav de første omhandlet barn og overvekt. Jeg valgte; «*Management of childhood obesity in the primary care setting*», da denne tar for seg hvordan man kan håndtere en overvektig barndom i helsetjenesten, og inneholder mange råd og tips.

Cochrane har jeg også brukt. Med søkeordene children + obesity, fikk jeg 9 treff ved å hake av for cochrane reviews. Jeg ente med «*Interventions for treating obesity in children*». Dette er en oversiktsartikkel hvor forfatterne har tatt for seg primærstudier om temaet, og systematisk vurdert og oppsummert studiene til en artikkel. Jeg valgte den da det gir meg en god oversikt over studier og resultater innenfor mitt valgte tema, og da jeg kan være sikker på kvaliteten av denne artikkelen.

For å finne relevante bøker, brukte jeg skolens database, BIBSYS, med søkeordet fedme. Der fikk jeg opp 146 treff, og bladde meg igjennom til jeg fant Gudbjørg Øens «Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse». Jeg fant også Fedon Lindberg sin bok «barn i balanse». Denne boken tar for seg kosthold og fysisk aktivitet hos barn, noe som er en vesentlig del ved behandlingen av fedme og overvekt. Annen litteratur har jeg funnet tilfeldig etter hvert som jeg trengte mer stoff.

Gjennom helsedirektoratet har jeg funnet nasjonale retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt blant barn, samt nasjonale retningslinjer for veiing og måling i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Dette er relevant, da det er rammeverk for behandlingen av overvekt og fedme.

3.0 Teoridel

I dette kapitlet vil jeg fortsette på definisjonen av overvekt og fedme, og si litt om årsaker og konsekvenser. Deretter kommer litt om kosthold og fysisk aktivitet før jeg tar for meg ulike deler innenfor behandling av overvekt hos barn. Avslutningsvis kommer litt om atferds terapeutiske prinsipp og motiverende samtale.

3.1 Overvekt og fedme

I det meste av litteraturen jeg har brukt, brukes begrepene overvekt og fedme med samme betydning. Jeg velger derfor å benytte begrepene om en annen. Overvekt og fedme defineres ut fra kroppsmasseindeks (KMI). Denne beregnes ved å dividere vekten (kg) med kvadratet av høyden (m^2): $KMI = kg/m^2$. Barn har redusert skjelett- og muskelmasse før puberteten, og jenter utvikles tidligere enn gutter. Derfor er det internasjonalt blitt anbefalt kjønns- og aldersjusterte grenser for overvekt og fedme hos barn. Disse blir kalt for iso-KMI, og er stimulert KMI hos voksen (Helsedirektoratet, 2010,s.15). I følge Jåtun (2012,s.52) er det mange studier som viser økt risiko for sykdom og dødelighet fra KMI 25 og særlig fra KMI over 30. Dette gir grunnlag for å anta at det samme gjelder for barn. International Obesity Task Force (IOTF) har en definisjon av overvekt og fedme hos barn. Grenseverdien for overvekt er da iso-KMI 25, og for fedme iso-KMI 30 (Jåtun, 2012,s.53). Grensene fremgår av tabeller eller kurver (Vedlegg 1) der barnets aktuelle KMI plottes inn mot alder.

Kategoriseringen utføres ved å vurdere plasseringen av KMI-verdien i forhold til iso-KMI grenseverdiene. KMI tar utgangspunkt i kroppshøyden, men ikke hvordan vekten er fordelt på kroppen. Midjemål blir derfor også benyttet for å følge graden av fedmen hos barnet over tid, og eventuelle endinger (Helsedirektoratet, 2010,s.15).

3.2 Årsaker

På tross av all kunnskap om hva som skaper positiv energibalanse, overvekt og fedme, fortsetter mange barn å øke kroppsvekten. På verdensbasis kaller mange det en epidemi, en fedmeepidemi (Øen, 2012,s.29). Overvekt er et sammensatt problem med mange årsaker. Overordnet sett, skyldes overvekt og fedme en langvarig positiv energibalanse. Multifaktoriell (polygen) arv gir ulike evner til å regulere denne balansen. Vanlig overvekt skyldes i 90-95% av tilfellene, multifaktoriell arv kombinert med disponerende miljøfaktorer. De monogene fedmevariantene er derfor meget sjeldne. Dersom et barn har overvektige foreldre er sjansen stor for at barnet også utvikler overvekt (Helsedirektoratet, 2010,s18). Det hevdes at den genetiske disposisjonen for overvekt er viktig, men at samspillet mellom gener og miljø er det som avgjør om det blir utviklet fedme (Jåtun,2012,s.66; Lindberg og Møllerud,2008,s.256).

Foreldre er barnas rollemodeller, og hva de gjør har innflytelse på barnas valg. Studier viser at fysisk aktivitet i barneårene har sammenheng med fysisk aktivitet i voksen alder (Helsedirektoratet, 2010,s.18).

I den siste tiden er verdens befolkning blitt mer sittestillende og benytter seg mindre av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet blir nå sett på som en fritidsaktivitet, og den hverdagslige aktiviteten minker. Personbiler og kollektivtransport bidrar til at den daglige fysiske aktiviteten er blitt kraftig redusert (Jåtun, 2012,s.69). Før var skoleveien en god arena for daglig fysisk aktivitet, men for mange barn er det ikke lenger slik, og foreldre viser til praktiske grunner for å kjøre barna. Barn bruker betydelig mer tid på dataspill, TV og DVD enn utelek. Økt skjermtid kan bidra til utvikling av overvekt gjennom nettopp redusert aktivitet, økt inntak av mat og påvirkning fra næringsmiddelreklame (Helsedirektoratet, 2010,s.21-22).

Tilgangen og tilgjengeligheten på kaloririk mat har økt betraktelig. Populær mat blant barn inkluderer mer fast food, frokostblandinger, brød og sukkerholdige drikker. De store matgigantene har over tid endret ernæringsmønsteret hos mange. Det er billig, smakelig, lett tilgjengelig og vanskelig å unngå når det er massive reklamekampanjer på både fast food, snacks og godterier. Studier viser at reklame har sterk innflytelse på barns mat preferanser, ønsker og forbruk (Maziak et. al,2007,s.2). En pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet (2012) sier at de på bakgrunn av studier om sammenhengen mellom markedsføring og overvekt, ønsker å sette inn forbud for å beskytte barn mot disse markedsføringene.

3.3 Konsekvenser

Fedme og overvekt i barndommen gir en økt risiko for fedme i voksenlivet (Helsedirektoratet, 2010,s.18). Med fedme kommer også følgetilstander, og det finnes mer enn 40 av disse. Både medisinske og psykiatriske tilstander blir assosiert med fedme. Noen oppstår allerede i barne- og ungdomsårene, mens andre først er påvisbare i voksen alder (Jåtun, 2012,s.73). Med overvekt øker risikoen for utvikling av sykdommer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, belastningsskader og ulike kreftformer senere i livet (Lindberg og Møllerud, 2008,s.256).

Psykiske tilstander som blir assosiert med overvekt og fedme er spiseforstyrrelse, angst og depresjon. I følge Øen (2012,s.107-108) blir barn med overvekt og fedme møtt med fordommer og diskriminering fra de er ganske små. Forskning viser at allerede fra 6-årsalder har barn vurdert overvektige figurer som late, skitne, dumme, stygge, som juksebakere og

løgnere. Barn som er overvektige er hyppigere utsatt for mobbing, men de er også dem som mobber andre, mer enn normalvektige. Dette kan hindre den sosiale og psykologiske utviklingen til ungdommer. Studier viser også at det har blitt rapportert dårligere kroppsopplevelse, selvtillit og selvbilde blant barn med fedme. Grønbæk (2008,s.203) viser at barn ønsker å være en i mengden, og at det ved overvekt tilsynelatende ikke er tilfelle.

3.4 Kosthold og fysisk aktivitet

Aktivitet mønsteret hos barn, og hos voksne, har endret seg dramatisk over hele verden. En av grunnene til dette er, som nevnt tidligere, den økte skjermtiden. Redusert aktivitet og økt stillesittende tid er begge indikatorer i fedmeepidemien (Maziak et. al,2007,s.3). Det er sterke holdepunkt for at sunt kosthold sammen med fysisk aktivitet legger grunnlaget for god helse, og at disse to sammen er de viktigste faktorene i behandlingen og forebyggingen av fedme og overvekt (Helsedirektoratet, 2010,s.3).

Energibehovet til barn avhenger av kjønn, alder og graden av overvekt. Det er ikke selvsagt at overvektige barn spiser mye usunn mat og godteri, men de spise for mye mat totalt sett. Et energiinntak på 1200-1500 kcal daglig er tilstrekkelig for å sikre at et ti år gammelt barn får en normal utvikling. Lindberg og Møllerud (2008,s.268) hevder det samme som Kolsgaard (2012,s.162-167) at fokuset bør være på sunne matvaner i det lange løp, istedenfor restriktive dietter i korte perioder. For at barn skal oppnå lenger metthetsfølelse og dermed redusere energiinntaket, er kosthold med høgt innhold av protein, sunt fett og mindre raske karbohydrater viktig. Andre viktige tiltak for å redusere energiinntaket er reduksjon av porsjonsstørrelse, vann som tørstedrikk, regelmessige måltider, redusert inntak av godteri, og snacks, samt økt inntak av grønnsaker og frukt (Kolsgaard, 2012,s.167-171).

Som nevnt er overvekt oftest et resultat av misforhold mellom inntak og forbruk av energi over tid. I litteraturen kommer man over at inaktivitet er den viktigste årsaken til overvekt og fedme i skolealderen. Det finnes mange tilnærminger for å øke nivået av fysisk aktivitet blant barn og deres familier. Tiltak som fremmer mestring og positive opplevelser, bevegelser som er morsomme og motiverende, samt involverer skolen, er viktig. «Med fysisk aktivitet menes all kroppsbevegelse som følge av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk» (Haugland og Haug, 2012,s.178). Gjennom lek, kroppsøving, idrett og trening kan barn være fysisk aktive. For å påvirke vekten og barns fysiske form er varighet, frekvens og intensitet nødvendige stikkord. Det er anbefalt at barn og unge er fysisk aktive i minst 60 minutter

daglig (Berg og Mjaavatn, 2008,s.53). Aktivitetene bør inkludere både moderat og høy intensitet og være så allsidige som mulig for å øve opp kondisjon, muskelstyrke, bevegelighet, hurtighet og koordinasjon (Haugland og Haug, 2012,s.178).

For barnet er familien den viktigste ressursen i kampen mot overvekten. Foreldrene skal være gode rollemodeller for barnet, for å kunne gi det en bra utvikling og oppvekst. I helsestasjon og skolehelsetjenesten gis det foreldreveiledning som kan bidra til å styrke deres kompetanse på fysisk aktivitet og kosthold. Også skolen er en viktig kunnskapsformidler. I henhold til behandling av overvekt vil skolene være med på å tilrettelegge for sunt kosthold, samt daglig fysisk aktivitet og opplæring i sunne levevaner (Helsedirektoratet, 2010,s.34). Det unike i skolen, er at tiltakene kan nå ut til alle. I tillegg til dette har skoler og skolehelsetjeneste et definert ansvar for elevenes utvikling og helse. Mye av grunnlaget for helsevaner blir etablert i skolealder, og dette gjør at barna kan være mer fleksible til endring enn voksne (Haugland og Haug, 2012,s.177-178). Skolehelsetjenesten skal gi råd om kost og fysiskaktivitet og sammen med skolen tilstrebe å påvirke barn og foreldres matvaner (Helsedirektoratet, 2010,s.37).

3.5 Helsesøsters rolle i behandling

De fleste barn med overvekt og fedme følges opp i primærhelsetjenesten. Unntaket er de barna som har fedme av så alvorlig grad, eller risiko for fedmerelaterte komplikasjoner at de henvises til spesialhelsetjenesten (Jåtun, 2012,s.96). Sistnevnte blir ikke tatt med her.

All behandling i helsevesenet starter med en kartlegging. Det har vært lang tradisjon i Norge at helsesøster måler høyde og vekt ved helseundersøkelser på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. I 1998 ble tidspunktene for målingene redusert og erstattet med at målingene skulle skje ved helsemessig indikasjon. Nå er dette igjen blitt endret for å sikre bedre oppfølging av det enkelte barn og for å kunne følge utviklingen i barnepopulasjonen. Det anbefales å ha rutinemessige målinger av høyde, vekt og hodeomkrets på bestemte alderstrinn (Helsedirektoratet, 2011a,s.7).

Da fedme og overvekt er en livsstils risiko, trengs det livsstilstilnærmende metoder ved behandling (Maziak et. al,2007,s.2). For de fleste vil behandlingen være individuelt orienterte livsstilsendringer for kosthold og fysisk aktivitet (Jåtun, 2012,s.102). Forskning har vist at oppfølging av hele familien har best effekt (Oude et. al.2009,s.17).

Utredningen og behandlingen av fedme hos barn er en tidkrevende prosess. Det kreves mye mer enn å skrive ut «grønn resept» på sunn kost og økt fysisk aktivitet. Det er mange konsultasjoner, og disse må planlegges ved første møte. For å legge til rette for god allianse mellom helsesøster og barnet med familien er en pasientsentrert kommunikasjon med åpne spørsmål og reflekterende lytting, hensiktsmessig (Jåtun, 2012,s.93). Da overvekt er et sårt og vanskelig tema, er det i møte med barnet og familien viktig som helsesøster å ha en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming (Helsedirektorater, 2010,s.39). I følge Skelton (2012) er det viktig å være støttende, fremfor å klandre barnet til dens overvekt. Fokuset i konsultasjonene må ligge på både medisinske og psykososiale forhold, for å kunne avgjøre hvilke behandlingstilbud som er mulig å få til. Faktorer som må stilles spørsmål ved er barnets BMI, psykiske utfordringer ved barnets overvekt, ernæring og spisevaner, familie og dens vaner, økonomi og kultur, aktivitetsnivå og aktivitetsvaner (Skelton, 2012). Behandling av fedme har som utgangspunkt å gjenopprette balanse mellom energiinntak og uttak. Ved behov for vektreduksjon er det hensiktsmessig å få til en negativ energibalanse enten i form av kostholdstiltak eller ved økt fysisk aktivitet (Jåtun, 2012,s.97).

3.6 Intervensjoner helsesøster kan bruke

En god relasjon til barnet og familien er viktig ved behandlingen av overvektige barn. For å klare dette kreves det at helsesøster tilpasser samtalen til barnets utviklingstrinn. Det å leke med barnet kan være en god måte å kommunisere på. En terapeutisk relasjon med foreldrene vil kunne utvikles ved at helsesøster gjør som nevnt ovenfor, i tillegg til at hun er lydhør til deres erfaringer, ønsker og forventninger (Øen, 2012,s.195). I en studie av Grønbæk (2008,s.183) der de tok for seg familier med overvektige barn, har de sett på familiens historie til hvorfor de tror barnet er overvekt, og hva som har ført til at de ønsker å sette i verk tiltak til deres barns overvekt. Nesten alle familiene svarte at de trodde at deres innflytelse var medvirkende til barnets overvekt, kun fåtall var uenig i dette. De fleste trodde også at dersom familien valgte å endre vaner, ville dette være en hjelpende faktor. Det var mest foreldrene som ønsker endring på grunnlag av langsiktige bekymringer. De fleste av barna var bekymret for og ikke «passe inn». Guttene i fysiske sammenhenger, mens for jentene var det klær som var mest aktuelt (Grønbæk, 2008,s.10-11,20) Oppsummeringen ble at et behandlingsprogram bør ta med familiens historie i beregningen om hva som kan ha hatt innflytelse i barnets overvekt, og om familiens motivasjon til livsstilsendring.

Mange studier viser at intervensjoner i barnealder gir bedre resultat enn i voksen alder. Dette understreker viktigheten av å etablere sunne levevaner når barna er små (Øen, 2012,s.213-

215). I Oude et. al. (2009,s.2) sin oversiktsartikkel konkluderte de med at familiebaserte livsstils intervensjoner, der de bruker adferds program, fungerer i arbeidet med overvektige barn. I artikkelen kommer det også fram at det trengs mer forskning på området, da det er mangel på data av god kvalitet som kan anbefale et spesielt behandlingsprogram fremfor et annet. Videre i konklusjonen heter det at kombinerte atferdsmessige livsstils intervensjoner, som for eksempel kognitivterapi, i forhold til standard behandling eller selvhjelp kan gi en betydelig og klinisk relevant reduksjon i overvekten blant barn.

Atferds terapeutiske prinsipp

Når adferd skal endres, kan man velge ulike psykologiske metoder og teknikker. For å oppnå vektkontroll igjennom atferdsterapi, retter grunnverdiene seg mot oppmerksomheten på det barnet gjør, endre forutgående situasjoner eller konsekvenser assosiert med denne atferden, og å gi forsterkninger når ønsket atferd blir utført. Atferdsterapien retter seg mot å hjelpe barnet med å ta kontroll over spising og aktivitet. Viktige hjelpemidler er individuell tilpasset forsterkning og bruk av dagbok. Forsterkning er et nyttig læringsprinsipp med bakgrunn i operant betinging (Øen, 2012,s.222).

Kognitiv terapi har som sentrale mål å styrke klientens ferdigheter til å identifisere seldestruktive onde sirkler. Terapien benytter seg av den kognitive modellen, som går ut på at menneskets følelser og atferd påvirkes av hvordan de oppfatter forskjellige hendelser (Beck, 2006,s.27). Det betyr at terapien gjør barnet oppmerksom på virkningen av angstfremkallende, urimelig selvkritisk eller pessimistisk tankemønster, slik at de kan diskutere alternative tanker og handlingsmåter. Sentrale element er trygghet, tillit, innsikt, problemløsning og utprøving (Øen, 2012,s.221).

Motiverende samtale

For å rettlede og motivere barn til gode kost og aktivitetsvaner kan man benytte samtalemetoden Motivational Interviewing (MI), også kalt motiverende samtale. MI benyttes den siste tiden oftere i arbeid med overvektige barn (Skelton, 2012), og er et forsøk på å svare på utfordringene som oppstår når vi snakker om følsomme endringsemner med barn. MI fungerer mer som en rådgivningsteknikk enn en bestemt terapi eller behandling (Øen, 2012,s.200). Samtalen handler om motivasjonsaspektene ved endring, om pasienten er motivert til å ta nødvendige valg for at situasjonen skal bli bedre. Metoden legger ikke vekt på hvordan endringen skal skje, men om den skal skje – hvorfor eller hvorfor ikke? (Barth og

Näsholm, 2009,s.13). I følge Skelton (2012) er denne metoden en effektiv måte å oppdage en eventuell ambivalens, noe som er et viktig steg i riktig retning.

Den motiverende samtalen oppsummeres i 5 faser. Den første *Kontakt- og relasjonsskapende fase* går ut på at helsesøster klarer å skape en tilstrekkelig psykologisk trygghet til barnet, slik at det kan ta i mot den hjelpen som tilbys. Andre fase *Nøytralt utforskende fasen* handler som navnet tilsier om og nøytralt utforske barnets opplevelse for å kartlegge saken og skape en felles oppfatning av utgangspunktet for endring. Tredje fase *Perspektivutvidende fase* utforsker helsesøster andre sine perspektiv på saken. Helsesøster stiller spørsmål som vil skape rom for refleksjon der barnet må tenke, føle og reflektere over seg selv og prøve å finne frem egen motivasjon. Spørsmålene kan være utfordrende og vekke motstand hos barnet, da det reflekteres mer. Den fjerde *motivasjonsbyggende fase*, fokuserer på barnets endringsmotivasjon. Oppmerksomheten ligger på endringstanker og vender blikket fremover, mot beslutning og endring. Den femte og siste *Beslutnings- og forpliktekefase*, skal man utforske barnets beslutning og underbygge denne ved å gi god informasjon og støtte. Barnet gjøres mer bevisst på beslutningen og det jobbes med å underbygge eget ansvar for denne. Dette øker sjansen for at endringen blir gjennomført (Barth og Näsholm, 2009,s.42-43).

4.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen opp i mot teorien jeg har valgt, forskning, refleksjoner og erfaringer. Først drøfter jeg årsaken til overvekt og konsekvensene av dette, deretter går jeg videre til behandlingen og tilnæringsmåter som blir brukt. Jeg avslutter drøftingen ved å se på utfordringer ved de forskjellige fasene i Motivational Interviewing.

Helsesøster i helsetjenesten

Både nasjonalt og internasjonalt er fedme blant barn et økende problem. Selv med kunnskap om hva som gir overvekt, øker stadig andelen av overvektige (Øen, 2012,s.29). I det meste av litteraturen jeg har lest, er det generell enighet om at hovedårsaken til overvekt er misforholdet mellom inntak og forbruk av energi. Både Øen (2012,s.22), Lindberg og Møllerud (2008,s.256) og Helsedirektoratet (2010,s.18) hevder at barn med for høyt energiinntak i forhold til forbruk, vil kunne ende opp overvektige. Det er også samsvar i at overvektige personer med usunn livsstil er mer utsatt for somatiske følgetilstander (Lindberg og Møllerud,2008,s.256; Jåtun,2012,s.73; Maziak et. al,2007,s.1). Ut i fra det jeg ser i litteraturen vil jeg si at helsetjenesten ikke møter disse barna før de allerede har nådd grensen for overvekt. Det samme gjelder foreldrene, da de gjerne ikke tar kontakt med helsetjenesten før det har gått så langt at det må iverksettes tiltak for barnet. I praksis vil det ha stor betydning dersom disse barna blir fanget opp i god tid før de settes under kategorien «alvorlig overvektig». Hos helsesøster i skolehelsetjenesten kan dette gjøres ved de regelmessige helsesjekkene. Tilbudet for måling og veiing på bestemte alderstrinn, er en unik mulighet for helsetjenesten til å fange opp disse barna. Ved å føre en oversikt over målingene som blir gjort, vil for fremtiden bety at helsesøster kan oppdage barn med fedme tidligere. Blir disse barna fanget opp tidlig vil det redusere antall følgetilstander. Helsedirektoratet (2011,s.7) sier også at måling og veiing er en god måte å følge utviklingen hos barn. Selv om dette er et etablert tiltak, kan det tenkes at det i flere kommuner ikke er nok ressurser til å følge opp tiltakene. Jeg ønsker som fremtidig sykepleier å vite at vi har tilgang på best mulig verktøy for å kunne hjelpe disse barna, men også for å kunne arbeide forbyggende og helsefremmende, noe som dette tiltaket bidrar til.

Internasjonalt er det blitt anbefalt at man bruker kjønns- og aldersjusterte grenseverdier for overvekt og fedme hos barn (Helsedirektoratet, 2010,s.10). Men i følge Jåtun (2012,s.52) er det uenighet i når man kan kalle et barn overvektig, grunnet bruken av ulike definisjoner. Dette kan skape uvisshet når vi skal sammenligne grenseverdier. For oss som er fremtidens sykepleiere, skaper denne uvissheten usikkerhet. Det kan være usikkerhet i når man skal

reagere, hvor «stort» og tungt et barn skal vær før man reagerer etc. Lindberg og Møllerud (2008,s.259) stiller seg kritiske til bruken av KMI, selv om både Helsedirektorater (2010,s.15) og Jåtun (2012,s.52) mener dette kan brukes som en indikator på overvekt. I følge Helsedirektoratet (2010,s.15) benyttes også midjemål ved behandling og kartlegging av overvekt. Dette kan brukes som supplement i arbeidet med overvektige barn, samt som motivator. I følge Jåtun (2012,s.53) er buk fedme den største risikoen for diabetes og hjerte- og karsykdommer. Ved å bruke midjemål, kan man få en indikasjon på graden av fedme, og risiko for følgetilstander. Helsedirektoratet (2010,s.15) mener at helsesøster kan benytte skjønn under kartleggingen. I praksis tenker jeg at vi bør bruke skjønn når det kommer til disse verdiene. Dersom vi benytter oss av øyemål, vil man rask se hvor vekten er fordelt. For å følge opp dette, vil det være nødvendig med resurser og dokumentasjon for å se hvordan det enkelte barn ligger an i forhold til sin overvekt.

Helsesøster som rådgiver og støttespiller

I følge Helsedirektoratet (2010,s.10) og Skelton (2012) er sjansene store for at barn blir overvektige dersom foreldrene er det. Jåtun (2012,s.69), Lindberg og Møllerud (2008,s.257) og Maziak et. al. (2007,s2.) sier at miljøet spiller en stor rolle for om barnet utvikler overvekt eller ikke. Her presentere Grønbæk (2008,s.186) noe av det samme, at barn er avhengig av foreldrenes livsstil. De sier også at miljøfaktorene er utenfor barna sitt kontrollområde, men at det har stor innvirkning på barnet i oppveksten. Etter å ha lest litteraturen jeg har valgt, viser det seg at hverdagslige rutiner i familiene spiller en stor rolle for om barnet holder normal vekt, eller utvikler overvekt. For helsesøster i møte med disse barna, vil det være viktig å kartlegge en eventuell arvelig disposisjon, men også foreldrenes livsstilsvaner. Det er generell forståelse i at kartlegging av familiens spisevaner, økonomi og fysisk aktivitet er vesentlig (Skelton, 2012). Det er også samsvar i at barn ikke bør settes på noen streng diett (Lindberg og Møllerud,2008,s.268; Kolsgaard,2012,s.165), men at fokuset bør være på sunne matvaner i et lenger løp, og mindre inntak av godterier og snacks (Kolsgaard, 2012,s.171). Som tiltak her, ville jeg tilbudt familiene råd om kosthold, fysisk aktivitet og generell informasjon om viktigheten med sunne vaner i familien fra tidlig alder.

I litteraturen jeg har brukt er det enighet i at verdens befolkning er blitt mer sittestillende og bruker mer tid foran TV-skjermen, PC og TV-spill (Jåtun,2012,s.69; Helsedirektorater,2010,s.22; Maziak et.al,2007,s.3; Grønbæk 2008,s.185). Samtlige sier også at graden av fysisk aktivitet er en vesentlig faktor for om barnet taper vekt, eller utvikler overvekt. Dette viser sterke holdepunkter for at sunt kosthold og fysisk aktivitet er grunnlaget

for god helse. I følge Jåtun (2012,s.69) er det ikke lenger barnelek i den forstand som det var for fem til ti år siden. Nå blir barna kjørt til organiserte aktiviteter, istedenfor å leke uorganisert i friluft. Som tidligere svømmetrener for barn i 6-10årsalder har jeg sett dette utallige ganger. Barna blir kjørt til aktiviteter som er i gåavstand fra hjemmet. Det er helt klart positivt at barna driver med organiserte aktiviteter, som lagidrett eller individuell idrett, men det bør ikke være istedenfor uorganisert lek.

Både Helsedirektoratet (2010,s.43) og Haugland og Haug (2012,s.177) viser viktigheten av fysisk aktivitet. For at aktivitet skal ha betydning på vektreduksjon hos barn, er det enighet i at den bør være motiverende og morsom, samtidig som den inneholder faktorer som høy intensitet, muskelstyrke og kondisjon. Som helsesøster mener jeg det blir viktig å få frem at barna bør være mer aktive enn vi ser i dag, og at foreldre blir oppmerksom på dette. I følge Helsedirektoratet (2010,s.34) og Haugland og Haug (2012,s.178) er skolen og skolehelsetjenesten en viktig kunnskapsformidler og resurs. Helsesøster er her rådgivende, støttende og veiledende for barna og familien. Dette mener jeg samfunnet må benytte seg av, og hjelpe til å stille med kompetente folk i arbeidet mot overvekt i kommunene. Holder utviklingen samme bane som i dag, er jeg redd overvekts problematikk stadig vil øke og ikke endre seg.

Helsesøster i møte med barnet og familien

Flere mener at overvektige barn opplever psykiske og emosjonelle problemer med sin overvekt (Øen,2012,s.105; Grønæk,2008,s.2). Ut i fra litteraturen jeg har lest, forstår jeg at dette er et ømfintlig tema (Skelton, 2012), og et viktig punkt å ta hensyn til i behandlingen. Det bør tas visse forhåndsregler når man skal bringe dette på bane. Det er nok vanskelig for helsesøster å vite hvordan hun kan trekke frem slike eventuelle problem, og her er relasjonen til både barnet og foreldrene viktig. Kanskje kan slike underliggende problem, være selve problemet til at familien ikke klarer å ta tak i barnets overvekt. Metoder som MI og kognitiv terapi har vist seg å være nyttig i slike tilfeller.

I følge Maziak et.al. (2007,s.2), Helsedirektoratet (2010,s.40), Jåtun (2012,s.102) og Oude et. al.(2009,s.2) er overvekt en livsstilrisiko, hvor det trengs livsstilstilnærmende metoder ved behandling. I Studien til Grønæk (2008,s.192) kommer det frem at nesten alle familier mente de hadde innflytelse i barnets overvekt og at dersom familien gjorde endring, ville det hjelpe barnet. Utredning og behandling av overvekt og fedme er en tidkrevende, resurspreget og utfordrende prosess for alle parter. I følge Jåtun (2012,s.93) bør kommunikasjonen være

pasientrettet med åpne spørsmål og reflekterende lytting. Fra helsesøster sin side, vil spørsmål som KMI, ernæring, aktivitet, medisiner, psykologiske utfordringer, familiefaktorer og vaner benyttes (Skelton,2012). Utfordringer på disse møtene kan være utallige. For eksempel kan det være lite forståelse for temaet, lite samarbeidsvillige foreldre eller at foreldrene velger å pynte på sannheten. I studien til Grønæk (2008,s.194) viser hun at det alltid vil være noen foreldre som ikke ser hva de selv kan gjøre for barnets overvekt, og mene at det er uten for deres kontroll. Nok en gang blir tiltak som informasjon og rettleiding viktig. Som helsesøster i slike situasjoner vil både utfordringen og motivasjonen være at alle familier er forskjellige og det må brukes tid for å finne individuelle metoder for hvert enkelt barn og familie.

Behandling av overvekt og fedme har vist best effekt når man kan følge familiene over tid (Helsedirektoratet,2010,s.56; Oude et. al.2009,s.16). Både Skelton (2012) og Grønæk (2008,s.183) får ved sine studier frem viktigheten av å ha innsikt i familiens vaner, for å kunne sette i gang behandling som kan hjelpe barnet. I arbeidet med overvektige barn har det også vist seg at familiebasert livsstils intervensjoner, der de bruker atferds program, har god effekt (Oude et. al.2009,s.2). For å oppnå vektkontroll gjennom atferdsterapi sier Øen (2012,s.222) at de retter oppmerksomheten mot det barnet gjør, og at viktige hjelpemidler er dagbok og individuelt tilpasset forsterkninger. Det å bruke læringsprinsipp som forsterkning, har vist seg å være nyttig i mange sammenhenger. Å bruke det hos barn som gjør en innsats for å gå ned i vekt, tror jeg har god effekt og gir barna motivasjon til å fortsette. Som helsesøster, blir det viktig å sette seg ned sammen med barnet å finne frem til positive forsterkere, slik at foreldrene kan ta dette i bruk senere. Bruken av dagbok vil være med å få frem ærligheten over det barnet spiser og utfører av fysisk aktivitet, og i etterkant kan de sammen si noe om hva som er bra eller eventuelt ikke bra. Som helsesøster i møte med barna ser jeg nytten av å møte barna på deres nivå, med åpne spørsmål og det å møte barn og foreldre separat. Med barna til stede, er det lett for at foreldrene ikke snakker åpent om forhold de ikke ønsker barna skal høre (Jåtun, 2012,s.93).

Både i adferdsterapi og kognitiv terapi får Skelton (2012) og Øen (2012,s.221) frem at sentrale element er trygghet, tillit og innsikt. Disse psykologiske metodene blir gjerne tatt i bruk sammen med MI. Ved å bruke denne tilnæringsformen er Øen (2012,s.200) og Skelton (2012) enig at de lett kan oppdage ambivalens. Å oppdage denne er et viktig steg når man skal endre atferd. Klarer barnet og eventuelt foreldrene å sette ord på sin ambivalens, kan helsesøster hjelpe dem ut av denne ved åpne spørsmål og rettleiding. Målet må være at barnet og familien ønsker endring, og utfordringene ligger i samtalen. Helsesøster kan lett si et skjevt

ord, eventuelt at barn/foreldre misforstår og føler at behandler prøver å overtale eller presse på en endring. Det kan føre til at barnet og/eller foreldre får forsterket den allerede eksisterende ambivalensen, øker motstand mot å endre seg og sannsynligheten for endring blir redusert (Barth og Näsholm, 2009,s.96).

Det er generell enighet i at MI er effektivt (Barth og Näsholm,2009,s.42; Øen,2012,s.221; Skelton,2012). Samsvaret brer seg ut over at relasjonen mellom helsesøster, barnet og familien er vesentlig, og viktigheten av innholdet i samtalen. Utfordringene er mange i alle fasene av samtalen. Den første fasen *Kontakt og relasjonskapende* (Barth og Näsholm, 2009, s.42) kan ha utfordringer som går på relasjonsbyggingen og tryggheten barnet skal føle. Det er viktig å gi trygghet for både barnet og familien, slik at relasjonen blir god. For ellers å skape trygghet kan helsesøster trekke inn annen tverrfaglig kompetanse, for å styrke kunnskapsnivået, noe som igjen skaper trygghet. Dette må gjøres ved forsiktighet, da det kan bli mye å forholde seg til ved forskjellige personer. I andre fase *Nøytralt utforskende* skal helsesøster finne ut hva barnet er opptatt av og liker. Øen (2012,s.195) og Skelton (2012) teorier om at barnet skal møtes på dets nivå, samsvarer. Utfordringen kan være informasjonen som skal gå ut til barnets alder, utviklingsnivå og personlige behov. På en annen side er dette et viktig element, da det gir barnet bedre innsikt og forståelse. En annen utfordring kan være at temaet er ømfintlig, og derav er det fort at både barn og foreldre går i forsvarsposisjon. I den tredje fasen *Perspektivutvidende* kan man oppleve motstand fra foreldrenes side, da det i denne fasen gjerne blir tatt opp utfordrende påstander. Motstanden kan for eksempel komme ved at helsesøster sier «det sies at sunt kosthold og fysisk aktivitet er grunnlaget for god helse». Det er ikke alle familier dette ligger like lett for, i tillegg kan det mottas som kritikk. På en side kan dette bli ubehagelig, men på den andre siden vil det føre til gode refleksjoner hos familien. I den fjerde fasen *Motivasjonsbyggende*, ligger fokuset på endringsmotivasjonen til barnet. For å motivere bør helsesøster la barnet delta i det som skal bli endret, og vise til at det snart er på tide å se fremover mot beslutningene. I den femte og siste fasen *Beslutnings- og forpliktelsesfase* er utfordringen at helsesøster skal styrke og oppsummere de beslutningene og avgjørelsene barnet og familien har tatt. Det vil by på nye utfordringer underveis gjennom hele perioden, og noen tider vil være vanskeligere enn andre. Her tror jeg tverrfaglig arbeid kan hjelpe på motivasjonen og et eventuelt tilbakefall. Familien, skolen, skolehelsetjenesten og sykepleiere vil alle bidra til barnets beste. Etter at samhandlingsreformen tredde i kraft, vil det være vesentlig å tro at den også vil kunne styrke samarbeidet. Jeg tenker at MI er en god måte å legge opp samtaler på, da man i alle fasene kan flette inn informasjon man ønsker å fremheve. Tilnæringsmåten gir også mye grunnlag

for refleksjon, noe som kan være motiverende for både barn og foreldre. MI er et godt hjelpemiddel, og i tilnærming kan man benytte element som passer den enkelte familie, da de alltid vil være på forskjellige stadier i en endringsprosess.

I følge Oude et. al. (2009,s.17) finnes det ikke grunnlag til å påstå at en behandlingsform er bedre enn en annen, og de sier at det trengs mer forskning på området. U i fra all litteratur jeg har lest velger jeg å si meg enig i viktigheten av at individuelt rettet behandling, med individuelt rettet metoder for barn og familien, ser ut til å være effektivt.

5.0 Svakheter og styrke

I oppgaven har jeg vært bevisst på litteraturen jeg har valgt ut, og unngått å ta med litteratur av eldre dato. Dette ser jeg på som en styrke. Jeg mener forskningsartiklene mine er med på å belyse temaet jeg valgte i problemstillingen, og jeg kan vise til disse under teori- og drøftingsdelen.. Jeg har også benyttet meg av oversiktsartikkel, noe som er positivt, da jeg kan være sikker på kvaliteten. En annen styrke er at jeg benyttet sjekklister etter å ha valgt forsknings artiklene. Boka Øen (2012) går mye igjen i oppgaven da det er en svært god bok på området. Det er hensiktsmessig at den er ny i år.

En svakhet ved oppgaven min er at temaet er veldig vidt. Det er så mye litteratur, og så mange meninger, at det var vanskelig å holde seg innenfor ordbegrensningen. På en annen side føler jeg at jeg har mestret å begrense meg, og informert om hvordan og hvorfor jeg har begrenset meg slik jeg har gjort. En annen svakhet, er at jeg en plass måtte benytte sekundærkilde, da jeg ikke fant akkurat det jeg lette etter i primærkilden.

Dersom jeg måtte gjort dette igjen, ville jeg absolutt ha funnet frem til primærkildene den plassen jeg ikke har det.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg prøvd å svare på hvilke tilnæringsmåter helsesøster kan benytte i arbeidet med overvektige barn og deres familier. For å belyse tema har jeg tatt for meg hva overvekt og fedme er, samt årsaker og konsekvenser, og sett på behandling og ulike intervensjoner for barna og familien.

Det er kjent at behandling av overvekt og fedme er mer effektiv når man benytter seg av psykologiske strategier som kognitiv terapi og atferdsterapi, gjerne sammen med tilnæringsmetoden MI, hvor man kan få inn informasjon og veiledning om fysisk aktivitet og ernæring. Det vises at intervensjoner som er individuelt rettet, både mot barnet og familien, og de som tar utgangspunkt i innsikt hos familien og dens vaner og atferdsendringer deretter har effekt. Varsom og støttende tilnærming, for å skape god relasjon, er hensiktsmessig.

For sykepleiepraksis vil dette bety at man bør sette seg inn i hvordan ulike tilnæringsmåter fungerer, og ha god kunnskap om hva som forårsaker overvekt, og hvilke endringer som er effektive, slik at vi fremstår med god kompetanse. For å kunne si at en metode fungerer bedre enn en annen, er det vist at det trengs mer forskning generelt, og på de ulike behandlingsmåtene.

På samfunnsnivå vil det kreve mye resurser å følge opp familieintervensjoner over tid. Som helsesøster vil det være utfordrende å arbeide og følge opp familier uten tilstrekkelig resurser. All litteratur på området viser viktigheten av å arbeide forebyggende, noe som også krever resurser. Med nok resurser kan vi bedre hjelpe overvektige barn i dagens samfunn.

Litteraturliste

Barth, Tom og Näsholm, Christina (2009). *Motiverende samtale – endring på egne vilkår.*

Bergen: Fagbokforlaget

Beck, Judith S. (2006). *Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion.* Egmont: Akademisk

Forlag.

Berg, Ulrika og Mjaavatn, Per Egil (2008). Barn og unge. I: Bahr, Roald (red.).

Aktivitetshåndboken.(s.45-61) Helsedirektoratet

Bjørk, Ida Torunn og Solhaug Marit (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en*

ressursbok. Oslo: Akribe

FNs Barnekonvensjon (2000). *FNs konvensjon om barnets rettigheter.* Hentet fra

http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger_brosjyrer/2000/barnekonvensjonen-kortversjon-norsk.html?id=87582

Grønæk, Helle Nergaard (2008). We've always eaten healthily – Family narratives about

causes of their child's obesity and their motivations for taking action. *Nordic*

Psychology, 2008, 60 (3) 183-208

Grønseth, Randi og Markestad, Trond.(2006). *Pediatri og pediatriisk sykepleie.* Bergen.

Bokforlaget

Haugland, Siren og Haug, Ellen (2012). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av

overvekt. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge.* (s. 177-187). Bergen:

Bokforlaget

Helsedirektoratet (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.* (IS-1154). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.* (IS-1734). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>

Helsedirektoratet (2011a). *Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons og skolehelsetjenesten.* (IS-1736). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-veiing-og-maling/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-og-m%c3%a5ling-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>

Helsedirektoratet (2011b). *Samhandlingsreformen.* Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2011c). *Helse- og omsorgstjenesteloven.* Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/helse-og-omsorgstjenesteloven/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Vil beskytte barn mot markedsføring av usunn mat og drikke.* Pressemelding Nr.: 47/2012. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2012/vil-beskytte-barn-og-unge-mot-markedsfor.html?id=684914>

- IASO (2011). IASO | Child & Adolescent overweight in Europe. Hentet fra <http://www.iaso.org/publications/trackingobesity/under-data-down-loads/>
- Jåtun, Bjørn Magne (2012). Målemetoder, definisjon og forekomst av fedme. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s. 51– 59). Bergen: Bokforlaget
- Jåtun, Bjørn Magne (2012). Biologiske årsaker til overvekt og fedme. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s. 61-70). Bergen: Bokforlaget
- Jåtun, Bjørn Matne (2012). Somatiske følgetilstander ved fedme. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s.73-85). Bergen: Bokforlaget
- Jåtun, Bjørn Magne (2012). Utredning og behandling av fedme hos barn og unge. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s.93-103). Bergen: Bokforlaget
- Kolsgaard, Magnhild L. Pollestad (2012). Ernæring og kosthold; anbefalinger ved forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s. 159-176). Bergen: Bokforlaget
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kunnskapssenteret (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>
- Lindberg, Dr. Fedon A og Hansen-Møllerud, Merete (2008). *Barn i balanse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Nylenna, Magne (2009). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget

- Oude L, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P., & Summerbell, C. D. (2009). Interventions for treating obesity in children *Cochrane Database Syst Rev*(1).
- Skandsen, Annika og Birketvedt, Kjersti. (2012, 01.09). «Nasjonal omsorgssvikt». *Dagbladet* hentet fra <http://www.dagbladet.no/2012/08/31/kultur/debatt/kronikk/barn/fedme/23199623/>
- Skelton, Joseph A (2012). *Management of childhood obesity in the primary care setting*. Hentet fra http://www.uptodate.com/contents/management-of-childhood-obesity-in-the-primary-care-setting?source=search_result&search=obesity+in+children&selectedTitle=4%7E150
- W. Maziak, K.D. Ward and M.B Stockton (2007). *Are we missing the big picture?* Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2007.00376.x/pdf>
- WHO (2011, mars 2011). WHO | Obesity and overweight, Fact sheet N°311. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Øen, Gudbjørg (2012). Fedmeproblematikkens utfordringer. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s.21-34). Bergen: Fagbokforlaget
- Øen, Gudbjørg (2012). Overvekt, psykososiale faktorer og psykisk helse. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s.105-121). Bergen: Bokforlaget
- Øen, Gudbjørg (2012). Samhandling og kommunikasjon om fedmeproblematikk. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s.193-207). Bergen: Bokforlaget
- Øen, Gudbjørg (2012). Atferdsterapeutiske prinsipp i behandlingen av barn og unge med overvekt. I: Øen, Gudbjørg (red.). *Overvekt hos barn og unge*. (s.213-238). Bergen: Bokforlaget

Vedlegg 1

