



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Helsefremming og forebygging av overvekt hos barn**

## **FAGARTIKKEL**

Kull 2017

Innleveringsdato: 03.06.2020

Emnekode: HSYK3003\_A

Kandidatnummer: 10120

Antall ord: 4827

# Helsefremming og forebygging av overvekt hos barn

## Abstrakt

**Innledning:** Hensikten med studien var å undersøke helsesykepleiernes erfaringer med helsefremming og forebygging av overvekt hos barn, med spesielt fokus på kontakten med foreldre til barn med overvekt.

**Bakgrunn:** Tall viser høy forekomst av overvekt blant barn og ungdom i Norge, og nyere forskning viser at vi nå ligger på verdensstoppen når det kommer til overvekt og fedme i voksen alder. Tilstanden er vanskelig å behandle og det er behov for økt kunnskap og kompetanse på området.

**Metode:** Det er benyttet en kvantitativ metode i studien. Det ble utviklet et digitalt spørreskjema for å utforske helsesykepleiernes erfaringer og opplevelser rundt tema. Dataene ble analysert ved hjelp av excel.

**Resultat:** Det viste seg at helsesykepleiernes erfaringer med helsefremming og forebygging av overvekt hos barn varierte. De opplever at det er et problem at foreldre til barn med overvekt ikke ønsker oppfølging og hjelp og det er en utfordring å skulle formidle til foreldrene at deres barn er overvektig.

**Konklusjon:** Foreldre til barn med overvekt opplever store utfordringer knyttet til foreldrerollen. Det er behov for å styrke samarbeidet mellom helsesykepleiere og foreldre, i den hensikt å gi et mer strukturert og målrettet tilbud for behandling og oppfølging av barn med overvekt og deres foreldre. Det trengs mer forskning på området for å kunne styrke kunnskapsgrunnlaget og øke kompetansen hos helsesykepleiere.

## Abstract

**Introduction:** The purpose of the study was to examine the experiences of health nurses in the promotion of health promotion and prevention of obesity in children, with special focus on contact with parents of children with obesity.

**Background:** Figures show high prevalence of obesity among children and adolescents in Norway, and recent research shows that we are now at the top of the world when it comes to obesity and obesity in adulthood. The condition is difficult to treat and there is a need for increased knowledge and expertise in the area.

Method: A quantitative method was used in the study. A digital questionnaire was developed to explore the nurses' experiences and experiences around the topic. The data were analyzed using excel.

Results: It was found that the experiences of health nurses with regard to health promotion and prevention of obesity in children varied. They find that there is a problem that parents of overweight children do not want follow-up and help and it is a challenge to communicate to parents that their children are overweight.

Conclusion: Parents of overweight children experience major challenges related to parenting. There is a need to strengthen cooperation between health nurses and parents, in order to provide a more structured and targeted offer for the treatment and follow-up of overweight children and their parents. More research is needed in this area to strengthen the knowledge base and increase the competence of health nurses.

## Introduksjon

En ny rapport fra Verdensbanken skriver at Norge ligger på toppen når det gjelder fedme i Vest-Europa (1). Forskning viser at det må legges vekt på tidlig intervensjon hos barn, fordi det er da det er størst sjanse for å vokse seg ut av overvekten og tilegne seg gunstige levevaner (2). Sannsynligheten for å beholde overvekten gjennom puberteten er nemlig mye større enn å vokse den av seg, og overvekt i barndom og ungdom gir en betydelig økt risiko for overvekt i voksenlivet (2). Tidlig intervensjon med oppfølging av hele familien er det som har vist seg å ha best effekt for å forebygge utvikling av overvekt (2). Helsedirektoratet skriver at det er behov for styrket kompetanse og organisering av overvektsbehandlingen, da overvekt er blant de tilstander som er svært vanskelig å behandle (2).

## Overvekt hos barn

**Overvekt:** «Overvekt er en tilstand med overskudd av fett på kroppen, som kan skape negative helsekonsekvenser for den enkelte» (3). «Overvekt defineres ut fra kroppsmasseindeks (KMI eller BMI), som er et mål på vekt i forhold til høyde. KMI beregnes ved å dividere vekten (kg) med kvadratet av høyden (m<sup>2</sup>):  $KMI = \text{kg} / \text{m}^2$ » (3).

**Iso-KMI:** «Hos barn vil normalområdet for KMI kunne variere ut i fra alder og kjønn. Derfor anbefales kjønns- og aldersjusterte grenser for overvekt hos barn fra 2 til 18 år. Begrepet iso-KMI blir brukt for å definere normalvekt og overvekt hos barn» (3).

Overvekt og fedme har gjennom de siste 20-30 årene utviklet seg til å bli en av vår tids største helseutfordringer. Tidligere var overvekt hos barn et sjeldent fenomen, mens det nå er blitt et av de mest utbredte problemene i helsevesenet i «velutviklede land» (4). I Norge ble forekomsten av overvekt og fedme hos barn tredoblet fra 70-tallet til 2000,

men utviklingen ser ut til å flate ut (5). Resultatene fra barnevekststudiene i 2015 viser at 15% av alle norske tredjeklassinger var overvektige, eller hadde fedme. Det betyr at om lag 1 av 6 tredjeklassinger i Norge er overvektige.

Overvekt er et sammensatt problem, men overordnet sett skyldes overvekt og fedme en langvarig positiv energibalanse (3). Det betyr ganske enkelt at når et barn utvikler overvekt, har energiinntaket vært større enn forbruket over tid, og energioverskuddet blir lagret som fettvev (7). Ser man på de underliggende årsakene, ser det ut til at overvekt forårsakes av en multi-genetisk arv kombinert med kroppslige, psykiske og disponerende miljøfaktorer. Denne form for overvekt utgjør 90-95% av tilfellene. Helsedirektoratet peker på uheldige kostholdsvaner, inaktivitet og lang daglig tid til TV og annen skjermaktivitet som en av de vanligste årsakene til overvekt hos barn (3).

Årsaken til energioverskuddet som bidrar til å skape overvekt hos barn, er hos de aller fleste et for høyt matinntak (7). Foreldrene har stor innflytelse på barnas kostholdsvaner, og et unormalt spisemønster hos en forelder kan være forbundet med høyere kroppsvekt hos barnet (2).

Helsedirektoratet anbefaler regelmessige måltider, økt inntak av frukt og grønt, reduksjon av porsjonsstørrelse, og redusert inntak av sukker og fett for å oppnå et redusert energiinntak hos barn (2). Ettersom barn er i vekst, er det viktig å fokusere på sunne matvaner og ikke restriktive dietter (2).

Arv kan bidra til at noen er mer utsatt for overvekt enn andre, og derfor vil ikke alle barn ha like forutsetninger for å holde en normalvekt (3). «Det er kjent at overvekt har en sterk arvelig komponent. Dersom begge foreldrene har fedme, har barnet 80% sjanse for å selv ha fedme (3).

Fysisk aktivitet er definert som «all slags kroppsbevegelse utført av skjelettmuskulatur som øker energiforbruket» (8). Aktivitetsnivået hos barn er blitt lavere de siste årene (3). Økt skjermtid og mindre fysisk aktivitet på fritiden trekkes frem som en av de viktigste faktorene for utvikling av overvekt hos barn (3).

Helsedirektoratet trekker frem økt hverdagsaktivitet og daglig moderat til høy aktivitet som anbefalinger for forebygging og behandling av overvekt hos barn (2).

### [Konsekvenser av overvekt](#)

Overvekt i barnealder øker sjansen for at barna skal bli overvektige som voksne. 1 av 3 førskolebarn og ca. halvparten av skolebarn som er overvektige, forblir overvektige i voksen alder (4). «Forskning viser at enkelte overvektige barn får tilleggspolmer som blant annet astma, høyt blodtrykk, høyt kolesterol og insulinresistens» (9). Overvekt og

fedme i voksen alder gir økt risiko for en rekke somatiske sykdommer og psykiske tilleggslidelser, og betraktes som en global epidemi (2).

«Studier viser at barn assosierer overvekt med dårlig sosial fungering, dårlige skoleprestasjoner, dårligere helse, usunt kosthold og dårlig fysisk form» (3). Overvektige barn opplever stigmatisering både fra venner, foreldre, lærere og andre, og det har store psykologiske, sosiale og helserelevante konsekvenser for den enkelte. Ofte kan utviklingen av overvekt forsterkes av slike forhold (3), og det kan tyde på at det er en sammenheng mellom psykiske vansker og utvikling av overvekt (10).

### Forebyggende og helsefremmende arbeid

«**Forebyggende helsearbeid** innebærer å redusere sykdom, skader og sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer» (11). Forebyggende helsearbeid blir delt inn i primær, sekundær og tertiær forebygging. Sekundærforebyggende tiltak er rettet mot sårbare grupper som allerede har et problem eller en sykdom.

**Helsefremmende arbeid** blir definert som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (11). Helsefremmende ideologi fokuserer på salutogenese. «Ordet salutogenese kommer av gresk *salus*, som betyr «helse», og omhandler det som bringer helse» (11). Aron Antonovsky har vært en viktig person innenfor helsefremmende arbeid:

*Det vil det være avgjørende for hvordan vi greier oss, være vår opplevelse av sammenheng i tilværelsen. For å oppnå denne følelsen av sammenheng må vi kunne forstå situasjonen, ha tro på at vi kan finne løsninger og finne mening i å forsøke på nettopp det (Antonovsky 1995) (11).*

Noen viktige faktorer innenfor helsefremmende arbeid er *mestring* og *empowerment* (11). Mestring kan defineres som «håndtering av livets utfordringer». Det kan ha flere formål, som å klare påkjenninger og krav slik at balanse gjenoprettes, eller det å forhindre sykdom, plager og utmattelse og gjenopprette helse og livskvalitet» (11).

Empowerment betyr myndiggjøring, og er definert av Verdens helseorganisasjon som «en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører deres helse» (11). Det er et pålagt ansvar hos sykepleier «å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (12)

«Gjennom lov om helsetjenesten i kommunene er alle landets kommuner pålagt å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til alle barn og ungdom 0-20 år» (11).

Helsesykepleier spiller en sentral rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og representerer den yrkesgruppen i helsevesenet som har mest direkte kontakt med

barn, ungdom og deres familier. Helseesykepleieren har et bredt ansvarsområde med ulike roller og funksjoner, deriblant arbeidet med å identifisere og forebygge overvekt hos barn (3).

Den første kartleggingen går ut på at høyde og vekt av barnet måles. «Dersom barnets KMI passerer iso-KMI 25, og helsesøster eller fastlege via sykehistorie og klinisk undersøkelse konkluderer med utvikling av overvekt, må det gjennomføres en kartleggings- og veiledningssamtale» (3).

Under kartleggingssamtalen informeres foreldrene om barnets vekstavvik, og det gjennomføres en kartlegging av barnet og foreldrene med tanke på videre oppfølging. «En grundig utredning av årsakene til vektproblemene hos den enkelte, er viktig for at tiltak for forebygging og behandling blir individualisert og målrettet» (2).

I tillegg er veiledning som kan bidra til å styrke foreldrenes kompetanse på kosthold og fysisk aktivitet viktig (3). Etter 3-6 måneder har helseesykepleier en oppfølgingsamtale med foreldrene hvor det eventuelt legges en plan for videre oppfølging. «Personer med vektproblemer bør få en kvalifisert vurdering og tilbud om strukturert oppfølging tilpasset individuelle behov» (2).

Forskning tyder på at tidlig intervensjon og oppfølgingstiltak for hele familien er det som har vist seg å gi best resultater (2). Foreldrene er barnets viktigste ressurs, og også barnets rollemodeller. «Foreldrene er de som til daglig observerer sine barn, og de er den viktigste kilden til kunnskap om barnets tilstand» (11). Helseesykepleierens helsefremmende og forebyggende arbeid med overvekt hos barn bør involvere foreldrene, gjerne gjennom foreldreveiledning, med hensikt å styrke foreldrene kompetanse på kosthold og fysisk aktivitet (2).

I studien «Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig» opplever foreldre til barn med overvekt både skyld og skam ovenfor barnet sitt. Overvekt er et sensitivt tema, hvor foreldrene føler på ambivalens knyttet til foreldrerollen (14). I en annen studie, «Barriers and Facilitators of Health Promotion and Obesity Prevention in Early Childhood: A Focus on Parents Results from the IDEFICS Study», fremkommer det at det er en utfordring for foreldre å se overvekten hos barnet. Derfor ligger det et økt ansvar på helsepersonell om å formidle dette slik at intervensjon kan begynne tidlig (15). En tredje studie, «Parenting an overweight or obese child: A process of ambivalence», bekrefter ambivalensen som foreldre til overvektige barn kjenner på. De har et ønske om å sette i gang tiltak for å begrense utviklingen av overvekt hos barnet, men de er samtidig redde for at dette kan skade barnets selvfølelse (16).

## Sykepleierens rolle og pedagogiske funksjon

Sykepleietilnærmingen i det helsefremmende og forebyggende arbeidet er beskrevet i en teori av Chalmer og Helseth. Her er den gjensidige interaksjonen mellom sykepleier og pasient viktig, på samme måte som i Travelbee's teori om sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Teorien består av tre faser, hvor tillit, forholdet mellom sykepleier og pasient/pårørende, kartlegging av ulike problemer og behov, og metoder for å møte pasientens behov er viktige stikkord.

«Veiledning er en metode relatert til enhver sykepleiers pedagogiske funksjon, og et viktig middel i empowerment-prosessen» (11). Veiledning kan inneholde både informasjon, undervisning, rådgivning og konsultasjon, men det er likevel ikke det samme (11). Økt mestringskompetanse er veiledningens hovedhensikt, og veiledningen må derfor fokusere på brukerens kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

«Hovedformen i veiledningen er dialog. En dialog er en samtale mellom to likeverdige parter, og hensikten med dialogen er økt felles forståelse relatert til brukerens anliggende» (11). «Dialogen krever evne til og vilje til å lytte, åpenhet med hensyn til den andres argumenter og vilje til å skifte standpunkt» (11).

Valg av pedagogisk metode bør ta utgangspunkt i hva som er målet. «I situasjoner der nye ferdigheter prøves ut og nye levemåter skal innarbeides, for eksempel knyttet til endret kosthold og økt fysisk aktivitet, har pasienten og de pårørende også behov for støtte og oppmuntring» (13). Informasjon er en form for pedagogisk metode, og kan i sykepleiefaglig sammenheng inngå som en del av undervisning og veiledning der mottakerens behov for informasjon er vurdert sammen med ham, og der dialogen er sentral (13).

Grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon og samhandling benyttes når sykepleier veileder, underviser og informerer pasienter og pårørende (13). Aktiv lytting er helt grunnleggende for å etablere en god og trygg relasjon til pasienten. Aktiv lytting handler om tilstedeværelse, og åpner opp for å kunne møte pasienten der han befinner seg (13). Støtte er et viktig verktøy i veiledningen, og innebærer at sykepleieren gir oppmuntring og hjelp, slik at pasienten settes i stand til å ta bestemte valg eller gjennomføre handlinger (13).

## Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å undersøke helsesykepleieres erfaringer med helsefremming og forebygging av overvekt hos barn, med spesielt fokus på kontakten med foreldre til barn med overvekt.

## Metode

Denne studien er en del av prosjektet «Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn», et samarbeidsprosjekt mellom Helse Møre og Romsdal, St. Olavs Hospital, Trondheim kommune og SINTEF digital.

## Metodevalg

I studien er det brukt kvantitativ metode som grunnlag for datainnsamlingen. Denne typen metode egner seg godt når man ønsker bred innsikt og forståelse i menneskelige erfaringer, vil teste en hypotese, eller dersom man ønsker å benytte tall og statistikk til å fremstille resultatene i grafer, diagrammer eller tabeller (17).

Jeg og min medstudent samarbeidet om å utvikle en digital spørreundersøkelse, med veiledning fra vår bachelorlærer. Prosjektet «Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn» har tidligere intervjuet foreldrene til barn med overvekt, og med bakgrunn i dette ønsket vi å utforske helsesykepleiernes erfaringer rundt samme emne. Vi utarbeidet spørsmål der vi tok for oss hvert vårt tema, da vi ønsket å ha ulike problemstillinger i vår bachelor. Vi benyttet oss av Likert-skala, hvor svarene på hvert spørsmål ble gradert i «i svært liten grad», «i liten grad», «i noen grad», «i stor grad» og «i svært stor grad». Dette gir en mer nyansert innsikt i deltakernes meninger og erfaringer (17).

Spørsmålene i spørreskjema ble inndelt i følgende kategorier:

1. Kompetanse og ressurser
2. Opplevelse av dagens praksis
3. Å informere foreldrene om barnets overvekt
4. Psykososiale utfordringer hos barn med overvekt
5. Oppfølging av barn med overvekt og deres foreldre

I siste del av spørreskjemaet ble deltakerne spurt om de hadde egne forslag til metoder/tiltak som kunne blitt iverksatt for å forbedre dagens praksis. Dette ga deltakerne mulighet for å komme med innspill utover spørsmålene, slik at vi eventuelt kunne innhente mer utfyllende informasjon.

## Rekruttering og datainnsamling

Vi ønsket å rekruttere alle helsesykepleiere i Trondheim kommune som jobber i grunnskolen, det vil si 1.-10- trinn. Det ble ikke satt noen inklusjons- eller eksklusjonskriterier utover dette. Rekrutteringen fant sted ved at aktuelle avdelingsledere ble kontaktet med informasjon om spørreskjemaet på e-post. Her ble de spurt om å videresende e-posten og oppfordre helsesykepleierne til å delta.

I denne studien har jeg valgt å fokusere på spørsmålene som omhandler å *informere foreldre om barnets overvekt* og *oppfølging av barn med overvekt og deres foreldre*. I



tillegg har jeg inkludert spørsmålene som omhandler helsesykepleiernes arbeidserfaring og evaluering av egen kompetanse, da dette er nyttig for å få et mer helhetlig bilde av deres erfaringer med overvekt hos barn.

Dataene ble analysert ved hjelp av Excel.

### Etiske overveielser

I spørreskjemaet ble det vedlagt informasjon om prosjektet og kontaktinformasjon. Det ble også informert om at svarene skulle bli brukt i vår bacheloroppgave.

Spørreundersøkelsen hentet ingen personidentifiserbare data, slik at deltakernes anonymitet ble ivaretatt. Den var også frivillig, og det ble informert om at svarene skulle bli publisert i en fagartikkel i forbindelse med en bacheloroppgave. Hovedprosjektet har godkjenning i NSD. Bachelorveileder og prosjektansvarlig godkjente spørreskjemaet før det ble sendt ut.

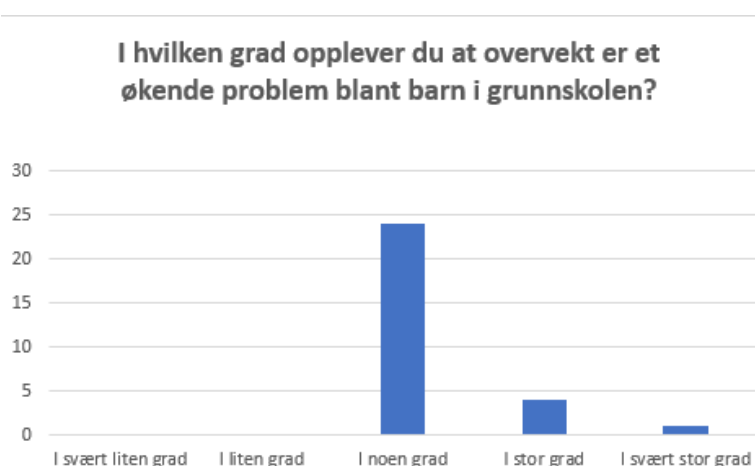
### Resultat

Studiens resultater baserer seg på deltakernes subjektive opplevelser og erfaringer omkring det helsefremmende og forebyggende arbeidet til barn med overvekt.

Resultatene er presentert i diagrammer, tabeller og fritekst.

Totalt 29 helsesykepleiere svarte på spørreundersøkelsen. Det antas å være ca. 50% av alle helsesykepleiere som jobber i grunnskolen i Trondheim kommune. Deltakerne som deltok i undersøkelsen hadde lang erfaring som sykepleiere. Over 80% hadde jobbet som sykepleier i mer enn 5 år før de ble helsesykepleier. Halvparten av deltakerne hadde jobbet som helsesykepleier i mer enn 5 år.

*Figur 1. Overvekt blant barn i grunnskolen.*



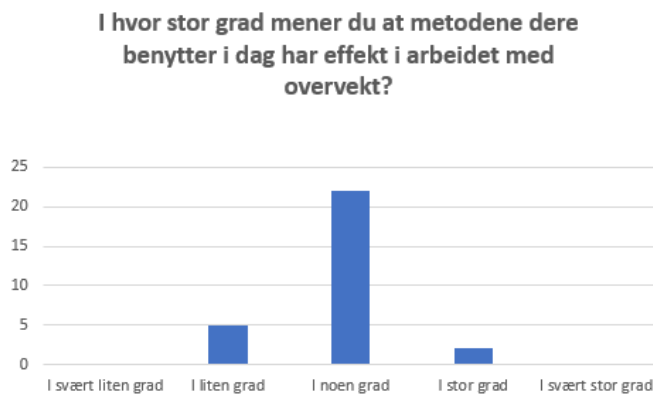
De fleste svarte at overvekt i noen grad er et økende problem blant barn i grunnskolen (Figur 1).

### Å informere foreldre om at deres barn er overvektig

Ved spørsmål om hvilke metoder deltakerne benytter for å informere om vekstavvik/overvekt, svarte 97% samtale med foreldre over telefon. Her kunne de krysse av flere alternativer, og 62% benytter også samtale med barn og foreldre. 7% bruker skriftlig informasjon via brev/e-post. I tillegg ble deltakerne spurt om hvilken metode de mener var mest effektiv for å informere om vekstavvik/overvekt. I likhet med forrige spørsmål, kunne de også her krysse av for flere alternativer. Her ble samtale med foreldre over telefon og samtale med barn og foreldre trukket frem.

76% av helsesykepleierne svarte at metodene de bruker i dag i noen grad har effekt i arbeidet med overvekt. 17% svarte i liten grad, og 7% i stor grad (Figur 2).

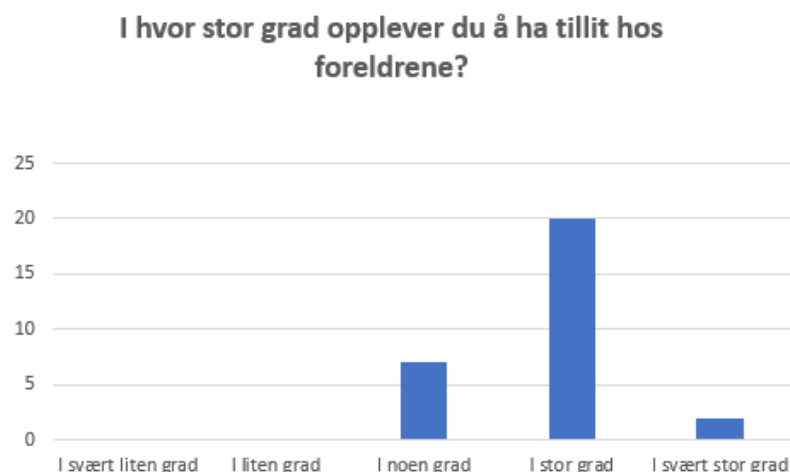
Figur 2. Effekt av de metoder som benyttes.



Deltakerne ble siden spurt om de opplever det som utfordrende å ha samtale med foreldre over telefon, i den hensikt å skulle formidle at deres barn er overvektig. Her kom det frem at 41% opplever at det «i liten grad» er utfordrende, og 41% «i noen grad». 17% rapporterte at de synes det er utfordrende «i stor grad».

### Foreldreintervensjon og oppfølging

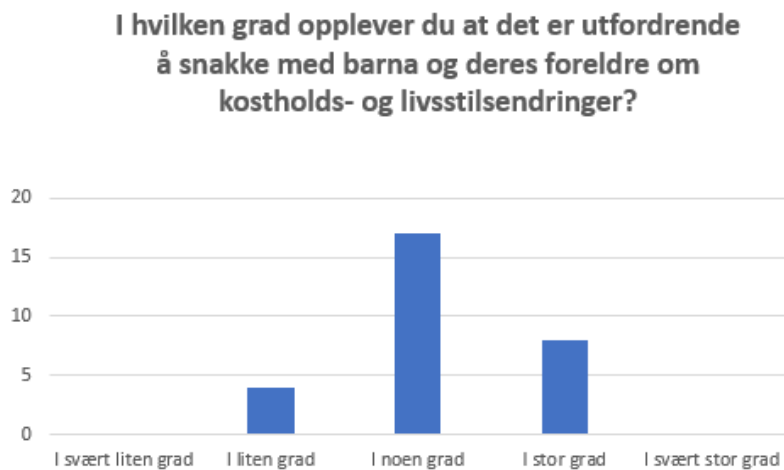
Figur 3. Opplevelse av tillit hos foreldrene.



I den delen av undersøkelsen som omhandlet helsesykepleiernes intervensjon med foreldrene til barn med overvekt, svarte nesten 80% at de opplever enten «stor grad» eller «svært stor grad» av tillit hos foreldrene. 24% svarte «i noen grad». (Figur 3).

På spørsmålet «I hvilken grad opplever du at du har nok kompetanse til å kunne hjelpe barn (og deres familie) med overvekt?», svarte 27 deltakere «i noen grad» eller «i stor grad», 1 «i liten grad» og 1 «i svært stor grad».

Figur 4. Å snakke om kostholds- og livsstilsendringer.



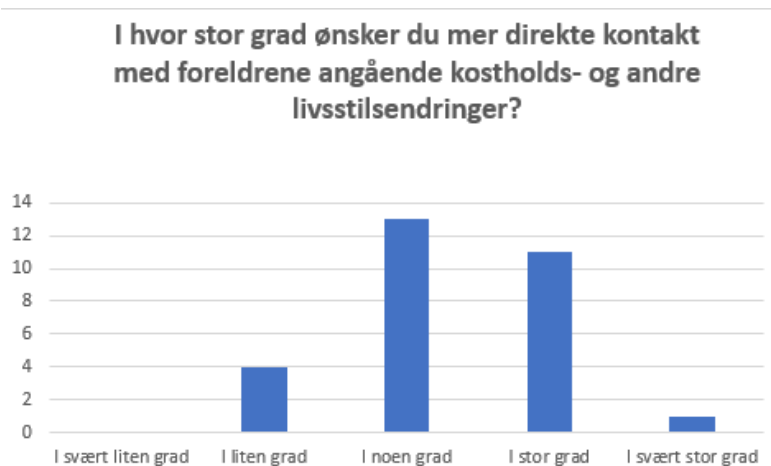
De fleste deltakerne opplever at det «i noen grad» er utfordrende å snakke med barna og deres foreldre om kostholds- og livsstilsendringer (Figur 4).

Ved spørsmål om hvor ofte de opplever at foreldrene til et barn tar kontakt med ønske om oppfølging og hjelp, svarte 35% «i svært liten grad». 38% «svarte i liten grad», og 28% «i noen grad» (Figur 5).

Figur 5. Kontakt med ønske om oppfølging og hjelp.



Figur 6. Ønske om mer direkte kontakt med foreldre.



De fleste deltakerne ønsker «i noen grad/stor grad» mer direkte kontakt med foreldrene angående kostholds- og andre livsstilsendringer (Figur 6).

### Diskusjon

Hensikten med studien var å utforske helsesykepleiernes erfaringer rundt helsefremming og forebygging av overvekt hos barn, med spesielt fokus på kontakten med foreldre til barn med overvekt. I denne delen diskuterer jeg resultatene fra studien i lys av andre studier som har undersøkt foreldrenes erfaringer med å ha barn med overvekt. I tillegg bruker jeg litteratur som omhandler sykepleierens rolle og pedagogiske funksjon, og helsefremmende og forebyggende arbeid. Jeg har også benyttet helsedirektoratets anbefalinger om forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.

### Å informere foreldrene om at deres barn er overvektig

Resultatene mine viste at nesten alle helsesykepleierne som deltok i studien, benytter samtale via telefon for å informere om barnets overvekt. Dette var også den metoden de mente var mest effektiv, i tillegg til samtale med barn og foreldre. Det ser altså ut til å være bred enighet om at samtale via telefon og samtale med barn og foreldre, er det som er foretrukket blant helsesykepleierne i studien.

Andre studier viser at foreldre som blir kontaktet av helsesykepleier på grunn av barnets overvekt har motstridende følelser knyttet til temaet overvekt (14,15,16). «De var opptatt av å beskytte barna mot følelsen av å ikke være bra nok samtidig som de erkjente behovet for endringer i hensikt å motvirke videre utvikling av overvekt» (14).

**Bevisstgjøring:** Mange av foreldrene kjenner på skyld og skam (14,15,16). Til tross for dette uttrykte mødrene i en av studiene at de ønsket informasjon om barnets vektøkning (14). Enkelte var ikke klar over barnets vektøkning, og samtalen med helsesykepleier gjorde de bevisst slik at de tok grep om situasjonen (14).

I en annen studie trodde 40% at barnet deres var undervektig, når det i realiteten var kategorisert som overvektig (15). I samme studie mente en gruppe foreldre at «et overvektig barn er et sunt barn». Dette tyder på at mange foreldre ikke er klar over barnets overvekt.

Det ligger et ansvar på helsepersonell om å formidle informasjon om barnets vektøkning, slik at de ser alvorligheten og viktigheten i å ta tak i problematikken (15). En viktig faktor for at foreldrene skal være mer mottakelig for hjelp fra helsesykepleier, er at foreldrene har et realistisk bilde av overvekten hos barnet (15). Sykepleier har også informasjonsplikt i henhold til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven (13).

Dette henger sammen med sykepleierens forebyggende og helsefremmende arbeid, hvor oppmerksomheten rettes mot å bidra til å utvikle pasientens egne mestringsressurser, slik som i Anton Antonovskys mestringsmodell (13). For helsesykepleiere og sykepleiere som møter barn som står i fare for å bli overvektige, gjelder det å involvere både foreldrene og barnet slik at de kan ta gode valg. Det er imidlertid viktig å være bevisst maktubalansen som kan oppstå, fordi sykepleieren har kunnskap som brukeren trenger (11).

Annen forskning viser at «flere av foreldrene ga uttrykk for at de følte seg uforberedt da helsesykepleier ringte, og følte seg skamfulle og hadde behov for å forsvare seg. De uttrykte at et brev i forkant av telefonsamtalen kunne forberedt dem» (14).

Kun to av deltakerne i min studie svarte at de benytter seg av skriftlig informasjon som brev/e-post når de informerer foreldrene om barnets overvekt. Ingen av deltakerne krysset av for at dette ville være den mest effektive metoden for å informere. Det kan likevel tenkes at helsesykepleierne ville brukt denne metoden som et supplement til de andre, siden spørreundersøkelsen ikke spesifiserer dette.

I følge Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug vil skriftlig informasjon kombinert med direkte kontakt, gjerne flere kontakter, gi større sannsynlighet for at personene går igjennom de ulike fasene av endringsprosessen og lykkes med gjennomføringen (13). For foreldrene og barnet betyr det å gjøre endringer som kan bremse eller eventuelt stoppe utviklingen av overvekt.

Resultatene i studien min viste at 62% av helsesykepleierne mener at en samtale med både barnet og foreldrene ville være den mest effektive metoden for å informere om barnets overvekt. Her kan spørsmålet dessverre tolkes litt ulikt, da det ikke er spesifisert om samtalen foregår med foreldre og barn tilstede sammen, eller hver for seg. Spørsmålet forankrer likevel et ønske om at barnet skal inkluderes i samtalen, med eller uten foreldre.

To av studiene som omhandler foreldrenes erfaringer viser at de ikke ønsker at barnet skal være med på samtalene med helsesykepleier, eller at helsesykepleier skal snakke alene med barnet om vektutviklingen (14,15). Foreldrene i den første studien var bekymret for at barnet skulle få et negativt forhold til egen kropp og i verste fall utvikle en spiseforstyrrelse. De var også redde for å svekke barnets selvbilde og den generelle psykiske helsen (14).

I følge helsedirektoratet frykter også helsepersonell at økt fokus på overvekt hos barnet kan bidra til å utløse en spiseforstyrrelse. En gjennomgang av fem studier viser derimot at profesjonelt administrerte behandlingsprogram i liten grad øker risikoen for spiseforstyrrelser (2). Likevel er fedme hos barn og unge negativt assosiert med selvfølelse (2), men dette tilsier ikke at det er behandlingen som bidrar til å påføre barnet dårlig selvfølelse.

Videre skriver helsedirektoratet at «helsearbeideren må tematisere spise- og vektrelaterte tema på en direkte og sensitiv måte». Med andre ord vil en samtale med det overvektige barnet kreve at helsesykepleier har tilstrekkelig kompetanse slik at det ikke får noen negative konsekvenser for barnet.

Basert på dette kan det tyde på at de metodene som helsesykepleierne anser som mest effektiv i vår studie, ikke er de metodene som er mest foretrukket av foreldre til barn med overvekt. Her ligger det en utfordring i å imøtekomme alle parter for å kunne skape et bedre tilbud.

#### [Intervensjon og oppfølging av foreldre til barn med overvekt](#)

#### **Resultatene fra min studie viser at svært mange av deltakerne opplever at foreldre med overvekt ikke tar kontakt med ønske om oppfølging og hjelp.**

Helsedirektoratet poengterer at foreldrene er nøkkelpersoner i det forebyggende arbeidet med overvekt hos barn (3).

En av studiene viste at noen foreldre uttrykte et ønske om å ville ta grep om situasjonen selv. Andre ønsket tettere oppfølging (14). Alle studiene som belyser foreldrenes erfaringer viser at det er utfordrende å være foreldre til et barn med overvekt (13,14,15), samtidig viser mine resultater at helsesykepleierne opplever at foreldrene ikke tar kontakt. Dette er relevante funn som begge henviser til utfordringer knyttet til temaet.

Alle studiene som belyser foreldrenes erfaringer viser at er en utfordring å få foreldrene til å se overvekten hos barnet sitt. Foreldre ser ut til å være mindre bekymret dess yngre barnet er, og det er ikke før barnet når en viss alder og BMI at de ser alvorlet i overvekten (14,15,16). Forfatterne antyder videre at dette kan være en årsak til at de ikke ønsker oppfølging og hjelp.

Foreldre føler at barnets overvekt er deres feil og kritikk av at de ikke har lyktes som foreldre (14,16). Dette gjorde barnets overvekt til et sensitivt tema, og en årsak til at foreldre ikke ønsker oppfølging. Noen hadde også erfaringer med støtende kommentarer fra profesjonelle i helsetjenesten, og respektløsheten virket spesielt stor dersom foreldrene selv var overvektige (16).

**Nesten 90% av helsesykepleierne i min studie rapporterer at de synes det er utfordrende å snakke med barnet og deres foreldre om kostholds- og livsstilsendringer.** Helsedirektoratet skriver i sine retningslinjer at veiledning som kan bidra til å styrke foreldrenes kompetanse på kosthold og fysisk aktivitet er viktig i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med overvekt hos barn (3).

På bakgrunn av at de andre studiene antyder at foreldrene unngår oppfølging på grunn av ambivalens knyttet til barnets overvekt (14,15,16), skriver helsedirektoratet at det er viktig at helsesykepleier unngår å fokusere hovedsakelig på vekt, og i møte med foreldre har som målsetting å bedre barnets kroppsbilde og selvfølelse (3).

I dette foreligger det et dilemma. Helsesykepleier har en plikt til å sette i gang nødvendige tiltak for å stoppe overvekten, i tråd med helsepersonelloven §4 (19). I tillegg skal helsesykepleier veilede barnet og foreldrene til et godt selvbilde. Helsesykepleier har en slags dobbeltrolle (14).

*Støtt foreldrene i at det er god omsorg å stoppe en uheldig vektutvikling. Mange foreldre føler skyld over de begrensninger de skal sette for sine barn. Et «nei» behøver ikke utelukkende å ses på som et forbud. Et «nei» kan også være å vise ansvar for barnets helse. (2)*

I følge Kristoffersen er støtte og oppmuntring viktig i situasjoner hvor for eksempel endring av kosthold og fysisk aktivitet er fokus (13). Dette krever at sykepleier har grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon og samhandling (13), noe som også stiller krav til fagkunnskap og pedagogisk kompetanse.

**Resultatene i denne studien viser at halvparten av helsesykepleierne opplever å ha «god kompetanse til å kunne hjelpe barn og deres foreldre med overvekt», men hele 40% svarte at de «i noen grad» har nok kompetanse.** Helsedirektoratet skriver i sine retningslinjer at «det er behov for styrket kompetanse og organisering av overvektsbehandlingen, slik at personer med vektproblemer kan få kvalifisert vurdering og tilbud om strukturert oppfølging tilpasset individuelle behov» (3).

På bakgrunn av at helsesykepleierne i denne studien opplever at det er utfordrende å snakke med foreldrene om kosthold- og livsstilsendringer, blir det desto viktigere å øke

deres kompetanse, i hensikt at det skal oppleves mindre utfordrende og hjelpe foreldrene og deres barn.

**Resultatene fra denne studien viser at helsesykepleierne opplever stor grad av tillit hos foreldrene.** I følge Glavin, Helseth og Kvarme er det viktig at relasjonen mellom sykepleier og pasient preges av tillit (11). Tillit oppstår gjennom gjensidig interaksjon, for eksempel gjennom veiledning og dialog, og bør ha fokus på å fremme mestring og empowerment (13). I teorien til Chalmer og Helseth, og Joyce Travelbee, står dette med gjensidig interaksjon også sentralt (13).

Tillit kan på bakgrunn av dette regnes som en svært viktig faktor for å skape en relasjon til foreldrene, og videre oppnå bedre kontakt. I en av de andre studiene med foreldre til barn med overvekt, står det at «helsesykepleiers evne til formidling er en forutsetning for foreldrenes opplevelse av kontakten med helsepersonell (14).

Aktiv lytting, som en del av dialogen mellom sykepleier og foreldre, trekkes fram som et verktøy for å etablere en god og trygg relasjon til pasienten (13).

En annen studie viser at «en uvitende, dømmende og respektløs tilnærming til foreldre kan føre til vegring mot å be om hjelp fra helsepersonell (18). Dette understreker behovet for å innhente mer kompetanse rundt hva som hjelper ved oppfølging av foreldrene. Helsedirektoratet skiver at «I møte med det overvektige barnet og familien er det viktig at man som fagperson har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming. Man må være oppmerksom på egne holdninger, tanker og følelser knyttet til overvekt, mat og kropp» (2).

### Styrker og svakheter ved studien

Det var i utgangspunktet tenkt at jeg og min medstudent skulle informere helsesykepleierne om spørreundersøkelsen på et personalmøte, og samle inn skjemaene på samme tid. På grunn av at korona-situasjonen oppsto, måtte vi benytte oss av digitale løsninger i stedet. Dette gjorde at vi fikk problemer med rekrutteringen, da vi opplevde at det var vanskelig å nå ut til deltakerne. Det ble derfor en lavere svarprosent enn forventet.

En annen svakhet ved studien var om spørsmålene i spørreskjemaet var presise nok. Dette kan ha påvirket deltakernes oppfatning av enkelte av spørsmålene og dermed også svarene.

### Konklusjon

Helsesykepleiernes erfaringer med helsefremming og forebygging av overvekt hos barn og deres foreldre viser at det er utfordrende å motivere foreldrene til å ønske oppfølging og hjelp, og å snakke om livsstilsendringer. Helsesykepleierne opplever at de i noen grad



mangler kompetanse på området. Andre studier viser at det er utfordrende å formidle til foreldrene at deres barn er overvektig, men også å motivere og støtte foreldrene slik at de ønsker videre oppfølging og hjelp. Funnene i denne studien viser derfor hvor viktig det er å fokusere mer på samarbeidet med foreldrene, og hvordan sykepleier kan jobbe mer aktivt for å oppnå kontakt.

Det trengs mer forskning på området for å kunne styrke kunnskapsgrunnlaget og øke kompetansen hos helsesykepleiere, med et mål om å kunne gi et mer strukturert og målrettet tilbud for behandling og oppfølging av barn med overvekt og deres foreldre.

### Referanser

1. World Bank Group. Obesity - Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. ; 2020.
2. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. [Online].; 2010. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningsli unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20ungdom>
3. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. [Online].; 2010. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningsli unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20ungdom>
4. Norsk Helseinformatikk AS. Norsk Helseinformatikk AS. [Online].; 2019. Available from: <https://legehandboka.no>
5. Kostverktøyet. Kostverktøyet. [Online].; 2020. Available from: <https://www.kostverktoyet.no/helsepersonell/fakt>
6. Hauge A, Tonstad S. Store medisinske leksikon. [Online].; 2020. Available from: <https://sml.snl.no/overvekt>.
7. Kostverktøyet. Kostverktøyet. [Online].; 2018. Available from: <https://www.kostverktoyet.no/helsepersonell/fakt>
8. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. [Online].; 2009. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%209ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc>.
9. Helsenorge. Helsenorge. [Online].; 2019. Available from: <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/o>
10. Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet. [Online].; 2017. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke->
11. Glavin K, Helseth S, Kvarme LG. Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten; 2009.
12. Kristoffersen NJ, Nordtvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie 1; 2012.
13. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie 3 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2011.
14. Hanssen-Bauer MW, Knutsen IR. Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig. Sykepleien. 2017.

15. Regber S. Barriers and Facilitators of Health Promotion and Obesity Prevention in Early Childhood: A focus on Parents. *Journal of Health Promotion*. 2018; 13(1): 1-10.
16. Haugstvedt KTS, Graff-Iversen S, Bechensteen B, Hallberg U. Parenting an overweight or obese child: A process of negotiation. *Journal of Health Promotion*. 2018; 13(1): 11-20.
17. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis; 2017.
18. Toftemo I, Glavin K, Lagerløv P. Parents' views and experiences when their preschool. Oxford University Press. 2018.
19. Lovdata. Lovdata. [Online].; 2019. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
20. Helsebiblioteket. Helsebiblioteket. [Online].; 2015. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon>.
21. Hovengen R, Biehl A, Glavin K. Folkehelseinstituttet. [Online].; 2014. Available from: <https://www.fhi.no/globalasider>.
22. Kostverktøyet. Kostverktøyet. [Online].; 2019. Available from: <https://www.kostverktoyet.no/kosthold/porsjonsstorer>.
23. Tveiten S. Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk; 2014.
24. Lovdata. Lovdata. [Online].; 2020. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>.