



## **Barn og overvekt**

Hvordan bidrar ergoterapeuter til å forebygge overvekt og fremme en sunn livsstil for barn i barneskolealder?

Kandidatnummer: 114, 138 og 142

VID vitenskapelige høyskole

Sandnes

Bacheloroppgave

Bachelor i ergoterapi

Kull: ET15

Antall ord: 12 994

16.05.2018

## **Sammendrag**

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien er å få et innblikk i hvordan ergoterapeuter, sammen med annet helsepersonell, kan være med å forebygge overvekt og fremme helse hos barn, da dette er en stor folkehelseutfordring i nåtidens samfunn.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie ble gjennomført for å identifisere, kvalitetssikre og analysere forskning om det aktuelle temaet. Relevant teori og litteratur ble benyttet for å belyse problemstillingen.

**Resultat:** Studiene viser at kosthold, fysisk aktivitet, involvering av familie og psykisk helse er sentrale elementer som bør fokuseres på for å redusere overvekt og fremme mestring og en sunn livsstil hos barn.

**Konklusjon:** I det tverrfaglige teamet spiller ergoterapeuten en sentral rolle for å forebygge overvekt og fremme en sunn livsstil hos barn i barneskolealder. Ergoterapeuter kan lære barn å være mer bevisst på sine handlinger, motivere til å være mer fysisk aktive, og veilede og undervise om kosthold.

**Nøkkelord:** Barn, overvekt, forebygging, helsefremming

## **Abstract**

**Aim:** The aim of this study is to gain insight in how occupational therapists, and other health workers, can work with children to prevent overweight and promote health, as this is a big public health issue.

**Methods:** A systematic literature review was conducted to identify, analyse and assure the quality of the research available on the topic. Appropriate theories and literature were explored to highlight the issue.

**Results:** Research shows that nutrition and eating habits, physical activity, family involvement, and mental health are key elements to focus on when preventing overweight and promoting self-efficacy and a healthy lifestyle in children.

**Conclusions:** In the interdisciplinary team, the occupational therapist plays a central role in preventing overweight and promoting a healthy lifestyle for primary school aged children. Occupational therapists can teach children to be more aware of their actions, motivate them to be more physically active, and guide and teach about healthy eating.

**Keywords:** children, overweight, prevention, health promotion

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Studiens hensikt	6
1.3	Problemstilling	6
1.4	Begrepsavklaring	7
1.5	Avgrensninger	8
1.6	Oppgavens videre oppbygging	8
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b>	<b>9</b>
2.1	MOHO	9
2.2	Forebyggende og helsefremmende arbeid med barns livsstil	10
<b>3.0</b>	<b>Metode</b>	<b>12</b>
3.1	Datainnsamling	13
3.1.1	Inklusjonskriterier	14
3.1.2	Valg av databaser	14
3.1.3	Søkestrategi	14
3.1.4	Kvalitetsvurdering	16
3.1.5	Litteraturliste av de inkluderte artiklene	17
3.1.5	Etisk vurdering	24
3.2	Analyse	24
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b>	<b>27</b>
4.1	Kosthold	27
4.2	Fysisk aktivitet	28
4.3	Involvering av familie	29
4.4	Psykisk helse	30
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>32</b>
5.1	Metodediskusjon	32
5.2	Resultatdiskusjon	34
5.2.1	Kosthold	34
5.2.2	Fysisk aktivitet	35
5.2.3	Involvering av familie	38
5.2.3	Psykisk helse	39
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>43</b>
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>45</b>
	<b>Vedlegg 1: Søkehistorikk</b>	<b>49</b>

## 1.0 Introduksjon

Det er flere grunner til at man bør fokusere på overvektproblematikken blant barn. Overvekt og fedme blant barn har økt de siste tiårene og beskrives i dag som en av de største utfordringene i folkehelsearbeidet (Bauer og Knutsen, 2017). I Norge er 15 prosent av guttene og 18 prosent av jentene i alder 4-16 år overvektige eller har fedme. Med denne økningen plasserer Norges forekomst på nivå med Storbritannia og resten av Norden (Bauer og Knutsen, 2017). I rapporter fra World Health Organization (WHO) beskrives den økende overvekten i den vestlige verden som en epidemi, og de er bekymret for den videre utviklingen (Danielsen, 2014, s. 9). WHO mener derfor at det er viktig å sette i gang tiltak mot overvekt og forebygge dette slik at barn som allerede er overvektige kan forbedre sin nåværende og fremtidige helse (World Health Organization, 2016).

Overvektige barn kan ha lavere livskvalitet og mestringsforventning, samt en større andel helseproblemer enn normalvektige barn. Kjente risikofaktorer er diabetes 2, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, flere typer kreft, og muskel- og skjelettplager. Barn med overvekt har også større risiko for å få psykiske og psykososiale problemer, og er mer utsatt for mobbing (Øen, 2012, s. 22-23). Overvekt kan også gi vansker med aktiviteter i dagliglivet da kroppen kan bli et hinder for å kunne utføre gjøremål. Overvekt kan ha en sterk arvelig komponent, og forskning viser at foreldre med overvektige barn føler at de har mislykkes (Bauer og Knutsen, 2017). Annen forskning viser at barn som er overvektige kan slite med det videre når de blir eldre (Bauer og Knutsen, 2017).

Ettersom overvekt og fedme er en økende utfordring, har helsemyndighetene en egen stortingsmelding om folkehelse med mål om å forebygge, i tillegg til flere handlingsplaner og retningslinjer. I følge Helsedirektoratet (2010a, s. 135) må den enkelte ta ansvar for sin egen helse, men om de ikke lykkes med dette skal de tilbys profesjonell hjelp i regi av helsevesenet. De nye nasjonale retningslinjene skal sikre at alle sykkelig overvektige har lik rett til prioritert helsehjelp, utredning og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 8). Helsefremmende arbeid er viktig for å bedre forutsetningene for god helse, samt fremme trivsel, velvære og muligheter til å mestre de utfordringene og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Forebygging av overvekt krever gode systemer for tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2010a, s. 134). I møte med overvektige barn og deres familier er det viktig at man som fagperson har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av ergoterapiutdanningen vår har vi lært mye om barn, og vi har hatt stor interesse for barns helse. Da vi begynte å snakke om hvilke temaer som kunne være aktuelle ble barn et naturlig valg. Alle tre har jobbet med barn innenfor praksis, men også i jobbsammenheng. Vi kom over helsedirektoratet sine retningslinjer som omhandler forebygging og behandling av overvekt hos barn og unge. Vi merket oss at det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektige (Helsedirektoratet, 2010b, s. 13). Det kommer også frem at skoler er arenaer hvor barn tilbringer mye tid i sin oppvekst, og at skolene har en svært sentral rolle i å bidra til gode levevaner ved å tilrettelegge for fysisk aktivitet og gode kostvaner (Helsedirektoratet, 2010b, s. 13). Vi tenker at som kommende ergoterapeuter vil dette være god kunnskap som vi kan ta med oss videre inn i yrkeslivet da dette, som nevnt i introduksjonen, er et økende problem ikke bare i Norge, men også på verdensbasis.

## 1.2 Studiens hensikt

Hensikten med den systematiske litteraturstudien er å få innsikt i overvektsproblematikken hos barn i barneskolealder. Vi ønsker å få en bedre forståelse av hvordan man kan forebygge overvekt og fremme en sunn livsstil i forhold til barn. Som ergoterapeut kan man samarbeide med ulike faggrupper; lærere, pedagoger og helsesøstre for å nevne noen. Som ergoterapistudenter ønsker vi å utvikle vår kunnskap om dette temaet, slik at vi som utdannede ergoterapeuter kan bidra i forhold til tidlig intervensjon på for eksempel barneskoler.

## 1.3 Problemstilling

Barn og overvekt er et bredt tema. For å finne en problemstilling til denne oppgaven valgte vi å ha fokus på de områdene som har vært av størst interesse for gruppen, nemlig ergoterapeutens rolle innenfor *livsstil, forebygging og helsefremming*. Med det utgangspunktet formulerte vi følgende problemstilling som vi i denne oppgaven ønsker å belyse:

**Hvordan bidrar ergoterapeuter til å forebygge overvekt og fremme en sunn livsstil for barn i barneskolealder?**

## 1.4 Begrepsavklaring

«*Overvekt* og fedme innebærer en opphopning av overflødig kroppsfett, som er forbundet med økt risiko for sykdom og helsekomplikasjoner som diabetes og ortopediske slitasjeskade» (Danielsen, 2014, s. 10). Den vanligste måten å regne ut overvekt og fedme på er å bruke KMI (kroppsmasse indeks), hvor kroppsvekten blir sett i forhold til høyden. Forholdet mellom vekt og høyde er annerledes for barn, og det brukes derfor egne kjønns- og aldersjusterte KMI-grenseverdier. I disse tilfellene brukes benevnelsen iso-KMI. Overvekt kategoriseres når KMI er over 25, og fedme kategoriseres når KMI er over 30 (Danielsen, 2014, s. 10-11). Vi bruker ordet *overvekt* i denne oppgaven, og inkluderer begge kategoriene i den benevnelsen.

*Folkehelse* defineres i folkehelseloven (2011, §3) som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning».

*Folkehelsearbeid* defineres av Helsedirektoratet (2010a, s. 6) som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse».

«*Forebyggende tiltak* har som formål å redusere forekomsten av sykdommer, skader, sosiale problemer, død og risikofaktorer» (Espnes og Smedslund, 2009, s. 301).

«*Helsefremmende tiltak* tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene for å mestre de utfordringene og belastninger man utsettes for i dagliglivet» (Espnes og Smedslund, 2009, s. 301).

*Tverrfaglig samarbeid* er samarbeid som blir gjort mellom ulike faggrupper og profesjoner om en felles utfordring eller et problem, og som samarbeider mot et felles mål (Glavin og Erdal, 2013, s. 29).

*Psykisk helse* blir av WHO definert som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet» (Nes og Clench-Aas, 2011, s. 11).

*Empowerment* betyr at «folk må få kunnskap om helsefremmende forhold, kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen, og kunne delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt», noe som innebærer at en er åpen for folks mål og ønsker (Tellnes, 2017, s. 37).

## 1.5 Avgrensninger

Overvekt er et bredt tema og det kan ramme hele befolkningen i alle aldre. For å avgrense denne oppgaven valgte gruppen å fokusere på barn i barneskolealder. Grunnen til at vi valgte barneskolealder er fordi det er lettere å gripe inn og gjøre livsstilsendringer på et tidlig stadium hos barn, da aktivitets- og kostholdsvaner er mindre innarbeidet i så ung alder (Danielsen, 2014, s. 38) Helsefremmende og forebyggende arbeid har vært i fokus, samt ergoterapeutens rolle og aktuelle samarbeidspartnere.

## 1.6 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven er skrevet etter IMRaD-strukturen, som vil bli forklart i punkt 3.1.1. For å kunne diskutere problemstillingen har relevant litteratur blitt inkludert. Videre i oppgaven presenteres bakgrunnsteori knyttet til temaet. I metodekapittelet blir det gjort rede for fremgangsmåten for å finne de utvalgte forskningsartiklene som er tatt i bruk i oppgaven, samt hvordan artiklene ble analyserte og vurderte. I resultatkapittelet legges resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene frem. Deretter følger en diskusjon av metode og resultat, før vi til slutt kommer frem til en konklusjon som svarer på problemstillingen.



## 2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere relevant faglitteratur for å belyse problemstillingen. Vi har valgt å inkludere Kielhofners (2010) MOHO-modell for å presentere ergoterapeuters forståelse av hvordan aktiviteter påvirkes, samt presentere teori knyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid med barns livsstil.

### 2.1 MOHO

Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO, Model of Human Occupation) er en ergoterapeutisk modell for teori og praksis. Modellen er evidensbasert, noe som innebærer at det har blitt utført studier i flere tiår som har bekreftet validiteten og reliabiliteten av begrepene og undersøkelsesredskapene som MOHO-modellen bruker (Kielhofner, 2010, s. 19). MOHO er også klientsentrert, praksisorientert og aktivitetsfokustert, og har fokus på hvordan ulike elementer påvirker menneskers evne til å utføre aktiviteter (Kielhofner, 2010, s. 19, 26). MOHO-modellen poengterer at omgivelsene spiller inn på menneskers motivasjon, aktivitetsmønster og -utøvelse. For å kunne vurdere menneskers aktivitetsmessige omstendigheter riktig er det derfor grunnleggende at vi som ergoterapeuter har en forståelse for deres sosiale, fysiske og tidsmessige omgivelser (Kielhofner, 2010, s. 26).

MOHO ser på vilje, vanedannelse og utøvelseskapasitet som tre sammenhengende elementer hos mennesker. Modellen peker på disse tre elementene som avgjørende til å utføre aktiviteter. *Vilje* betegnes som motivasjonen for å utføre en aktivitet. Det innebærer at mennesker har følelser og tanker om å utføre ting, som er avgjørende for viljen. Mennesker må oppleve at aktiviteten har verdi, er av interesse, og gir en følelse av handleevne – som innebærer at personen opplever kompetanse og effektivitet (Kielhofner, 2010, s. 26-28). *Vanedannelse* er prosessen fra første gang vi utfører en aktivitet til den er organisert i våre rutiner. Kielhofner (2010, s. 31) skriver at vanedannelsen er ansvarlig for vår daglige rutinemessige atferd og våre relasjonsmønstre med andre mennesker. *Utøvelseskapasitet* innebærer de fysiske evnene, som muskler og skjelett, nervesystem, hjerte- lungesystem, og andre kroppslige faktorer, samt mentale og kognitive evner, som hukommelse og planlegging, som ligger bak personens aktivitetsutførelse (Kielhofner, 2010, s. 26, 31). Modellen tar sikte på å belyse hvordan disse tre elementene påvirker hverandre, og hvordan de er forbundet med, og påvirkes av omgivelsene (Kielhofner, 2010, s. 32).

## 2.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid med barns livsstil

For å danne en bakgrunnsforståelse for temaet vi har valgt vil vi presentere teori knyttet til det forebyggende og helsefremmende arbeidet med barn og deres livsstil, samt knytte inn ergoterapeutens fokus i denne sammenhengen.

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2003, §1) har som formål å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og forebygge sykdom å skade. Forskriften er gjeldende blant annet for helsefremmende og forebyggende arbeid for helse- og omsorgstjeneste i grunnskoler, og vi tenkte derfor det ville være spennende å fokusere på temaet barn og overvekt for å få et innblikk i hvordan vi som ergoterapeuter kan arbeidet på dette området.

Tidligere har ergoterapeuter hovedsakelig fokusert på å fremme deltakelse for barn med funksjonsnedsettelse. Dette fokuset har i senere tid utviklet seg og blitt rettet mer og mer mot helsefremmende og forebyggende tiltak for alle barn, for å fremme helse og trivsel, samt forebygge utvikling av sykdom (Andersen og Kjær, 2010, s. 109). I det helsefremmende arbeidet knyttet til forebygging av overvekt kreves det, i følge Fevang og Moser (2017, s. 143), at man jobber med skreddersydde tiltak rettet mot og tilpasset til den enkelte. Et viktig fokus i det helsefremmende og forebyggende arbeidet er «empowerment» av den enkelte, samt det å ha et balansert maktforhold i arbeidet med mennesker og livsstilsendring (Fevang og Moser, 2017, s. 143).

Det er fare for at vanemessige mønstre blir ført videre med alderen. Dersom barn har et lavt aktivitetsnivå er det dermed større sannsynlighet for å utvikle sykdom senere i livet. Av denne grunn er det viktig å sette i gang tiltak tidlig nettopp for å øke barns fysiske aktivitet (Bonsaksen, 2017, s. 120). Videre skriver Bonsaksen (2017, s. 120) at det er tiltak som blir iverksatt i skoler og barnehager der flest mulig barn er involvert, som vurderes å ha størst effekt og betydning i et folkehelseperspektiv. Ergoterapeuter har fokus på å fremme deltakelse, og for at barn skal oppnå så gode forutsetninger som mulig for å kunne delta i ulike aktiviteter, kan ergoterapeuter bidra med å tilrettelegge, gradere og tilpasse aktiviteter (Andersen og Kjær, 2010, s. 111).

I tillegg til å ha fokus på fysisk aktivitet, er opplæring om et sunt kosthold et sentralt tiltak i forebyggende og helsefremmende arbeid med barn (Øen, 2012, s. 245). Det er derfor

avgjørende at helsepersonell, og andre aktuelle personer innen dette feltet, blant annet får økt kunnskap om hvilke forhold som påvirker kostholdet, for å kunne veilede, gi råd og fremme helse (Fevang og Moser, 2017, s. 157). Ergoterapeuter kan delta i et tverrfaglig samarbeid der både fastleger, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, og særlig helsesøstre kan spille en stor rolle for å forebygge overvekt og fremme en sunn livsstil (Øen, 2012, s. 249).

### 3.0 Metode

I dette kapittelet blir metoden og fremgangsmåten for søkeprosessen beskrevet. Vi går gjennom datainnsamling, inklusjonskriterier, valg av databaser, søkestrategi, kvalitetsvurdering, etisk vurdering og analyse.

I denne ble det brukt systematisk litteraturstudie som for å innhente kunnskap om oppgavens tema; barn og overvekt. Ved å bruke denne metoden var det mulig å få en oversikt over eksisterende forskning som kunne bidra til å komme frem til løsninger og resultater på problemstillingen. En systematisk litteraturstudie gir mulighet til å gjøre gode systematiske søk, samt få bedre innsyn i hvordan man kan få et raskt overblikk over den nyeste forskningen som er gjort.

I de seneste år er det blitt publisert en rekke forskningsartikler, og ved å lete systematisk i disse publikasjonene kan man komme frem til resultater som bidrar til å svare på en bestemt problemstilling eller et valgt tema (Forsberg og Wengström, 2015, s. 30). En systematisk litteraturstudie kan defineres ved at man har en problemstilling som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2015, s. 27).

For at man skal kunne gjøre denne studien er en av forutsetningene at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet innenfor valgt tema (Forsberg og Wengström, 2015, s. 26). Selv om man vet at det finnes tilstrekkelig antall studier er det viktig å ha i minne gjennom prosessen at et enkelt forskningsresultat ikke er tilstrekkelig bevis. De samme resultatene må vises gjentatte ganger i flere studier for å vise troverdighet. I praksis betyr dette at det er lite «sikre og objektive» forskningsresultater (Forsberg og Wengström, 2015, s. 22), noe som kan være en ulempe.

I følge Forsberg og Wengström (2015, s. 19-20) bør det brukes både kvantitative og kvalitative metoder for å finne resultater fra forskning til studien som blir gjort, og i denne systematiske litteraturstudien har vi inkludert begge metodene. Det er viktig at den vitenskapelige kunnskapen identifiseres, vurderes kritisk og settes sammen slik at man kan komme frem til et resultat (Forsberg og Wengström, 2015, s. 19-20). I følge Forsberg og Wengström (2015, s. 88) burde resultatet til en studie anses som pålitelig og gyldig, og i

hovedsak er den interne og eksterne validiteten avgjørende. Validitet betyr at innsamlet data skal være gyldig og bestå av relevans til problemstillingen (Bryman, 2015, s. 158). Det finnes begreper som intern validitet og ekstern validitet, hvor intern validitet brukes ved å se om det foreligger likheter mellom forskernes observasjoner i studien og det teoretiske grunnlaget. Ekstern validitet brukes ved at man finner ut av i hvor stor grad funnene i en studie kan overføres til allmenheten (Bryman, 2015, s. 384). Reliabilitet betyr at litteraturen vi bruker skal være pålitelig. Det kan oppstå feil i tolkninger, og disse eventuelle feilene skal oppgis (Bryman, 2015, s. 156-157).

Når man i utgangspunktet har lite erfaring med å gjøre en systematisk litteraturstudie kan det være vanskelig å vite hvordan man skal gå frem i en slik prosess. Man må gå gjennom hver publikasjon og se på hvordan studien er gjennomført, noe som kan være vanskelig med lite erfaring. Da søkeprosessen startet var det en styrke for gruppen å ha kjennskap til de ulike databaser som skulle brukes under søkeprosessen. Det kan være en fordel å bruke ulike skjemaer og sjekklister for å få en god oversikt gjennom hele prosessen (Forsberg og Wengström, 2015, s. 191).

Dersom det finnes tilstrekkelig antall studier innenfor valgt tema, kan man bruke data som allerede eksisterer, noe som er en fordel. Når man bruker data som allerede eksisterer kan det også være en ulempe, da litteraturen i forkant er analysert og bearbeidet, og det er derfor forfatterens forståelse av litteraturen som står i fokus. Forfatteren skal beskrive litteraturen så forståelig og tydelig som mulig for leser, men litteratur kan likevel tolkes forskjellig fra forfatter til leser (Forsberg og Wengström, 2015 s. 135).

### 3.1 Datainnsamling

Arbeidet med oppgaven begynte i mars 2018 ved at det ble valgt ut hvilke databaser søkene skulle utføres i, deretter hvilke søkeord som skulle tas i bruk. Gruppen utarbeidet en plan for datainnsamlingen der vi ble enige om en tidsperiode og utarbeidet en prosjekt- og fremdriftsplan for når søkene skulle gjennomføres.

### 3.1.1 Inklusjonskriterier

Før søkeprosessen startet ble gruppen enige om hvilke inklusjonskriterier som skulle gjelde. Først og fremst var fokuset på at forskningen som ble valgt ut måtte være om barn i barneskolealder og at den hadde fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet til barn og overvekt. Vi ønsket å få innblikk i hvordan ergoterapeuter erfarer og opplever arbeidet med barn og overvekt, samt effekten av dette arbeidet. Forsberg og Wengström (2015, s. 117, s. 75) skriver at formålet med den kvalitative metoden er nettopp å forstå og forklare fenomen, erfaringer og opplevelser, mens den kvantitative metoden får frem hvilken effekt ulike metoder kan ha.

Opprinnelig var det også kriterier at artiklene skulle være direkte knyttet til ergoterapi og ha IMRaD-struktur. IMRaD er i følge Dalland (2012, s.79) en forkortelse på introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og er den mest brukte normen for oppbygging og struktur av forskningsartikler. Etter å ha gjennomført søkene var det to artikler som fulgte alle kriteriene. Det ble funnet flere artikler som hadde bra innhold, men som ikke hadde IMRaD-struktur, og flere artikler som hadde IMRaD-struktur og godt innhold, men som ikke handlet om ergoterapi. Gruppen diskuterte hvilke av kriteriene som var viktigst for å sikre god kvalitet på oppgaven, og med hjelp fra gruppens veileder ble det til slutt enighet om å ikke kun ha ergoterapi i fokus, men også andre yrkesgrupper, da deres arbeid også kan være aktuelt for ergoterapien. Det forble en forutsetning at artiklene skulle ha IMRaD-struktur.

### 3.1.2 Valg av databaser

Det ble brukt ulike databaser for å søke etter forskningsartikler som kunne svare på problemstillingen. Søket startet i Cinahl da vi var godt kjente med denne databasen og har erfart at denne har en bred oversikt over helserelevante artikler. Videre ble det søkt gjennom fire andre databaser som vi mente kunne inneholde relevant tema, nemlig Google Scholar, PubMed, Oria og Cochrane Library. Til slutt ble også Idunn inkludert som en av databasene for å søke etter relevant nordisk forskning.

### 3.1.3 Søkestrategi

På forhånd ble det bestemt hvilke søkeord som skulle brukes. Disse ble søkt på i samtlige utvalgte databaser, men måten å kombinere søkeordene på varierte fra de ulike søkemotorene.

For å finne de nyeste og mest relevante forskningsartiklene ble alle søkene avgrenset til 2011-2018. Komplette søkehistorikk legges frem i vedlegg 1.

I Cinahl er det mulighet for å søke svært bredt. Med tre søkefelt kan en sammensette flere søkeord på en oversiktlig måte, og søkemotoren tilbyr mange alternativ til å avgrense søket. Det ble avgrenset med «research article, peer reviewed» på de fleste søkene. Antall treff varierte mye alt etter hvilke avgrensninger og søkeord som ble brukt. Flere av de samme artiklene kom opp på de ulike søkene. Til slutt satt gruppen igjen med fire artikler fra Cinahl som var relevante til problemstillingen.

I databasen Google Scholar kom det opp flere av de samme artiklene på de forskjellige søkeordene, i likhet med Cinahl. Det var flere tusen antall treff på hvert søkeord, og de fleste var ikke relevant til vår oppgave da de ikke fulgte kriteriene vi hadde satt oss.

I databasen PubMed var det vanskelig å avgrense søkene. Svært mange artikler kom opp, men på grunn av inklusjonskriteriene vi hadde satt oss var det få som var relevante. Gruppen satt til slutt igjen med tre artikler som var relevante til oppgaven.

Databasen Oria tilbyr flere alternativ for å avgrense søket, og det ble avgrenset til at artiklene skulle være fagfelleurdert. Søkeordene ble kombinert med «AND» for å begrense resultatene. Søkene i Oria resulterte både i artikler og annen litteratur.

I databasen Cochrane Library kom det opp få artikler som kunne brukes da søkene hovedsakelig resulterte i systematiske oversikter, noe som ikke passet inn med inklusjonskriteriene.

Vi ønsket å søke etter nordisk litteratur og inkluderte dermed Idunn i søket. Ved bruk av engelske søkeord var det få artikler som dukket opp, det ble derfor utført nye søk med søkeordene «barn og overvekt», «ergoterapi og barn med overvekt» og «forebygge overvekt» som resulterte i 108 artikler der én artikkel var relevant. I Idunn var det kun mulig å avgrense søket med publikasjonsår.

Etter at søkene var gjennomført satt gruppen igjen med syv artikler som ble tatt med videre til kvalitetsvurdering.

### 3.1.4 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetsvurdere de syv utvalgte artiklene ble det laget litteraturmatriser som hjelp til å sette oss godt inn i artiklene, og for å tydelig få frem de sentrale elementene i hver artikkel. Forsberg og Wengströms (2015, s. 194-198, 203-207) sjekklister for kvalitativ og kvantitativ forskning ble også tatt i bruk. I sjekklistene var det flere sentrale spørsmål som ble stilt, deriblant spørsmål knyttet til studiens formål, hvilke resultat som oppnås, om reliabiliteten var beregnet, om validiteten var diskutert og om resultatene var gyldige. I denne prosessen ble tre artikler valgt bort, slik at det i oppgaven ble inkludert to artikler fra Cinahl og to artikler fra PubMed, der tre av dem er kvalitative og én er kvantitativ.

Artiklene av Kugel, Javaherian og Hewitt (2017), Lau, Stevens og Jia (2013), Thorstensson, Blomberg, Sundler og Larsson (2017) og Jansen et al. (2011) ble vurdert som aktuelle til denne oppgaven da de belyser viktigheten av arbeidet knyttet til barn og overvekt. Kugel et al. (2017) og Lau et al. (2013) beskriver ergoterapiens rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med barn og overvekt, samt effekten av ulike tiltak. Thorstensson et al. (2017) og Jansen et al. (2011) har ikke ergoterapi i fokus, men beskriver viktigheten av riktig tilnærming i arbeidet med overvektige barn i barneskole, og effekten av et skolebasert intervensjonsprogram for å forebygge og redusere overvekt. De to siste artiklene ble inkludert da innholdet er svært relevant også for andre yrkesgrupper, inkludert ergoterapeuter.

Samtlige artikler ble vurdert og kontrollert i register for vitenskapelige publiseringskanaler gjennom «Norsk senter for forskningsdata» (NSD, 2018), der tre av de er godkjent på nivå 1, og én er godkjent på nivå 2.



### 3.1.5 Litteratormatriser av de inkluderte artiklene

Tabell 1: *The Role of Occupational Therapy in Community-Based Programming: Addressing Childhood Health Promotion.*

<b>Referanse</b>	Kugel, J. D., Javaherian-Dysinger, H., Hewitt, L. (2017). The Role of Occupational Therapy in Community-Based Programming: Addressing Childhood Health Promotion. <i>The Open Journal of Occupational Therapy</i> . 5(1), 1-11. DOI: 10.15453/2168. 6408.1259
<b>Hensikt med studien</b>	Studien hadde som formål å få en innsikt i unge jenters ADL (aktiviteter i dagliglivet), samt utfordringene og barrierene som kan begrense deltakelse i helsefremmende daglige aktiviteter. Ved å gjennomføre et 7-ukersprogram «Healthy Occupations»-program var målet at jentene skulle få bedre evner og strategier til å ta daglige valg mot en sunnere livsstil.
<b>Keywords</b>	Youth, health promotion, obesity, wellness.
<b>Metode</b>	<b>Utvalg:</b> Deltakerne måtte være jenter mellom 11 og 15 år, samt være medlem av den aktuelle fritidsklubben (after-school club). Utvalget endte med 5 jenter på 11 og 12 år. Samtykke fra foreldre ble innhentet før datainnsamling startet. <b>Datainnsamling:</b> En kvalitativ studie. Intervju, observasjoner og aktiv deltakelse sammen med deltakerne i fritidsklubben. COPM (Canadian Model of Occupational Performance) ble brukt for at deltakerne skulle evaluere seg selv før og etter gjennomføringen av «Healthy occupations program». Åpne intervju (båndopptak) ble brukt for å utforske sunne valg i dagliglivet, rutiner, familie og skoleliv. CATCH Kids Club Questionnaire vurderte jentenes kunnskap om trening og matvaner. Intervjuene tok rundt 3-4t per deltaker, inkludert 1,5t fokusgruppeintervju. <b>Analyse:</b> Intervjuene ble transkribert ordrett. Transkripsjonene ble kodet for å få en grunnleggende forståelse av hvordan og hvorfor individer opplever ting slik de gjør.  «Healthy occupations»- programmet ble utformet av ergoterapeuter basert på intervjuene som ble holdt med hver deltaker i datasamlingsprosessen,

	<p>og tok dermed utgangspunkt i hver enkeltes behov og ønsker. Hver uke hadde deltakerne gruppemøter som omhandler ulike temaer, hvor de blant annet fikk undervisning om kosthold, fysisk aktivitet, samt utførte ulike aktiviteter for å fremme selvstendighet til å ta sunne valg i hverdagen. Fokus var å innarbeide fysiske, spirituelle, intellektuelle, emosjonelle og sosiale elementer i hver økt.</p>
<b>Resultat/funn</b>	<p>To temaer:</p> <p>«A Glance Into Their Lives» går i dybden på deltakernes tanker rundt helse og deres personlige helsemål.</p> <p>Flere av jentene uttrykte at de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ønsket å gå ned i vekt.</li> <li>- var misfornøyde med deres evne til å delta i gymtimene.</li> <li>- opplevde stress og lav selvtillit</li> <li>- ble mobbet pga. vekten.</li> <li>- brukte mye tid på stillesittende aktiviteter.</li> <li>- opplevde psykisk stress og tristhet. Den ene deltakeren ønsket å lære strategier for å endre levevaner, samt få foreldrene til å kjøpe sunnere mat.</li> </ul> <p>«Healthy Girls»</p> <p>Jentene opplevde programmet som god læring, sunt og gøy. De fikk ny forståelse av helse og sunn livsstil, som inkluderte emosjonell og sosial helse. Støtte fra familie var avgjørende for å kunne endre rutiner og vaner. Økt aktivitetsnivå, mindre «trøstespising».</p>
<b>Relevans til oppgaven</b>	<p>Artikkelen viser tydelig hvordan ergoterapeuter arbeider med barn og overvekt gjennom en helhetlig og klientsentrert praksis</p>

Tabell 2: *Effects of an Occupation-Based Obesity Prevention Program for Children at Risk.*

<b>Referanse</b>	Lau, C., Stevens, D., Jia, J. (2013). Effects of an Occupation-Based Obesity Prevention Program for Children at Risk. <i>Occupational Therapy in Health Care</i> . 27(2), 163-175. DOI: 10.3109/07380577.2013.783725
<b>Hensikt med studien</b>	<p>Studiens hensikt var å undersøke effekten av aktivitetsbasert «after-school program», <i>Healthy Choices for Me</i>, mtp. å fremme sunne livsstilsvalg for barn i faresonen.</p> <p>Hovedmålet var å øke barns opplevelser med fysisk aktivitet og sunn mat for å fremme mestringsevnen knyttet til en sunn livsstil, og med det forebygge overvekt.</p>
<b>Keywords</b>	Lifestyle, obesity
<b>Metode</b>	<p><b>Utvalg:</b> Elever fra to skoler ble valgt til å delta. Kriteriene var at de skulle være i multikulturelle bydeler preget av lav sosial og økonomisk status. Samtykke fra foreldre ble innhentet før datainnsamling starter, og alle familiene valgte å delta i den 12 uker lange intervensjonen. Totalt 27 elever.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> En kvalitativ studie. Høyde, vekt og BMI av elevene. Spørreskjema knyttet til matvaner, inntak av frukt og grønt, egen mestringsevne rundt matvalg, og fysisk aktivitet, samt en «cookie-carrot test». Noen av testene muliggjorde retest etter intervensjonen.</p> <p>Ergoterapistudenter gjennomførte målingene og hjalp elevene med å fylle ut spørreskjemaene. Spørreskjema for foreldre ble også tatt i bruk.</p> <p><b>Analyse:</b> Resultatene fra før og etter intervensjonen ble sammenlignet. Data ble analysert ved bruk av SPSS (statistisk analyse).</p> <p>«Healthy choices for me»-programmet gikk ut på å fremme empowerment og barns mestringsevne knyttet til fysisk aktivitet og kosthold, og hadde fokus på barnas motivasjon, mål, rutiner, vaner og miljø. Programmet ble gjennomført to ganger à 90 minutt, som innebar en økt med fysisk aktivitet, kostholdsundervisning tilpasset aldersgruppene, og en økt med matlaging og/eller spising. Hver uke skulle barna også sette «healthy goals» knyttet til fysisk aktivitet og kosthold, med hjelp av ergoterapeuter.</p>

<b>Resultat/funn</b>	<p>Av økonomiske årsaker var det kun 15 elever som fullførte programmet/fritidsordningen. Resultatene viste ingen betydelige endringer i høyde, vekt eller BMI ved slutten av programmet, men barna hadde økt mestringsevne knyttet til valg av sunn mat, samt små positive endringer ift. fysisk aktivitet. Foreldrene vurderte at programmet hadde positiv effekt for barnas kunnskap om mat og deltakelse i fysiske aktiviteter.</p> <p>Programmet var effektivt både for yngre og eldre barneskolebarn, samt barn med ulik bakgrunn.</p>
<b>Relevans til oppgaven</b>	<p>Artikkelen er relevant til oppgaven da den handler om ergoterapeuter og ergoterapistudenter som arbeider aktivitetsbasert med barn og unge nettopp for å forebygge overvekt.</p>

Tabell 3: To break the weight gain – A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school.

<b>Referanse</b>	Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A.J., Larsson, M. (2017). To break the weight gain – A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. <i>Journal of clinical nursing</i> 2018;27, 251- 258. DOI: 10.1111/jocn.13924
<b>Hensikt med studien</b>	Formålet med denne studien var å beskrive opplevelsene til helsesøstre som arbeider med overvektige skolebarn.
<b>Keywords</b>	Children, health promotion, nursing, obesity, pupils, qualitative
<b>Metode</b>	<p><b>Utvalg:</b> Seks helsesøstre som jobber i skoler fra tre kommuner i vestlige Sverige.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> En kvalitativ studie. Data ble samlet gjennom intervjuer med helsesøstre på skolen som arbeider med skolebarn som sliter med overvekt i svensk grunnskole.</p> <p><b>Analyse:</b> Analysen ble utført etter RLR-struktur. Det ble tatt lydopptak av intervjuene og etterpå transkribert.</p>
<b>Resultat/funn</b>	I forskningen kom det frem at det å jobbe med overvektige skolebarn er en krevende del av arbeidsdagen. Helsesøstrene må gi følelsesmessig støtte til overvektige barn i skoletiden. De må være oppmerksomme på samtalene de har med barna og ikke krenke selvtilliten til barna. Det er viktig å identifisere barn som er overvektige og støtte barnets velvære i skole, samarbeid med foreldre; å ha samtaler med dem angående at de engasjerer seg i motivasjon samtaler med barnet, og de arbeider trinnvis.
<b>Relevans til oppgaven</b>	Artikkelen viser tydelig hvordan helsesøstrene jobber med overvektige barn og hvordan de forebygger overvekt innenfor skolebarn. Denne arbeids- og tilnæringsmåten tenker vi er like aktuell for ergoterapeuter.

Tabell 4: Effectiveness of a primary school-based intervention to reduce overweight.

<b>Referanse</b>	Jansen, W., Borsboom, G., Meima, A., Zwanenburg, E. J., Mackenbach, J-P., Raat, H. & Brug, J. (2011). Effectiveness of a primary school-based intervention to reduce overweight. <i>International Journal of Pediatric Obesity</i> , 6, 70-77. doi: 10.3109/17477166.2011.575151
<b>Hensikt med studien</b>	Formålet med denne studien var å evaluere effekten av et skolebasert intervensjonsprogram for å redusere overvekt å forbedre trening i barneskolen.
<b>Keywords</b>	Childhood obesity, randomized controlled trial, school-based program, prevention, physical activity.
<b>Metode</b>	<p><b>Utvalg:</b> Deltakerne var elever fra tredje til åttende klasse (6-12 år), fra 20 forskjellige skoler i Rotterdam, Nederland.</p> <p>De 20 skolene ble delt på 2, slik at det var 10 skoler som hadde intervensjons-programmet (intervensjon skole) og 10 skoler som hadde normalt skoleår (kontroll skole).</p> <p><b>Datainnsamling:</b> En kvantitativ analyse ble utført ved å bruke et klyngebasert kontrollert design.</p> <p>På starten av skoleåret i september ble det regnet ut BMI, målt midjeomkrets og gjennomført BIP-test av deltakerne. I juni ble det tatt samme mål og tester av deltakerne for å se om intervensjonen hadde effekt.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervensjonsprogrammet kalt «Lekker Fit!» ble brukt i denne studien. For å evaluere effekten av intervensjonen ble det brukt et klyngebasert kontrollert design som igjen baseres på at det blir utført en modellanalyse på flere nivå. Det betyr at det ble etablert variabler til hver undersøkelse elevene tok i september og sammenlignet med undersøkelsene som ble gjort i juni. Dette ble gjort ved bruk av GEE (general estimating equations).</p> <p>«Lekker fit!»-programmet (Enjoy being fit!) fokuserte på å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet. Programmet var basert på fire komponenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hovedkomponenten var å implementere tre økter i uken med gym for 3.-8.klasse.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det ble også arrangert aktiviteter etter skoletid som ikke var obligatorisk.</li> <li>- Tre undervisningsøkter om sunt kosthold, aktiv og sunn livsstil ble holdt.</li> <li>- Eurofit test ble tatt i bruk for å måle høyde, vekt og ni ulike fysiske tester. Testen ble utført både i starten og slutten av skoleåret.</li> </ul>
<b>Resultat/funn</b>	<p>Klassetrinnene ble delt i to grupper: 3-5 trinn og 6-8 trinn.</p> <p>Resultatene viser at BMI og midjemålene hadde økt og at BIP-testen hadde dårligere prestasjon enn utgangspunktet på 6-8 trinn. 6-8 trinn hadde lite effekt av intervensjonen.</p> <p>I motsetning hadde 3-5 trinn betraktelig mindre midjemål etter intervensjonen, enn elevene på kontroll-skolene. På BIP-testen hadde 3-5 trinn bedre prestasjon på intervensjons-skolene enn kontroll-skolene. 3-5 trinn hadde god effekt av intervensjonen.</p> <p>Elevene i 3-5 trinn med den skolebaserte intervensjonen «Lekker Fit!» gikk mindre opp i vekt enn de elevene som hadde et normalt skoleår i kontrollskolene.</p>
<b>Relevans til oppgaven</b>	<p>Artikkelen viser at intervensjon i tidlig alder har en påvirkning i forhold til å redusere overvekt og fedme.</p>

### 3.1.5 Etisk vurdering

For å velge ut artikler er det viktig å ta noen etiske vurderinger. Blant annet skal studiene være godkjent av en etisk komite, eller tydelig få frem at etiske hensyn har blitt vurdert (Forsberg og Wengström, 2015, s. 59).

Kugel et al. (2017, s. 2) har fått godkjenning fra «institutional review board» ved Loma Linda University. Lau et al. (2013, s. 166) har fått godkjenning av «institutional review board» ved Touro University of Nevada. Jansen et al. (2011, s. 72) fikk godkjenning av «the Medical Ethics Committee of Erasmus MC». Thorstensson et al. (2017, s. 253) skriver at deres studie følger etiske regler og er i samsvar med Helsinkideklarasjonen, og at det dermed ikke var nødvendig med godkjenning fra en etisk komité i følge svensk lovgivning.

Samtlige artikler er skrevet på engelsk og inneholder store deler fagspråk og -uttrykk, det kan dermed ikke utelukkes at det kan ha oppstått feiltolkninger.

## 3.2 Analyse

Forsberg og Wengström (2015, s. 152) skriver at å analysere betyr å dele opp i mindre deler og undersøke delen hver for seg. For å analysere artiklene har gruppen valgt å ta i bruk Forsberg og Wengströms (2015, s. 153) fem steg for innholdsanalyse.

Steg 1 – Bli kjent med materialet:

Forskningsartiklene ble skrevet ut, og alle i gruppen leste gjennom samtlige artikler, flere ganger, for å få kjennskap til og forståelse for innholdet. Vi valgte å nummerere artiklene fra 1 til 4 for å lettere referere til de aktuelle artiklene innad i gruppen.

Steg 2 – Finn ut hva teksten handler om og gi utsagnene koder:

Det ble laget litteraturmatrise for hver artikkel. Vi valgte å sette opp litteraturmatrisene med utgangspunkt i IMRaD, for å trekke ut det mest sentrale innholdet fra hvert kapittel i forskningsartiklene. Dette hjalp oss til å få en god oversikt, bli enda bedre kjent med og få en helhetlig forståelse av innholdet, samt identifisere hovedfunnene og de sentrale elementene. På denne måten kom vi frem til aktuelle funn og utsagn og endte opp med følgende koder: *aktivitet, støtte fra familie, rutiner, vaner, vilje, aktivitet i dagliglivet, føle seg utenfor, mat,*



*trening, sunne valg, lav selvtillit, meningsfulle aktiviteter, selvstendighet, følsomhet, skolemiljø, motivasjon, kunnskap, mobbing.*

Steg 3 – Fordele kodene i ulike kategorier:

Gruppen opplevde at det til tider var vanskelig å skille kodene i ulike kategorier da flere av de går inn i hverandre. Vi diskuterte likheter og ulikheter mellom kodene og eventuelle kategorier, men kom til slutt frem til følgende kategorier:

- *Matvaner*
- *Livsstil*
- *Fysisk funksjon*
- *Skolemiljø*
- *Informasjon*
- *Fysisk deltakelse*
- *Sosial deltakelse*
- *Foreldres tilstedeværelse*
- *Selvfølelse*

Steg 4 – Sammenfatte kategoriene til tema:

Gruppen fant likheter i kategoriene og valgte å dele de inn i fire hovedtemaer. Disse temaene kommer igjen i artiklene, og vi opplevde de som svært relevante innenfor temaet barn og overvekt. Hovedtemaene ble:

- Kosthold
- Fysisk aktivitet
- Involvering av familie
- Psykisk helse

Steg 5: Tolke og diskutere resultatet:

Det siste steget blir omtalt i de to neste kapitlene hvor vi trekker frem funnene i hver artikkel, sammenligner og diskuterer dem.

Tabell 5: Temaer og kategorier

<b>Tema</b>	<b>Kategorier</b>
Kosthold	- Matvaner
Fysisk aktivitet	- Fysisk funksjon - Fysisk deltakelse
Involvering av familie	- Livsstil - Informasjon - Foreldres tilstedeværelse
Psykisk helse	- Skolemiljø - Sosial deltakelse - Selvfølelse

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet vil resultatene fra artiklene bli lagt frem. Gruppen analyserte de fire inkluderte artiklene, og valgte da å fordele innholdet i fire hovedtemaer. Temaene vi kom frem til var kosthold, fysisk aktivitet, involvering av familie, og psykisk helse.

### 4.1 Kosthold

Alle de fire inkluderte artiklene hadde i større eller mindre grad fokus på kosthold, og omtalte det som en av faktorene som påvirker overvekt (Kugel et al., 2017; Lau et al., 2013; Jansen et al., 2011). Jansen et al. (2011, s. 75) omtaler ikke kosthold konkret i resultatdelen, men programmet «Lekker fit!» fokuserte på å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet. Siden dette var et flerkomponert program var det vanskelig for forfatterne å konkludere med hvilke av faktorene som var mest effektive i studien.

En av deltakerne i studien til Kugel et al. (2017, s. 5) uttrykte at det største målet hun hadde var å gå ned i vekt men at hun opplevde det som vanskelig da hun ikke klarte å gi slipp på fastfood (vi bruker ordet «fastfood» for å definere mat med lav næringsverdi, og høyt kaloriinnhold). Hun fortalte at hun følte seg avhengig av koffein og sukkerholdige produkter, men at hun ønsket å lære seg strategier til å endre vaner knyttet til kosthold, noe som var en del av fokuset i studien. Vekttap, derimot, var ikke et fokus i studien, men deltakeren fortalte at hun hadde begynt å gå ned i vekt fordi «Healthy Occupations»-programmet hadde gitt henne et nytt fokus på kosthold og livsstil (Kugel et al., 2017, s. 7). Lau et al. (2013, s. 165-167) hadde ikke fokus på vekttap, men ønsket å gi deltakerne kunnskap om sunt kosthold. Deltakerne skulle gjennomføre en test både før og etter intervensjonsprogrammet «Healthy Choices for Me», hvor de fikk velge mellom søtsaker eller grønnsaker. Resultatene etter intervensjonen viste at flere av barna gikk fra å velge søtsaker til å velge grønnsaker, og at de var villige til å prøve nye sunne matvarer. Det var tydelig at deltakerne hadde endret syn på mat og var i stand til å ta selvstendige, sunne valg. Et resultat som kom frem i studien til Kugel et al. (2017, s. 7) var at en av deltakerne valgte et sunt alternativ da familien var på fastfood-restaurant. Hun valgte også å kutte ned på koffein- og sukkerholdige drikker fra fire til én om dagen, og uttrykte at hun følte seg mye bedre.

I studien til Thorstensson et al. (2017, s. 255) forteller en av helsesøstrene at for å forebygge vektøkning var det viktig å finne en balanse i barnas kosthold. Dette anbefalte hun blant annet

å gjøre ved å ta små steg om gangen som kan utvikle seg til å bli en vane, for eksempel å ikke spise søtsaker i ukedager.

## 4.2 Fysisk aktivitet

Flere av artiklene forklarer betydningen av fysisk aktivitet for å opprettholde en sunn livsstil og god helse. Jansen et al. (2011, s. 76) viser til at skolebaserte intervensjonsprogram som «Lekker Fit!» er mest effektive knyttet til å redusere og forebygge overvekt hos barn, samt få barn i bedre form. Det kom også frem at tidlig intervensjon gir best resultat, da barn fra 3-5.trinn viste større endring på målingene som ble utført før og etter intervensjonsprogrammet, enn barn fra 6-8.trinn.

I Kugel et al. (2017, s. 7) og Lau et al. (2013, s. 170) brukte flere av deltakerne store deler av fritiden sin på stillesittende aktiviteter som å se på TV, være på dataen og høre på musikk. Etter gjennomføringen av «Healthy Occupations»-programmet ble det rapportert at flere av deltakerne brukte mindre tid på stillesittende aktiviteter, og mer tid på aktiviteter utendørs (Kugel et al., 2017, s. 7). I «Healthy Choices for Me»-programmet var det fokus på å øke fysisk aktivitet og redusere stillesittende aktiviteter. Det ble rapportert om tendenser til positive endringer, men disse var ikke betydelige (Lau et al., 2013, s. 170-171). En av jentene som deltok i «Healthy Occupations»-programmet uttrykte misnøye med hennes evne til å delta i fysiske aktiviteter – særlig gymtimene – på skolen. Hun fortalte at hun ikke klarte å løpe i ett minutt og ble sliten med en gang, men da samtalen gikk over til daglige aktiviteter og fritid kom det frem at hun brukte 4 timer daglig på dataspill og stillesittende aktiviteter. En annen jente som deltok fortalte at et av hennes mål var å kunne gå uten å bli så raskt sliten. Etter programmet fortalte hun at hun hadde begynt å bruke mer tid ute, og begrenset tiden foran skjermen (Kugel et al., 2017, s. 7).

Helsesøstrene i studien til Thorstensson et al. (2017, s. 255) følte at de var ansvarlige for å oppmuntre barna til å få en bedre og sunnere livsstil. For å motivere til endring måtte de fokusere på løsninger og muligheter til å finne morsomme aktiviteter. Noen eksempler var å sykle med venner eller gå en tur i nabolaget. Helsesøstrene fortalte at de forsøkte å snakke positivt med barna om fysiske og stillesittende aktiviteter gjennom motiverende samtaler. «*The goal is not weight loss ... the goal is to prevent increase in weight*» (Thorstensson et al., 2017 s. 255). For å oppnå dette fortalte helsesøstrene at det å gjøre små forandringer, og ta et

steg om gangen fungerte godt for å opprettholde motivasjonen til barna. Det viktigste steget var å stoppe videreutviklingen av overvekt.

#### 4.3 Involvering av familie

Kugel et al. (2017, s. 6) skriver at deltakerne i studien ikke bare ønsket å endre sin egen livsstil, men også at de ønsket å involvere familien i endringene. En av jentene uttrykte at hun ønsket å motivere foreldrene til å kjøpe sunnere mat. Det ble lagt vekt på viktigheten av støtte fra familien for å kunne endre rutiner og vaner, og for noen av deltakerne kunne det være vanskelig å velge sunn mat hjemme fordi det ikke var tilgjengelig. Den 12 år gamle jenten som deltok i studien uttrykte følgende: *«I come home and have an apple or something, but we don't have a lot of healthy stuff in the house, so maybe encouraging my mom to get more healthy fruits»* (Kugel et al., 2017, s. 7). I studien til Lau et al. (2013, s. 170) ble foreldre involvert da de skulle vurdere «Healthy Choices for Me»-programmet, og hvordan det hadde påvirket barnas kunnskap om kosthold, deltakelse i fysiske aktiviteter og sosial atferd.

I Thorstensson et al. (2017, s. 254) kommer det frem at når en arbeider med overvektige barn, er det viktig å involvere og samarbeide med barnas foreldre. I noen situasjoner er ikke overvekten bare en utfordring hos barnet, men også hos foreldrene som enten har vært eller er overvektig selv (Thorstensson et al., 2017 s. 254). En av helsesøstre som deltok i studien fortalte om foreldre som hadde mistet troen på sin egen evne til å hjelpe sitt barnet: *«You must respect that it can be a very troublesome period in their life, you need to be calm. Some parents can be preoccupied with themselves or other things in their lives ... which makes them not really able to cope»* (Thorstensson et al., 2017 s. 254).

Helsesøstre i studien til Thorstensson et al. (2017, s. 255) beskrev noen ganger at de ikke bare måtte støtte barnet, men også foreldrene til barnet. I noen situasjoner trodde foreldre at barna deres ville utvikle spiseforstyrrelser dersom de ga for mye oppmerksomhet på overvekten hos barnet. En annen utfordring de opplevde var da foreldrene var umotiverte eller lite villig til å foreta endringer eller hjelpe barnet sitt. Helsesøstre uttrykte at de følte seg mislykket om de ikke klarte å motivere og involvere familien, og reflekterte over hva de kunne gjort annerledes (Thorstensson et al., 2017 s. 255).

Helsesøstrene i studien til Thorstensson et al. (2017, s. 254-255) hadde flere samtaler med barn og deres foreldre. Resultatene viste at disse samtalerne ofte var følelsesladede. Foreldrene og barna kunne misforstå informasjonen de fikk, noe som kunne fremkalle sinne og tristhet. Helsesøstrene påpekte derfor at det var viktig med en sensitiv tilnærming. Uten sensitivitet i samtalerne var det fare for at de kunne fornærme barnet eller foreldrene. I disse samtalerne var det viktig at helsesøstrene ikke bare hørte barnets, men også foreldrene sin side av saken. Når man snakker til barn og gir dem informasjon eller veiledning, understrekte helsesøstrene at det var viktig å forholde seg til barnets hverdag. Et eksempel var å tilpasse rådene til barnets alder og utvikling, spørre om følelser og meninger om deres kropp. Målet til helsesøstrene var å gjennomføre samtaler på en måte som kunne styrke barnets velvære og helse, og motivere dem mot en sunnere livsstil (Thorstensson et al., 2017 s. 255). Det kom frem i resultatet at foreldrene følte de hadde mislyktes, og lente seg på helsesøstrene. For å prøve å skape motiverende samtaler, hadde helsesøstrene fokus på å ha en sensitiv tilnærming og være ydmyke, noe som gjorde at barna følte seg stolte og motiverte til å gjøre endringer (Thorstensson et al., 2017 s. 255). Motiverende samtaler var en måte å styre endringer med respekt, og de retter seg mot barnet og familien.

#### 4.4 Psykisk helse

Helsesøstrene i studien til Thorsteinsson et al. (2017, s. 252) opplevde at overvekt kunne påvirke barnas velvære på skolen. De observerte også at selvtilliten av overvektige barn kunne påvirkes negativt. Flere av barna trengte støtte fra skolens helsesøstre for å føle seg vel. Det var også flere av barna som fortalte om opplevelser av å bli mobbet av medelever. Dette har påvirket barnas læreevne på en negativ måte (Thorstensson, 2017, s. 252).

Det kommer frem i resultatet til Thorstensson et al. (2017, s. 254) at noen barn ikke likte aktiviteter som for eksempel å spille forskjellige ballspill på skolen, og de gav uttrykk for at det å være overvektig gjorde det vanskeligere for dem å delta og være fysisk aktive. Dette førte til at barna ikke ønsket å ta del i aktiviteter eller lek i skolen. Helsesøstrene måtte støtte barna til å takle ulike utfordringer på skolen, som for eksempel mobbing. Det å styrke selvtillit og velvære ble oppgitt som en viktig faktor, så vel som å støtte barna til å takle overvekten så godt som mulig. Helsesøstrene påpekte at det å være overvektig kunne påvirke barnas trivsel og selvfølelse, og at det derfor var viktig å støtte og hjelpe barna med å være fysisk aktive, og sosialisere seg med venner: «*The boy was quite lonely ... he had no friends ...*

*his mother wanted him to go with her to the gym which made him feel even more lonely»*  
(Thorstensson et al., 2017, s.254).

Kugel et al. (2017, s. 5-7) får tydelig frem hvordan overvektsproblematikken og livsstilen til jentene påvirket deres psykiske helse. Flere av jentene som deltok i studien gav uttrykk for at de følte seg flaue over vekten sin. De opplevde ofte å bli mobbet av andre barn på skolen, både på grunn av vekten og familiene sine. Jentene fortalte at både foreldrene og de selv ønsket at de skulle gå ned i vekt. Flere av dem ble mye mobbet av andre elever på skolen og ble da – naturligvis – lei seg. Videre forteller særlig en av jentene at når hun ble lei seg så spiste hun enda mer. Det kom tydelig frem fra flere av deltakerne i studien at mentalt stress og presset om å være «tynn og vakker» var stort, og at det førte til lav selvtillit og til tider selvsaboterende oppførsel (Kugel et al., 2017, s. 5-7).

Etter å ha fullført «healthy occupations»-programmet hadde jentene fått et nytt syn på helse og sunnhet. Fokuset deres hadde endret seg fra hva andre tenkte om de, til hva de følte om seg selv. Eget selvbilde var viktigere enn andres meninger. En 12 år gammel jente som deltok i studien uttalte at *«healthy is not listening to people when they say you are ugly»* (Kugel et al., 2017, s. 6). Denne måten å tenke på styrket jentene og hjalp dem med usikkerheten rundt kropp og selvbilde. Jentene fortalte at de tidligere spiste mye da de stresset, men at de syv ukene med «Healthy Occupations»-programmet hadde hjulpet og fjernet en del av stresset de opplevde, og dermed ført til at de spiste mindre. En av jentene fortalte hun hadde lært at hennes egne holdninger kunne være med og forme hennes daglige valg og beslutninger. *«Healthiness is your attitude, it's not just what you eat»* (Kugel et al., 2017, s. 7).

## 5.0 Diskusjon

I diskusjonskapitlet vil metodediskusjonen først bli presentert hvor vi får frem og diskuterer prosessen og erfaringene vi gjorde oss underveis. Videre presenteres resultatdiskusjonen hvor funn fra artiklene sammenlignes og knyttes opp mot ny, selvvalgt teori og litteratur.

### 5.1 Metodediskusjon

I februar 2018 ble vi enig om valg av tema og deretter utarbeidet vi en problemstilling. Vi har valgt å skrive en litteraturbasert oppgave så i mars 2018 startet vi med å lage en prosjektplan for å ha kontroll og sikre en fremgang i oppgaven. Vi klarte ikke helt å følge planen, men vi har klart å holde de interne fristene som vi satte oss. Gjennom prosessen har vi vært tre studenter, ivrige etter å nå samme mål. Samarbeidet mellom alle tre har vært bra. Det å være tre personer om samme oppgave, har bidratt til flere diskusjoner angående både innhold, oppbygging og setningsformuleringer. Dette vil vi se på som en styrke i oppgaven vår. Boka til Forsberg og Wengström (2015) har vært til stor hjelp da vi hadde lite erfaring med en systematisk litteraturstudie fra før.

Det ble gjort et systematisk litteratursøk i fem databaser som vi mente var av størst interesse for å oppnå best mulig resultat. Dette er noe som styrker oppgaven. Vi brukte de samme søkeordene i forskjellige databaser og valgte å bruke fire artikler hentet fra to databaser, Cinahl og PubMed. Vi oppdaget raskt at Cochrane Library var en database som inneholder mest oppsummert forskning, men at vi kan ha gått glipp av god forskning i litteraturlisten til artiklene funnet der. Vi ønsket å inkludere forskning fra en nordisk database. Det ble gjennomført søk i Idunn med norske søkeord som «ergoterapi og overvekt», men det gav ingen resultater som kunne brukes. De få artiklene som kom frem hadde forsket mer på selve behandlingen av overvekt, ikke helsefremmende og/eller forebyggende arbeid, som vi ønsket oppgaven skulle ha fokus på. Dette var noe vi ønsket å ha med i oppgaven ettersom ergoterapeuter fokuserer mer på forebygging og helsefremming (Brandt, Madsen, Peoples, 2013, 20). Inklusjonskriteriene innebar at artiklene ikke skulle være eldre enn 2011, noe som kan medføre at gode artikler fra tidligere har blitt utelatt, men dette styrker også oppgaven ved at det er tatt i bruk nyere forskning med relevans til problemstillingen, og som kan styrke oppgaven.



Da vi startet søkeprosessen tok vi hovedsakelig i bruk søkeord knyttet til ergoterapeuters konkrete rolle i arbeidet med barn og overvekt, ettersom dette var et av inklusjonskriteriene. Søkene gav få resultater, og vi besluttet derfor å endre kriteriet til at artiklene ikke nødvendigvis måtte omhandle ergoterapi, da arbeidsmåten til andre yrkesgrupper også kan være aktuelt for ergoterapi. Grunnen til at vi fant så få artikler som var direkte knyttet til ergoterapi kan være at det er forsket lite på dette feltet, eller at våre søkeord og -kombinasjoner ikke har fått frem de mest relevante artiklene.

Artiklene som er med i oppgaven ble utført i Sverige, Nederland og USA som dermed representerer den vestlige kulturen. Ettersom overvekt ikke bare er et folkehelseproblem i Norge, men på verdensbasis, valgte vi å inkludere internasjonal forskning. WHO betegner fedme som en trend som er økende på verdensbasis, og i Europa har fedmeproblematikken tidoblet seg siden 1970-årene (Helsedirektoratet, 2008, s. 2). Det er også viktig å huske at ettersom studiene ikke er utført i Norge kan det påvirke i hvor stor grad resultatene eventuelt er preget av ekstern validitet. I Norge kan vi ha annen arbeidskultur, samt utføre arbeidet ut i fra et annet lovverk og yrkesetiske retningslinjer enn i andre land, og vi kan dermed ikke si om resultatene på internasjonal og norsk forskning ville vært helt like. Det at vi har funnet artikler som er skrevet på engelsk kan ha gjort analysen svakere da dette ikke er vårt morsmål. Dette kan også ha medført at vi kan ha mistolket eller oversett deler av innholdet i forskningsartiklene. På grunnlag av overnevnte faktorer tolker vi i gruppen at studiene bærer preg av ekstern validitet. De er relevante på verdensbasis og overførbar til allmenheten.

Av de fire inkluderte artiklene er tre basert på kvalitativ metode. Dette ser vi på som en fordel ettersom en kvalitativ studie får tydelig frem og beskriver menneskers erfaringer og opplevelser (Forsberg og Wengström, 2015, s. 117). Den fjerde artikkelen bygges på kvantitativ metode, som viser hvilken effekt en bestemt intervensjon har (Forsberg og Wengström, 2015, s. 75). Funnene i artiklene samsvarer i stor grad med hverandre, og har store fellestrekk i hvordan man skal forebygge overvekt og fremme en sunn livsstil i arbeidet med barn.

Det har styrket oss å gjøre denne studien på den måten at vi har lært oss systematiske søk, som vi gjennom oppgaven har fått god trening i, samt søke etter og vurdere forskning etter sjekklistene. Vi har fått mye kunnskap og bred innsikt i valgt emne på kort tid, og fra den utviklet erfaringen er kunnskapen enkel å spore opp igjen ved bruk av kildene. Våre

erfaringer med å skrive en litteraturstudie er at vi har fått en god oversikt på hvilken forskning og litteratur som har blitt gjort og er tilgjengelig om vårt valgte tema og problemstilling. En styrke med oppgaven er at vi er tre studenter som har vurdert artiklene og kvalitetssikret dem, for å finne ut hvilke som skulle inkluderes. Langsiktig tenker gruppen at en systematisk litteraturstudie kan bidra godt for oss i en eventuell jobbsammenheng.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Kosthold

Kosthold er en sentral årsak til utvikling av overvekt og fedme, og sammenlignet med aktivitetsvaner er det kosthold som er den største påvirkningsfaktoren med tanke på vekt (Danielsen, 2014, s. 22). I følge Kolsgaard (2012, s. 159) er årsaken til overvekt en kombinasjon av arv og miljø, hvor kosthold er en av miljøfaktorene. Mat er tilgjengelig overalt i dag, og det er derfor viktig å sørge for gode matvaner fra tidlig alder for å fremme optimal utvikling (Kolsgaard, 2012, s.159).

For å arbeide helsefremmende og forebyggende med overvektige barn er det avgjørende at barnet får oppleve empowerment og autonomi (Fevang og Moser, 2017, s. 143). Kugel et al. (2017, s. 3) fremmet nettopp dette ved at deltakerne i studien selv fikk uttrykke egne aktivitetsproblemer og komme med ønsker om hva de ville jobbe med i intervensjonen. Det kom frem at flere ønsket å spise sunnere og lære seg å lage mat. Lau et al. (2013, s. 168) ønsket også å fremme myndiggjøring og egen mestringsevne hos deltakerne, og lot barna derfor sette egne «healthy choice»-mål med hjelp fra ergoterapistudentene. Gjennom intervensjonene i begge studiene fikk deltakerne økt kunnskap om sunn mat og matlaging, styrket egen mestringsevne og empowerment, samt kunnskap og informasjon om det å ta riktige valg i hverdagen, noe de selv opplevde som meningsfullt (Kugel et al., 2017, s. 5-7, Lau et al., 2013, s. 169-170). Sett fra et ergoterapeutisk perspektiv er det nettopp de meningsfulle aktivitetene som bygger hverdagen (Andersen og Kjær, 2010, s. 113).

Fastfood og sukkerholdige drikker gir økt risiko for overvekt og fedme (Fevang og Moser, 2017, s. 142). Tre av de fire inkluderte artiklene hadde undervisning om kosthold som en del av intervensjonsprogrammet (Kugel et al., 2017; Lau et al., 2013; Jansen et al., 2011). I studien til Jansen et al. (2011) ble det ikke poengtert i resultatene om undervisningen om kosthold hadde noen effekt. I studiene til Kugel et al. (2017, s. 5-7) og Lau et al. (2013, s.

169-170) derimot, hadde ergoterapeuter og ergoterapiststudenter gjennomført kostholdsundervisningen, og resultatene viste at barna hadde fått økt kunnskap om kosthold og dermed et bedre utgangspunkt til å ta sunne, selvstendige valg i hverdagen. Etter å ha gjennomført intervensjonene i studiene var det flere av deltakerne som tok i bruk kunnskapen de hadde tilegnet seg og dermed valgte bort, eller i det minste reduserte, inntak av usunn mat og sukkerholdig drikke. Ergoterapeuter kan motivere barna til å ta sunnere valg ved å ha fokus på meningsfulle aktivitet som fremmer et sunt kosthold, som for eksempel det å forberede egen matpakke (Lau et al., 2013, s. 172-173). Vi diskuterte i gruppen om kostholdsundervisningen i studien til Jansen et al. (2011) kanskje ville vært mer effektiv, og eventuelt gitt større resultat, dersom barna hadde fått spille en rolle i planlegging og utføring. Ut i fra teori og forskningen som vi har lest nå og tidligere, har vi fått en forståelse for at det å involvere deltakerne i planlegging, og lytte til deres ønsker og mål, gir større sannsynlighet for å skape forandring. Slik resultatene i studiene til Kugel et al. (2017) og Lau et al. (2013) blir lagt frem og diskutert, viser det at det å inkludere deltakerne aktivt gjennom prosessen kan ha større effekt.

Vilje blir i MOHO-modellen sett på som et av de sentrale elementene som påvirker menneskers evne til å utføre aktiviteter. For å utføre en aktivitet eller handling, må denne aktiviteten være av interesse og oppleves som meningsfullt, samt at mennesket opplever en følelse av handleevne (Kielhofner, 2010, s. 26-27). Vi tenker derfor det er avgjørende at kostholdsending har en verdi og er av interesse for deltakerne for at forandring skal kunne skapes. En 13 år gammel jente som deltok i studien til Kugel et al. (2017, s. 6) uttrykte følgende: «*So I pretty much know everything I need to know about staying healthy, I just don't want to do it*». Ergoterapeuten kan informere og gi råd til denne deltakeren om hvilke helsefordeler et sunt kosthold kan gi, samt oppmuntre og støtte henne i gjennomføringen (Kielhofner, 2010, s. 209, 214), men det er avgjørende at hun selv *velger* å ta sunne, helsefremmende valg for at forandring skal være mulig (Kielhofner, 2010, s. 192). For å muliggjøre forandring er det altså en forutsetning at individet får en forståelse for deres egen evne til å lede et sunnere liv, og at de opplever en indre konflikt med sin egen situasjon for å få motivasjon til å skape endring (Kugel et al., 2017, s. 9).

### 5.2.2 Fysisk aktivitet

For ergoterapeuter er det en viktig oppgave å identifisere faktorer som kan føre til unødvendig sykdom, og bistå mennesker med praktiske løsninger basert på vår kunnskap om utførelse av

daglige aktiviteter (Kugel et al., 2017, s. 1). Ergoterapeuter bør også arbeide med å fremme en sunn livsstil og ta ansvar for å forebygge overvekt hos barn på et samfunnsnivå (Kugel et al., 2017, s. 1). Dette stemmer overens med Folkehelseloven (2011, § 1) der formålet er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer befolkningens helse, trivsel, sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge psykisk og somatisk sykdom eller lidelse. Inaktivitet i hverdagen spiller en stor rolle i utviklingen av overvekt (Haugland og Haug, 2012, s. 177). For å skape gode vaner som bidrar til optimal vekst og utvikling, samt god helse i oppveksten og senere i livet anbefaler Helsedirektoratet (2010b, s. 43) at man bør være i fysisk aktivitet, nærmere bestemt bør barn og unge være i moderat til høy aktivitet minimum 60 minutter daglig.

I følge Danielsen (2014, s. 26) er det vanlig å både ha fokus på å øke fysisk aktivitet og å redusere tidsbruk foran skjerm, når en jobber med livsstilsendingsprogrammer. Studiene til Lau et al. (2013, s. 169-171) og Kugel et al. (2017, s. 5-7) hadde begge fokus på dette, og viste til både større og mindre endringer knyttet til deltakernes vaner rundt fysiske og stillesittende aktiviteter. Ergoterapeutene motiverte og lærte barna strategier for å fremme empowerment og egen mestringsevne, samt det å kunne ta sunne livsstilsvalg (Lau et al., 2013, s. 171).

Skolen er en sentral arena for å fremme gode vaner når det gjelder barn og fysisk aktivitet. Tiltakene for å fremme fysisk aktivitet kan være å tilrettelegge undervisningen, øke gymtimer og holde aktiviteter i friminuttene (Andersen og Kjær, 2010, s. 110). I «Lekker fit!»-programmet i studien til Jansen et al. (2011, s. 71) blir antall gymtimer økt som et av tiltakene for å forebygge overvekt. Barna i studien kunne også delta på organiserte aktiviteter etter skoletiden, men forfatterne skriver selv at obligatorisk deltakelse gir best resultater, sammenlignet med frivillig deltakelse (Jansen et al., 2011, s. 75). Videre konkluderes det med at resultatene i studien støtter det faktum at skolebaserte intervensjoner med fokus på fysisk aktivitet er mest effektive i arbeidet med å forebygge og redusere overvekt hos barn (Jansen et al., 2011, s. 76). Haugland og Haug (2012, s. 178) bekrefter også at økte antall timer med fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge overvekt, samt redusere vekt hos barn som allerede er overvektige. Thorstensson et al. (2017, s. 252) skriver at overvektige barn har større sannsynlighet for å oppleve ensomhet, lav selvtillit, og vansker med å lære. Ved å øke fysisk aktivitet kan det fremme barnas læring, skoleprestasjoner, psykiske helse, selvfølelse og trivsel (Haugland og Haug, 2012, s. 179).

Overvektige barn kan ha vansker med å delta vanlig i aktiv lek sammen med andre barn, og opplever dette som dumt (Danielsen, 2014, s. 26). Dette kommer også frem i studien til Kugel et al. (2017, s. 5) der en av deltakerne gir uttrykk for hennes misnøye meg egen innsats til å delta i fysiske aktiviteter, særlig gymtimer, i skolen, da hun blir svært sliten bare av å løpe i ett minutt. I likhet skriver Thorstensson et al. (2017, s. 254) at noen barn opplevde vansker med å delta i fysiske aktiviteter og lek i skolen grunnet overvekt. En viktig del av arbeidet med overvektige barn er å unngå stigmatisering og sykeliggjøring. Tiltak knyttet til fysisk aktivitet i skolemiljøet er noe alle elevene kan tjene på, ikke bare barn som sliter med overvekt. Denne typen tiltak kan også gi overvektige barn en mulighet til å trene med andre barn i like situasjoner (Haugland og Haug, 2012, s. 178).

Kugel et al. (2017, s. 7) påpeker at en aktivitetsbasert tilnærming fremhever betydningen av det å ta i bruk meningsfulle aspekter i en ergoterapeutisk prosess, slik at det enkelte individ får føle seg trygg og vellykket. Ved å finne aktiviteter hvor barn får oppleve glede, mestring og fellesskap sammen med andre, kan det bygge opp og bidra til å styrke et godt selvbilde (Danielsen, 2014, s. 27). Sett fra et ergoterapeutisk perspektiv er daglige aktiviteter – og muligheten til å delta i disse – et viktig aspekt for barnas helse og livskvalitet (Andersen og Kjær, 2010, s.112). Ved å ta utgangspunkt i MOHO-modellen til Kielhofner (2010, s. 26) vurderer ergoterapeuter det individuelle barns utøvelseskapasitet, og kan på grunnlag av dette tilrettelegge, gradere og tilpasse aktiviteter til det individuelle barns behov og på denne måten fremme aktiv deltakelse i aktiviteter som er meningsfulle for barnet (Andersen og Kjær, 2010, s. 111-112).

I studien til Jansen et al. (2011) kom det ikke frem at barna hadde hatt en aktiv rolle i å velge aktiviteter i intervensjonen. Det kan tenkes at manglende inkludering kan ha påvirket barnas motivasjon til å delta og skape forandring, særlig det å delta i de frivillige aktivitetene etter skoletid. Vi diskuterte i gruppen om det å ha et mer ergoterapeutisk fokus hvor barna i større grad ble inkludert, gjerne i valg av aktiviteter, muligens kunne motivert barna mer. I studien til Lau et al. (2013, s. 168), derimot, hadde ergoterapeutene hatt fokus på nettopp det å fremme empowerment ved at barna skulle ta individuelle og selvstendige, sunne valg i deres daglige rutiner, samt sette egne mål for å fremme fysisk aktivitet. I likhet var det et sentralt element i studien til Kugel et al. (2017, s. 3-8) at deltakerne selv skulle velge aktiviteter som var meningsfulle i deres liv. Dette stemmer overens med det Andersen og Kjær (2010, s. 112-113) skriver om at ergoterapeuters fokus er på de meningsfulle aktivitetene i hverdagen.

Daglig trening er positivt for barns vektkontroll, og det å være i aktivitet gir spontan glede og mentalt velvære (Andersen og Kjær, 2010, s. 117). En 12 år gammel jente som deltok i studien til Kugel et al. (2017, s. 6) beskrev «Healthy Occupations»-programmet som «empowering», morsomt, sunt og lærerikt, og uttrykte følgende: «*All the stuff we have done is healthy for either our bodies or our soul ... just like when we did the yoga it made us feel good*».

### 5.2.3 Involvering av familie

Forebygging av overvekt hos barn krever tett samarbeid med foreldre, og foreldrenes livsstil er i stor grad avgjørende for barns utvikling (Aarskog, 2012, s. 44). Helsefremmende og forebyggende arbeid optimeres ved tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid (Pedersen, 2013, s. 229). I arbeidet med å fremme en sunn livsstil og forebygge overvekt hos barn kan ergoterapeuter samarbeide med andre yrkesgrupper. En sentral samarbeidspartner i denne sammenhengen er helsesøstre (Misvær, 2017, s. 182). Studien til Thorstensson et al. (2017) er basert på hvordan helsesøstre arbeider med barn og overvekt, men vi tenker at arbeidsmetoden og tilnæringsmåten som blir lagt vekt på er like relevant og aktuell for ergoterapeuter, og har av den grunn valgt å legge tydelig frem hvordan de arbeider.

Å minske barnas tid brukt på tv og data er foreldrenes ansvar. Erfaringer viser at foreldre i dag har det travelt, og dette er kanskje en årsak til at det er enklere å la barna sitte inne å spille, enn å ta de med ut å være fysisk aktiv. Mange foreldre oppgir praktiske grunner for å kjøre sine barn til skole og fritidsaktiviteter, for eksempel grunnet tidsmangel i hverdagen. I resultatene fra Thorstensson et al. (2017, s. 254) og Kugel et al. (2017, s. 6) kommer det frem at barna forteller at det er viktig med støtte fra familien for å ta sunne livsstilsvalg.

Thorstensson et al. (2017, s. 255) og Kugel et al. (2017, s. 7) viser at familien bør være en stor ressurs for barns utvikling, og det er viktig at foreldre er bevisst på oppgaven som gode rollemodeller. Det at hele familien etablerer sunne vaner for mat og aktivitet er viktig for at barnet skal forebygge overvekt. Barnet utfører ofte samme handling som sine foreldre, både de positive og negative. Det kommer også frem i andre studier at det å inkludere foreldre og søsken som aktive medspillere i livsstilsendringer er positivt for barnet som sliter med overvekten og ønsker å forandre dårlige vaner (Bauer og Knutsen, 2017). Det vil gi en følelse av å jobbe med noe sammen og være et team (Danielsen, 2014, s. 29). Foreldre fungerer som rollemodeller for barna sine og har en avgjørende innflytelse på barnas livsstil. Å ha et

unormalt spisemønster hos en forelder kan være forbundet med høyere kroppsvekt hos barnet (Helsedirektoratet, 2010b, s. 23). Vanedannelse ses på som et av de tre sammenhengende elementene for å utføre aktiviteter i Kielhofners MOHO-modell (2010, s. 26). Familiens rutiner beskrives som den viktigste faktoren for vanedannelse hos barn, og påvirker blant annet barnas kostholds- og aktivitetsvaner (Kielhofner, 2010, s. 146). Det anbefales av Øen (2012, s. 249) at alle yrkesgrupper i helsetjenesten, inkludert ergoterapeuter, som deltar i endringsarbeidet med familien bør ha opplæring i motiverende samtaler (MI), da denne samtaleformen kan være svært nyttig før endringer skal utføres.

Vi i gruppen har snakket mye om, og opplever det som viktig at helsepersonell ser omgivelsene rundt barnet, og at man er med og bidrar til at foreldre og barnet ser på seg selv som «hele» personer. Inkludering av foreldre er viktig for at arbeidet med forebyggingen skal lykkes. Får man ikke foreldrene med på banen så blir det betydelig vanskeligere. Det å snakke med barnet om overvekt er viktig, men det kom frem i flere av studiene at foreldre syntes det var et vanskelig tema å ta opp med barna sine (Thorstensson et al., 2017 s. 254). Studien til Bauer og Knutsen (2017) viste at foreldre ønsket å beskytte barnet sitt. De mente at det ikke var bra å ha for mye oppmerksomhet på vekten og at dette heller kunne gå andre vei og føre til en spiseforstyrrelse og negativt selvbilde (Bauer og Knutsen, 2017). Foreldrene ønsket ikke at barna skulle vite at de var overvektig. Det som da kom frem i studien til Thorstensson et al. (2017, s. 254) var at flere av barna allerede var usikre på seg selv, og hadde fått høre av andre barn at de var overvektig. De fikk også merke det på kroppen da de, av andre medelever, alltid ble valgt sist i skoleaktiviteter.

Det mer utvidede miljøet til barnet kan også representere ressurser eller begrensinger i det å etablere sunne livsstilvaner. Tilgang til trygge omgivelser der en kan leke ute, naturområder, parker og idrettsanlegg er med på å gjøre fysisk aktivitet lettere (Danielsen, 2014, s. 30). Det å få besteforeldre, venner, lærere, naboer og andre sentrale personer i barnets liv med på laget for å utvikle sunne vaner kan være en viktig ressurs.

### 5.2.3 Psykisk helse

Barn som er overvektige kan, som tidligere nevnt, har økt risiko for å utvikle helsekomplikasjoner og kroniske sykdommer med alderen (Danielsen, 2014, s. 10). Det finnes også mye dokumentasjon på at det er en sammenheng mellom overvekt og psykososiale faktorer, noe som kan påvirke den psykiske helsen til overvektige barn. I tidlig

alder blir overvektige barn ofte diskriminert og møtt med fordommer. Barn som er overvektige har større sjanse for å bli ertet og mobbet, noe som kan gi en økt risiko for å utvikle psykiske vansker eller lidelser (Øen, 2012, s. 105-108).

Det kommer tydelig frem i Kugel et al. (2017, s. 1) at overvektige barn har større sjanse for å få dårligere psykisk helse. Deltakerne i studien fortalte selv at de hadde dårlig selvtillit og var flaue over utseende. De var negativt preget av stress, press, mobbing, de følte seg ensomme, var triste og opplevde spiseproblemer (Kugel et al., 2017, s. 4-6). I studien som er gjort av Thorstensson et al. (2017, s. 254) opplevde helsesøstrene at de overvektige barna hadde det dårligere enn de normalvektige barna. Det kom også frem her at barna ble mobbet, hadde dårligere selvtillit og var mer ensomme.

Det står om elevenes skolemiljø i lov om grunnskole og den videregående opplæring (1998), i kapittel 9 A. § 9 A-2: «Alle elevar har rett til eit trygt og godt skolemiljø som fremjar helse, trivsel og læring». Videre i § 9 A-3 står det: «Skolen skal ha nulltoleranse mot krenking som mobbing, vald, diskriminering og trakassering» (Opplæringslova, 1998, § 9 A-2-3). De psykososiale faktorene som lav selvfølelse, mobbing og sosioøkonomisk status er ofte faktorer som bidrar til at barn får dårligere psykisk helse i form av depresjon, angst og spiseproblemer. Disse psykiske plagene kan hindre de sosiale og psykologiske utviklingene til barna (Øen, 2012, s. 108). I Thorstensson et al. (2017, s. 252) kommer det frem at de overvektige barna som var utsatt for mobbing ble påvirket negativt da det kom til læreevnen, dette kan bidra til at barnets utviklingsmuligheter minsker. Man kan også miste opplevelsen av å være verdifull, samt følelsen av selvverd når man blir utsatt for mobbing. Dette kan være avgjørende for barns psykologiske, kognitive og sosiale utvikling (Breivik et al., 2017, s. 3). Selvfølelse er et sentralt begrep når det gjelder overvekt hos barn og unge, hvorav selvfølelsen til overvektige barn ofte er dårligere enn de normalvektige barna (Øen, 2012, s. 110-111). Når man har redusert selvfølelse som overvektig er det snakk om misnøye med egen kropp (Helsedirektoratet, 2010b, s. 25). I flere av de inkluderte artiklene kom det frem at overvektige barn opplever å ha lav selvfølelse og selvtillit (Kugel et al., 2017, s. 5-7; Thorstensson et al., 2017, s. 253-255), men det blir ikke lagt frem en tydelig sammenligning mellom de overvektige barna og normalvektige barn, slik som Øen (2012, s. 110-111) skriver. Deltakerne fortalte at det var vanskelig å delta i aktiviteter på grunn av det dårlige selvbilde og den lave selvtilliten, dette kommer godt frem i resultatdelene til både Kugel et al. (2017, s. 5) og Thorstensson et al. (2017, s. 254).



Når det gjelder barn og overvekt er det tydelig at denne gruppe barn føler på stort press i dagens samfunn (Kugel et al., 2017, s. 9). Barn som strever med overvekt og psykiske vansker trenger trygge rammer i hverdagslivet. Det viser seg at de barna som vokser opp i resurssterke familier hvor det er støttende holdning og konsekvent oppdragelse føler seg tryggere og beskyttet. Støtte fra lærere, medelever og nærmiljøet er også med på å skape en grobunn for god psykisk helse (Øen, 2012, s. 118-119). Helsesøstrene i studien til Thorstensson et al. (2017, s. 254-255) erfarte at de overvektige barna trengte å bli sett og få god støtte til endring og de effektiviserte sitt arbeid med å arbeide steg for steg med barna, samt at det ble brukt motiverende samtaler som redskap. Som nevnt er bruken av motiverende samtaler i endringsarbeidet også anbefalt av Øen (2012, s. 249). I Lau et al. (2013, s. 172) kommer det også godt frem at ergoterapeuter effektiviserer sitt arbeid ved å gi klienten god motivasjon gjennom prosessen.

Som tidligere nevnt skaper barn sine egne vaner og rutiner i tidlig alder (Kielhofner, 2010, s. 146). Vi i gruppen tenker at det kan være vanskelig for barn å forstå hvorfor voksne vil endre på disse vanene og rutinene. Som ergoterapistudenter mener vi derfor at endringer i vaner og rutiner, spesielt når det gjelder barn, burde gjøres på en skånsom måte. Det er viktig at individet selv forstår hvorfor disse endringene gjøres, og hvordan disse endringene av vaner og rutiner kan gjøres (Thorstensson et al., 2017, s. 256). Kugel et al. (2017, s. 9) kommer frem til noe av det samme i sin artikkel. For å endre vaner og rutiner i barns hverdag må barna selv forstå hvorfor og hvordan de skal få en sunnere livsstil. Dette er også noe Kielhofner (2010, s. 192) får frem i MOHO-modellen ved å presisere viktigheten av at barnet selv velger å skape forandring. Barna må også ha kjennskap til og kunnskap om den sunne livsstilen, samt være motivert. For å gjøre endringer som påvirker individets velvære og tilfredshet burde prosessen for endringene ha mulighet til kreativitet, gi mening, være gøy og relevant og være sosialt (Kugel et al., 2017, s. 8).

Ergoterapeutene i Kugel et al. (2017, s. 8) brukte den gode kunnskapen de hadde om mental og psykososial utvikling, for å gi barna best mulig støtte gjennom prosessen. I følge Øen (2012, s. 118) trengs det mer kunnskap om overvekt blant førskolelærere, lærere, helsepersonell, trenere og befolkningen generelt for å gi overvektige barn god informasjon om sunn livsstil. Det viser seg også at det er viktig å starte intervensjoner tidlig for å hindre

eskalering av problemene, både når det gjelder de psykiske hindringene og barnas overvekt (Øen, 2012, s. 119). Det kommer frem at tidlig intervensjon for overvektige barn kan bidra til at det reduserer sjansen for å få sykdommer og psykiske problemer senere i livet (Thorstensson et al., 2017, s. 252).

Ergoterapeuter arbeider klientsentrert og det viser seg at meningsfulle aktiviteter i dagliglivet kan påvirke helsen og velvære til mennesker på en positiv måte (Lau et al., 2013, s. 172).

Ergoterapeuter kan gripe inn tidlig i en intervensjon, hvor de kan kartlegge individet og tilpasse de meningsfulle aktivitetene til det enkelte mennesket (Kugel et al., 2017, s. 9). Som ergoterapistudenter mener vi at ergoterapeuter kan samarbeide med fagpersoner som lærere, førskolelærere, annet helsepersonell og trenere og dermed starte en tidlig intervensjon allerede i barnehage, men også tidlig i barneskolen.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å få et innblikk i hvordan ergoterapeuter er med og bidrar til å forebygge og fremme en sunn livsstil for barn i barneskolealder. Gjennom studiet har vi kommet frem til noen hovedtiltak innen forebyggende og helsefremmende arbeid med overvektige barn. Ergoterapeuter i et tverrfaglig team er viktig for å følge opp barn gjennom skolehelsetjenesten, og vi tenker at skolen er en passende arena for å sette i gang tiltak da barna tilbringer store deler av hverdagen sin på skolen. Ergoterapeutenes oppgaver vil være å samarbeide med lærere og helsesøstre med undervisning og veiledning, og individuell kontakt med barna som har problemer, samt deres foreldre.

Foreldre spiller en sentral rolle i arbeidet med å forebygge overvekt. Støtte fra foreldre øker barnets sjans til mestring. Thorstensson et al. (2017, s. 254) og Kielhofner (2010, s. 146) påpeker at barn i stor grad påvirkes av foreldrenes livsstil, vaner og rutiner. For å få til en livsstilsendring er det viktig at man som helsepersonell fokuserer på det positive og gir individet motivasjon og mestring. Helsepersonell kan påvirke de negative vanene til positive, og det er viktig at barnet oppnår god innsikt i egen livsstil. Det å endre på omgivelsene er nødvendig for å kunne gjøre en livsstilsendring og her har familien en viktig rolle ved å legge til rette for sunne matvaner og mer fysisk aktivitet i hverdagen. Dette er noe en ergoterapeut kan bidra med ved å ha livsstilsendningskurs. I de fire inkluderte artiklene kommer det frem at betydnings- og meningsfulle aktiviteter er viktige for barn. Dette kan være gymtimer, fritidsaktiviteter eller aktiviteter man gjør i dagliglivet. Lek sammen med andre barn mener vi er en viktig og nødvendig aktivitet i utviklingen, da det kan gi bedre følelse av å være sosialt akseptert, samt at barna kan oppnå bedre selvfølelse. Barn som er preget av overvekt trenger positive tilbakemeldinger, dette gir bedre mestrings- og selvfølelse, og bidrar til at barnet kan bli mer motivert til å fortsette med de ulike aktivitetene. Disse faktorene er med på å fremme en god livsstil.

Forskning har stor betydning for fagets utvikling. Vi mener dette er et tema som det bør forskes mer konkret på, for å finne ut hvordan ergoterapeuten jobber med forebyggingen av overvekt og fedme. Hva er ergoterapeutens konkrete rolle? Hva kan ergoterapeuten bidra med som andre yrkesgrupper ikke kan? Vi ser gjennom artiklene at som ergoterapeut kan man jobbe i et tverrfaglig team for å bidra til å forebygge og fremme en sunn livsstil blant barn og unge. I følge Kugel et al. (2017, s. 2) finnes det lite forskning knyttet til ergoterapeutens

konkrete rolle i arbeidet med å forebygge overvekt hos barn i en samfunnsbasert sammenheng, noe som påvirker ergoterapeuters evne til å utføre evidensbaserte intervensjoner og tilnærminger. Dette var også noe vi oppdaget da vi søkte etter forskning og satt igjen med få artikler direkte knyttet til ergoterapeutens rolle. Vi mener dette er et tema som det bør forskes mer konkret på, for å få en bredere oversikt forståelse av ergoterapeutens rolle er i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med barn. Hva er ergoterapeutens konkrete rolle? Hva kan ergoterapeuten bidra med som andre yrkesgrupper ikke kan? Vi ser gjennom artiklene at som ergoterapeut kan man jobbe i et tverrfaglig team for å bidra til å forebygge og fremme en sunn livsstil blant barn og unge.

## 7.0 Litteraturliste

Andersen, I. V., Kjær, A-M. (2010). Sundhedsfremme og forebygelse. I Andersen, I. V., Lauritzen, G. Q., Stokholm, G. (Red.). *Ergoterapi og børn*. (s. 109-122). København: Munksgaard.

Bauer, M. W. H., Knutsen, I. R. (2017). Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig. *Sykepleien Forskning*, 12 (61920) (e-61920) DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.61920

Bonsaksen, T. (2017). Fysisk aktivitet. I Goth, U. S. (Red.) *Folkehelse i et norsk perspektiv*. (s. 118-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brandt, Å., Madsen, A. J., Peoples, H. (2013) Introduksjon til ergoterapi. I Brandt, Å., Madsen, A. J., Peoples, H. (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. (s. 17-24). København: Munksgaard.

Breivik, K., Bru, E., Hancock, C., Idsøe, E. C., Idsøe, T., og Solberg, M. E. (2017). *Å bli utsatt for mobbing. En kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak*. Stavanger: Læringsmiljøsenetret. Hentet fra <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/a-bli-utsatt-for-mobbing---en-kunnskapsoppsummering-om-konsekvenser-og-tiltak.pdf>

Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford; New York: Oxford University Press.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Danielsen, Y. S. (2014). *Fedme hos barn - Intervensjoner og atferdsendringer i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget.

Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fevang, M. B., Moser, T. (2017) Kosthold. I Goth, U. S. (Red.) *Folkehelse i et norsk perspektiv*. (s. 136-162). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr 29. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste. (2003). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 3.april 2003 nr. 450. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>

Glavin, K. og Erdal, B. (2013) *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Haugland, S., Haug, E. (2012) Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av overvekt. I Øen, G. (Red.) *Overvekt hos barn og unge*. (s. 177-191). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet (2008). *Tiltak for økt fysisk aktivitet for barn og ungdom*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/732/Tiltak-for-okt-fysisk-aktivitet-blant-barn-og-ungdom-en-systematisk-litteraturgjennomgang-IS-1551.pdf>

Helsedirektoratet (2010a). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>

Helsedirektoratet. (2010b). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen – god helse, felles ansvar*. (Meld. St. nr. 34, 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>

Jansen, W., Borsboom, G., Meima, A., Zwanenburg, E. J., Mackenbach, J-P., Raat, H. & Brug, J. (2011). Effectiveness of a primary school-based intervention to reduce overweight. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6, 70-77. doi: 10.3109/17477166.2011.575151

Kielhofner, G. (2010). MOHO - Modellen for menneskelig aktivitet. København: Munksgaard.

Kolsgaard, M. L. P. (2012) Ernæring og kosthold; anbefalinger ved forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og ungdom. I Øen, G. (Red.) *Overvekt hos barn og unge*. (s. 159-176). Bergen: Fagbokforlaget.

Kugel, J. D., Javaherian-Dysinger, H., Hewitt, L. (2017). The Role of Occupational Therapy in Community-Based Programming: Addressing Childhood Health Promotion. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 5(1), 1-11. DOI: 10.15453/2168. 6408.1259

Lau, C., Stevens, D., Jia, J. (2013). Effects of an Occupation-Based Obesity Prevention Program for Children at Risk. *Occupational Therapy in Health Care*. 27(2), 163-175. DOI: 10.3109/07380577.2013.783725

Misvær, N. (2017). Helsesøster – en samarbeidspartner. I Goth, U. S. (Red.) *Folkehelse i et norsk perspektiv*. (s. 182-204). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nes, R. B., Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. (Rapport 2011:2). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrap/>

NSD. (2018). Register over vitenskapelige registreringskanaler. Hentet 6.april 2018 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringen av 17 juni 1998 nr. 61. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringslova>

Pedersen, U. (2013) At muliggøre aktivitet og deltagelse – sundhedsfremme og forebyggelse. I Brandt, Å., Madsen, A. J., Peoples, H. (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. (s. 229- 253). København: Munksgaard.

Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A.J., Larsson, M. (2017). To break the weight gain – A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of clinical nursing* 2018(27), 251- 258. DOI: 10.1111/jocn.13924

World Health Organization (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066\\_eng.pdf;jsessionid=2D5A562072F1E164B3A7B908CDB71947?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf;jsessionid=2D5A562072F1E164B3A7B908CDB71947?sequence=1)

Øen, G. (2012). Forebygging av fedme hos barn og ungdom. I Øen, G. (Red.) *Overvekt hos barn og unge*. (s. 237-257). Bergen: Fagbokforlaget.

Aarskog, E. (2012). Et mindre og tren mer. Overvekt sett fra et brukerperspektiv. I G. Øen (Red.). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse* (s. 39 – 49). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.



## Vedlegg 1: Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
06.03.18	Cinahl	Obesity in children	2011-2018	670			
06.03.18	Cinahl	Obesity in children AND school age	2011-2018 Research article, peer reviewed	9	9	1	
06.03.18	Cinahl	Obesity in children AND occupational therapy	2011-2018 Research article, peer reviewed	3	3	2	
06.03.18	Cinahl	Overweight children	2011-2018	304			
06.03.18	Cinahl	Overweight children AND occupational therapy	2011-2018 Research article, peer reviewed	3	3		
06.03.18	Cinahl	Childhood overweight	2011-2018 Research article, peer reviewed	161			
06.03.18	Cinahl	Childhood overweight AND occupational therapy	2011-2018 Research article, peer reviewed	2	2	1	
07.03.18	Cinahl	Childhood obesity	2011-2018	1502			
07.03.18	Cinahl	Childhood obesity AND occupational therapy	2011-2018 Research article, peer reviewed	3	3	3	The role of occupational therapy in community-based programming – addressing childhood health promotion
08.03.18	Cinahl	Childhood obesity AND preventing	2011-2018 Research article, peer reviewed	36	31	3	The role of occupational therapy in community-based programming – addressing childhood health promotion

08.03.18	Cinahl	Childhood obesity AND preventing AND occupational therapy	2011-2018 Research article, peer reviewed	1	1	1	The role of occupational therapy in community-based programming – addressing childhood health promotion
08.03.18	Cinahl	Obesity prevention AND occupational therapy	2011-2018 Research article, peer reviewed	7	7	2	Effects of an Occupation-Based Obesity Prevention Program for Children at Risk.
08.03.18	Cinahl	Barn og overvekt	2011-2018 Research article, peer reviewed	0			
09.03.18	Google Scholar	Childhood obesity AND Occupational therapy	2011 – 2018	17800	150	10	
12.03.18	Google Scholar	Obesity in children AND school age	2011 – 2018	133 000	90	4	
12.03.18	Google Scholar	Overweight children, elementary school	2011 – 2018	17 700	60	5	
13.03.18	Google Scholar	Occupational therapy, obesity in children	2011 – 2018	17 600	45	5	
13.03.18	Google Scholar	Barn, overvekt	2011 – 2018	5 120	0	0	
13.03.18	Google Scholar	Childhood overweight occupational therapy	2011 – 2018	17 200	67	7	
14.03.18	Google Scholar	Obesity in children	2011 – 2018	571 000	93	6	
14.03.18	Google Scholar	Childhood obesity, occupational therapy	2011 – 2018	17 600	55	1	
15.03.18	Google Scholar	Preventing childhood obesity	2011 – 2018	17 700	88	4	

15.03.18	PubMed	Childhood obesity AND Occupational therapy	2011 – 2018	48	26	2	
16.03.18	PubMed	Obesity in children AND school age	2011 – 2018	4175	56	3	
16.03.18	PubMed	Overweight children, elementary school	2011 – 2018	505	44	5	To break the weight gain – A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school.
19.03.18	PubMed	Barn, overvekt	2011 – 2018	0	0	0	
19.03.18	PubMed	Childhood overweight occupational therapy	2011 – 2018	42	35		
19.03.18	PubMed	Obesity in children	2011 – 2018	20590	65	1	Effectiveness of a primary school – based intervention to reduce overweight
19.03.18	PubMed	Childhood obesity, occupational therapy	2011 – 2018	48	22		
19.03.18	PubMed	Preventing childhood obesity	2011 – 2018	417			
19.03.18	Oria	Obesity in children	2011-2018	116 507	88	8	
19.03.18	Oria	Childhood obesity	2011-2018 Fagfelleurdert	67108	61	3	
20.03.18	Oria	Obesity in children AND occupational therapy	2011-2018	8398	70	7	
20.03.18	Oria	Obesity in children AND occupational therapy	2011-2018 Fagfelleurdert	3968	57	4	

21.03.18	Oria	Obesity in children AND occupational therapy AND preventing	2011-2018 Fagfelleurdert Norsk og engelsk	2 838 1 213	50 30	5	
21.03.18	Oria	Barn og overvekt	2011-2018 Fagfelleurdert	261 97	29 22	5	
22.03.18	Oria	Preventing childhood obesity AND occupational therapy	2011-2018 Fagfelleurdert	801	43	2	
22.03.18	Oria	Obesity in children AND occupational therapy AND preventing AND overweight	2011-2018 Fagfelleurdert	587	51	4	
22.03.18	Cochrane library	Obesity in children		25	7	2	
22.03.18	Cochrane library	Obesity AND occupational therapy	2011-2018	35	4	1	
22.03.18	Cochrane library	Occupatioonal therapy AND children		6	0	0	
22.03.18	Cochrane library	Occupational therapy AND children AND obesity		2	1	0	
23.03.18	Cochrane library	Obesity in children AND preventing		6	3	3	
23.03.18	Cochrane library	Barn og overvekt		0	0	0	
23.03.18	Cochrane library	Preventing childhood obesity	2011-2018	3	2	1	
23.03.18	Idunn	Ergoterapi og fedme	2011 - 2018	0	0	0	
23.03.18	Idunn	Childhood obesity AND Occupational therapy	2011 – 2018	0	0	0	
23.03.18	Idunn	Obesity in children AND school age	2011 – 2018	8	6	1	

23.03.18	Idunn	Overweight children, elementary school	2011 – 2018	0	0	0	
23.03.18	Idunn	Occupational therapy, obesity in children	2011 – 2018	1	1	1	
23.03.18	Idunn	Barn, overvekt	2011 – 2018	108	4	0	
23.03.18	Idunn	Childhood overweight occupational therapy	2011 – 2018	1	1	0	
23.03.18	Idunn	Obesity in children	2011 – 2018	13	6	1	
23.03.18	Idunn	Childhood obesity, occupational therapy	2011 – 2018	1	1	0	
23.03.18	Idunn	Preventing childhood obesity	2011 – 2018	2	0	0	
23.03.18	Idunn	Ergoterapeut og overvekt	2011 - 2018	3	0	0	