

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY180H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

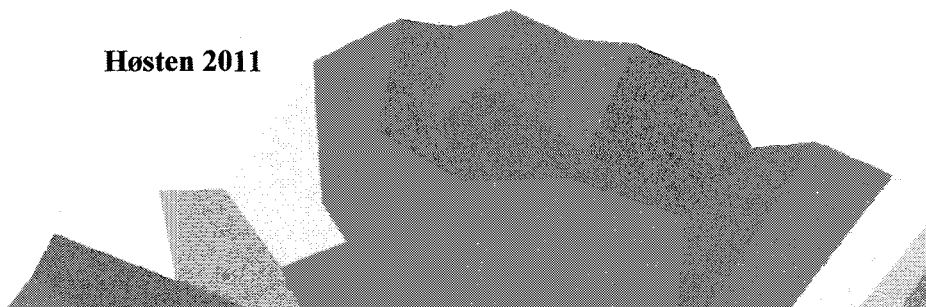
"Barn og ernæring"

Kandidatnummer 20

[Næss, Hege]

Innlevering 28.10.11

Høsten 2011



FORORD

Etter flere måneder med skriving, er jeg nå i mål med å skrive min bacheloroppgave, som er en del av det å få bachelorgrad i sykepleie.

I prosessen med å skrive oppgaven, har jeg hatt støtte fra mange, og disse fortjener en stor takk fra meg. Først og fremst vil jeg takke min veileder som har kommet med gode råd og innspill underveis. Det har vært godt å ha noen og diskutert og sortert tankene sammen med! Jeg vil også rette en stor takk til min ektemann som har tatt ”støyten” på hjemmebane med oppfølging av barna, matlaging, husarbeid også videre mens jeg har vært fullt opptatt med skrivingen. Sist men ikke minst vil jeg rette en stor takk til mine tre barn som har vært svært tålmodige, forståelsesfulle og hensynsfulle underveis i hele denne til tider krevende prosessen.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til alle de dyktige sykepleiere jeg har møtt i praksisfeltet. Dere har alle vært til stor inspirasjon, og har økt mine kunnskaper på mange områder av sykepleiefaget.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	s.3
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	s.3
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	s.4
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	s.4
1.4 Formål med oppgaven.....	s.5
1.5 Oppgavens oppbygging.....	s.5
2.0 METODE	s.6
2.1 Hva er en metode?.....	s.6
2.2 Valg av metode.....	s.6
2.3 Begrunnelse for valg metode og metodekritikk.....	s.6
2.4 Presentasjon av litteratur.....	s.7
2.5 Forskningsartikler.....	s.10
2.6 Etske overveielser.....	s.11
3.0 TEORIDEL	s.12
3.1 Vitenskapsteoretisk redegjørelse.....	s.12
3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	s.13
3.3 Kommunens ansvar i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.....	s.14
3.4 Helsestasjonens oppgaver.....	s.14
3.5 Hjerte- og karsykdommer.....	s.15
3.6 Ernæringsråd til barn.....	s.15
3.7 Fysisk aktivitet – et viktig forebyggende tiltak.....	s.17
3.8 Undervisning og veiledning.....	s.18
3.9 Kommunikasjon og kommunikasjonsetikk.....	s.18
4.0 DRØFTING	s.19
4.1 Metoder for å fremme god ernæring.....	s.19
4.2 Kommunikasjon som verktøy.....	s.21
4.3 Sammenhengen mellom ernæring, fysisk aktivitet og utvikling av hjerte- og karsykom.....	s.22
4.4 Foreldrenes mestringskompetanse.....	s.25
4.5 Matsituasjonen i hjemmene og etablering av gode matvaner.....	s.26

5.0 AVSLUTNING.....s.29

6.0 LITTERATURLISTE.....s.30

1.0 INNLEDNING

Jeg er en sykepleierstudent som tar desentralisert deltidsutdanning i bachelor i sykepleie ved Universitetet i Nordland – Vesterålen. Jeg skal nå skrive en fordypningsoppgave for å få bachelorgraden.

Oppgaven inneholder totalt 9885 ord. Dette er 885 flere ord enn oppgavens omfang på 9000 ord, men etter samtykke fra veileder har jeg benyttet meg av 10 %-regelen.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Helsetilstanden i Norge er god, og Norge er et av de landene med aller høyest levealder. Forventet levealder for menn ved fødselen er 78,9 år og for kvinner 83,2 år (Statistisk sentralbyrå 2010) Likevel er det helseutfordringer også i Norge, særlig knyttet til kroniske sykdommer. Årsaken til disse sykdommene kan være genetisk, men kan også skyldes kostholdet tidlig i livet. Det er sterke holdepunkter for at riktig sammensatt kosthold forebygger blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes mellitus og kreft (Sortland 2011).

Visjonen for ernæringsarbeidet i Norge er et sunt kosthold gjennom hele livet, der målet er å øke forbruket av frukt og grønt og grove kornprodukter og redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker. Disse målene kan bidra til å redusere forekomsten av livsstilssykdommer. Tiltakene som foreslås er blant annet å styrke ernæringsarbeidet i helsestasjonene og styrke ernæringskompetansen hos helsepersonell. Det ønskes økt satsing på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak knyttet til folkehelseutfordringene. Det foreslås også økt satsing på kommunikasjon for å øke befolkningens kunnskap om mat, kosthold og helse (Helsedirektoratet 2011).

På bakgrunn av dette mener jeg at forebygging er viktig. Da er det klokt å begynne med barna og gi dem gode kostvaner tidlig i livet. Dette er det økt fokus på i den nye Samhandlingsreformen, st.meld. nr.47 (2008-2009). Der er det med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egen mestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.

Jeg ønsker økt kunnskap om hva jeg som sykepleier og mor kan gjøre for å forebygge hjerte- og karsykdommer senere i livet ved å fremme god ernæring hos barn. Det at jeg har valgt å skrive om forebygging av hjerte- og karsykdommer skyldes at det i min mors familie er opphopning av disse sykdommene. I tillegg arrangerer Nasjonalforeningen for folkehelsen hvert år en hoppetaukonkurranse for elever i hele landet fra 4.til 7.trinn med slagordet ”Hopp for hjertet”. Målet med dette er å gi barna gode vaner tidlig for å forebygge hjerte- og karsykdommer, der riktig kosthold og fysisk aktivitet er noen av virkemidlene. Mitt eldste barn deltok i år for første gang på denne hoppetaukonkurransen. Dette bevisstgjorde meg mer på hvor viktig det er å starte tidlig med forebygging av hjerte- og karsykdommer.

Videre har jeg som mål å få økt kunnskap om hvordan sykepleieren på best mulig måte kan øke foreldrenes kunnskaper om hva som er den beste ernæring for deres barn. Jeg vet at jeg ikke innehar den kunnskapen som helsesøstre har om barns utvikling og ernæring, men har allikevel lyst å lære mer om dette da forebyggende og helsefremmende arbeid er et motiverende og viktig satsingsområde. Jeg har gjennom teoriundervisning og praktiske studier i sykepleierutdanningen fått en viss innsikt i helsesøsters kompetanse og rolle i forhold til sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. På den helsestasjonen jeg var i praksis, jobbet det to sykepleiere. De hadde begge arbeidsoppgaver på lik linje med helsesøstre når det gjaldt veiledning om ernæring til barna.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg som tema for denne oppgaven valgt ”Barn og ernæring”, med følgende problemstilling:

Hva har ernæring hos barn å si for å forebygge utvikling av hjerte- og karsykdommer senere i livet?

1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen

I oppgaven skriver jeg om barn i alderen 0-5 år. Jeg nevner også hvorfor fysisk aktivitet har en positiv effekt på kroppens hjerte- og karsystem (Helsedirektoratet 2011). Fokuset mitt er på sykepleiers rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet på helsestasjonen, og hvordan man kan rette arbeidet mot foreldrene og barna. Når jeg i oppgaven skriver om forebygging av hjerte- og karsykdommer, mener jeg primærforebygging. I følge Mæland

(2009) vil primær forebygging av for eksempel hjerteinfarkt være å hindre eller forsinke den arteriosklerotiske prosessen.

Jeg velger videre å fokusere på barnets ernæring fra det begynner med fast føde. Helsedirektoratet (2011) anbefaler at barn som fullammes ikke introduseres for fast føde før 6 månedersalderen. Jeg utelukker derfor barn under 6 måneder, men nevner fordelene ved brystmelk, spesielt i barnets første leveår (Sjøen og Thoresen 2008).

Jeg skriver om det sykdomsforebyggende arbeidet, samtidig som jeg fremhever fordelene med det helsefremmende arbeidet. Jeg skriver bare om ernæring til det friske barnet; ikke til barn med matvareallergi eller andre sykdommer som krever spesiell ernæring. For å få økt kunnskap om forebygging av hjerte- og karsykdommer, ser jeg det som naturlig å skrive om sykepleiers pedagogiske funksjon, og på hvilken måte sykepleieren kan fremme god ernæring. Jeg skriver derfor om undervisning og veiledning, der målet med dette må være at foreldrene skal kunne ta selvstendige og riktige valg i forhold til ernæring til sine barn. For å oppnå dette er god kommunikasjon en forutsetning for et godt samarbeid (Eide & Eide 2007).

1.4 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap om hva som er god ernæring til barn i alderen 0-5 år, og hvilken betydning ernæring kan ha i forebyggingen av hjerte- og karsykdommer senere i livet. Det har i det siste vært økt fokus på barns kosthold og inaktivitet, og konsekvensene av dette; blant annet overvekt og hjerte- og karsykdom (Helsedirektoratet 2011). På bakgrunn av dette ønsker jeg kunnskap om hvilke metoder som er mest hensiktsmessige for å nå ut til foreldrene med informasjonen, og få dem til å tilby barna sine sunn kost.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av seks deler. Første del er en innledning der blant annet tema og problemstilling presenteres og begrunnes. Andre del av oppgaven er en metodedel, der valg av metode presenteres og begrunnes. Tredje del inneholder blant annet vitenskapsteoretisk redegjørelse samt det jeg har funnet i litteraturen om barn og ernæring, og om forebygging av hjerte- og karsykdommer. I oppgavens fjerde del har jeg drøftet de funn jeg har gjort opp mot relevant forskning samt egne erfaringer fra praksis. Femte del er en avslutning der jeg sier noe om mitt læringsutbytte ved å skrive denne oppgaven, mens sjette del er en litteraturliste.

2.0 METODE

2.1 Hva er en metode?

I følge Dalland (2007) henger begrepene vitenskap og metode nøye sammen. Å være vitenskapelig er å være metodisk, sier Tranøy. Han sier også at det er stor uenighet om hva som kjennetegner en vitenskapelig metode, og at det ikke uten videre eksisterer noen metode som er felles for alle vitenskaper. Det er derimot ingen tvil om at det finnes fagspesifikke vitenskapelige metoder.

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. For at andre skal kunne vurdere verdien av den nye kunnskapen vi har skaffet oss, må det gjøres klart hvordan den er fremkommet. Metode kan beskrives som å følge en viss vei for å nå et mål (Dalland 2007).

Metoden vi velger forteller oss noe om hvordan vi vil gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Vilhelm Aubert blir sitert i mange sammenhenger når man skal definere hva en metode er. Han formulerer det slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007:81).

2.2 Valg av metode

For å belyse min problemstilling har jeg brukt litteraturstudium samt eksempler fra praksis. Litteraturstudium betyr i følge Dalland (2007) å skrive en oppgave bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder.

2.3 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk

Ved å bruke litteraturstudium som metode kan en gjøre systematisk søking, kritisk granskning og sammenligne litteraturen innom et valgt område eller problemstilling. Litteraturen utgjør data som bygger på vitenskaplige tidsskriftsartikler eller andre vitenskaplige rapporter (Dalland 2007).

Som en naturlig del av oppgaven har hver enkelt kilde blitt vurdert kritisk. Dette for så langt det lot seg gjøre, å finne den litteraturen som på best mulig måte kunne belyse min problemstilling. Det har også blitt vurdert om litteraturen var oppdatert og av så ny dato som mulig. Dette har vært spesielt viktig når det gjelder ernæringsrådene. Her har jeg forsøkt å bruke litteratur som ikke er eldre enn 2-3 år. Dette fordi ernæringsanbefalingene fra myndighetene kan endre seg på kort tid.

Siden noen av kildene inneholder allerede fortolkede data, har jeg vurdert om det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg, og om jeg eventuelt måtte gå til den opprinnelige kilden. I en litteraturstudie velger man selv ut den litteraturen som blir brukt. Dette gjør at man selv kan "forme" oppgaven slik det er ønskelig (Dalland 2007).

Jeg har også brukt engelske artikler, og da er det en viss fare for at man oversetter feil fra engelsk til norsk slik at viktige poeng misforstås. Det er derfor viktig med god og nøyaktig kildehenvisning slik at leseren selv kan kvalitetssikre at brukt teori har et opphav (Dalland 2007).

Fordeler med å bruke litteraturstudie som metode er at mye av det som publiseres som faglige bøker eller artikler, allerede er vurdert og utprøvd i praksis. Dette gjør at kildene er pålitelige og anvendelige. Ulempen er at boklig kunnskap ofte foreldes. Dette fordi medisinsk kunnskap endrer seg fort (Dalland 2007).

Underveis i prosessen har jeg ikke fått lest kildene jeg har brukt i sin helhet, fordi tiden ikke strakk til. Dette har vært en svakhet, fordi faren for å utelate viktige poeng har vært til stede. I oppgaven har jeg brukt både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er i følge Dalland (2007) originalartikler og teoretiske artikler, der forfatteren presenterer sitt eget forskningsarbeid. Oversiktsartikler som inneholder tolkning av andres arbeider kalles sekundærlitteratur. Ulempen med bruk av sekundærlitteratur er at innholdet kan bli fremstilt annerledes enn det ble gjort av originalforfatteren.

2.4 Presentasjon av litteratur

Som metode for datasamling har jeg brukt relevant pensumlitteratur i forhold til min problemstilling. Jeg har også funnet fram relevant selvvalgt litteratur og vitenskapelige artikler, og det har jeg funnet ved å søke i Bibsys, Websøk og Google scholar samt vært på det lokale folkebiblioteket. Søkeordene jeg har brukt er "ernæring til barn",

”ernæringsanbefalinger”, ”kommunehelsetjenesteloven”, og ”forebygging hjerte-karsykdom”. De engelske søkeordene jeg har brukt er ”children and nutrition” og ”nutrition in early childhood”.

I Lov om helsetjenestene i kommunen (kommunehelsetjenesteloven) (1982) står det noe om kommunenes ansvar for å ha et forebyggende og helsefremmende tilbud, så dette har jeg skrevet noe om. Jeg har brukt ”Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten” (2003) samt veilederen til denne (2005) for å finne litt mer ut om helsestasjonstilbudet.

Jeg har brukt bøkene ”Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi” av Jacobsen med flere (2010) og ”Sykdomslære og patologisk anatomi” av Næss (2006) for å finne litteratur om hjerte- og karsykdommer. I boka til Jacobsen med flere (2010) er det lagt vekt på sykdommenes årsak, klinikk og behandling, og er først og fremst beregnet på sykepleierstudenter og sykepleiere. Næss (2006) sin bok er spesielt beregnet for studenter ved helsefaghøgskoler. Boka omhandler årsaken til sykdom, hvordan sykdom utvikler seg og sykdommens forløp over tid.

Jeg har brukt Mæland (2009) sin bok ”Forebyggende helsearbeid i teori og praksis”, der det er lagt vekt på å få fram bredden og mangfoldet i det forebyggende arbeidet. Boken er spesielt rettet mot helsefagutdanningene. For å få litt teori om det etiske perspektivet i det forebyggende og helsefremmende arbeidet har jeg brukt Brinchmanns (2007) bok ”Etikk i sykepleien”. Denne gir grunnleggende kunnskaper om ulike etiske teorier basert på plikter, dyder, konsekvenser og nærhet til andre mennesker.

Sykepleieren har også en pedagogisk funksjon i sitt arbeid med veiledning og undervisning, og jeg har derfor brukt boka til Tveiten (2009) ”Pedagogikk i sykepleiepraksis”. Her vektlegges brukermedvirkning og pasientens kompetanse som ekspert på seg selv, og er skrevet for sykepleierstudenter, helsesøstre og jordmødre. Samtidig er kommunikasjon som redskap viktig i møte med mennesker, og da fant jeg relevant litteratur i Eide & Eide (2007) ”Kommunikasjon i relasjoner”. Forfatterne presenterer og drøfter et bredt spekter av kommunikasjonsferdigheter man må beherske som profesjonell hjelper, og er rettet mot høgskolestudenter innen helsefag, spesielt sykepleiestudenter.

I boka "Grunnleggende sykepleie bind 4" (2005) av Kristoffersen med flere fant jeg litteratur om sykepleieteoretikeren Virginia Henderson. Boka belyser ulike sykepleieteoretiske perspektiver inn i en samfunnskontekst. Bøkene er først og fremst skrevet for sykepleierstudenter, men er også aktuell ved andre helsefaglige utdanninger.

For å tilegne meg kunnskap om ernæring til barn har jeg brukt boka til Sortland (2011) "Ernæring - mer enn mat og drikke". I den fokuseres det blant annet på at kostholdet kan forebygge sykdom. I tillegg har jeg brukt boka "Sykepleierens ernæringsbok" (2008) av Sjøen og Thoresen. Denne boken tilbyr basiskunnskap sykepleieren trenger for å ivareta ernæringsbehovet hos gamle og unge, syke og friske mennesker. Den har en egen del som omhandler forebyggende ernæring og et eget kapittel om ernæring til barn. I tillegg har jeg brukt boka "Pediatri og pediatrik sykepleie" (2011) av Grønseth og Markestad som blant annet omhandler barn og ungdoms vekst og utvikling. Boken er skrevet for sykepleierstudenter, men er også egnet for sykepleiere som arbeider med barn.

Jeg har gått inn på nettsidene til Sosial- og helsedirektoratet for å finne mer ut om ernæringsanbefalinger. Av det jeg fant der, har jeg brukt "Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag" (2011), som beskriver både metodologien og det vitenskapelige grunnlaget som ligger bak kostrådene og konkluderer med konkrete kostråd. Rapporten er rettet mot personer med bakgrunn i helsefag og andre som arbeider med kostholdsrelaterte problemstillinger. Jeg har også brukt "Kosthold til barn og unge" (2008) som gir folkehelserådgivere ansatt i kommuner informasjon om barn og unges kosthold og hvordan dette kan bedres gjennom sunne måltider i barnehager og skoler. Presentasjonen kan også brukes til videreformidling internt i kommuneadministrasjonen, som utgangspunkt for foredrag for ansatte i barnehage og/eller skole og for foreldre/foresatte.

Videre har jeg brukt "Et sunt kosthold for god helse" (2005). Basert på visjonen om et sunt kosthold for god helse gjennom hele livet er det foreslått prioriterte tiltak for å fremme sunne kostvaner og god ernæringsstatus i den norske befolkningen. Det er spesielt fokusert på å redusere forbruket av hardt fett, sukker og energitett, næringsfattig mat, samt å øke forbruket av frukt og grønnsaker. Jeg har også brukt Helse- og omsorgsdepartementet sin handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Planen inneholder konkrete tiltak som vil bidra til å fremme helse og forebygge sykdom gjennom å endre kostvanene i tråd med

gjeldende anbefalinger. I tiltakene er det blant annet lagt vekt på å bidra til å gjøre det enklere å velge sunt, tilrettelegge for gode måltider i barnehager, skoler og blant eldre, og styrke kunnskapen om mat, kosthold og ernæring.

I drøftinga har jeg henvist til flere artikler, blant annet artikkelen ”Myndighetenes ernæringsråd bør revideres” av Poleszynski m.fl. (2009). Den stiller spørsmål om dagens ernæringsråd holder mål med tanke på muligheten for utvikling av en del sykdommer, deriblant hjerte- og karsykdommer. Jeg har også brukt artikkelen ”Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood” skrevet av Jennifer L. Baker med flere (2007). Bakgrunnen for forskningen som er gjort i denne artikkelen, er at overvekt blant barn øker, og forfatterne ønsket å se på sammenhengen mellom høy BMI i barndommen og risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer som voksne. I artikkelen konkluderes det med at høy BMI i barndommen øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer senere i livet, og at risikoen er høyere blant gutter enn jenter.

2.5 Forskningsartikler

På nettsidene til ”Tidsskriftet for den norske lægeforening”, tidsskriftet.no, fant jeg flere forskningsartikler som kunne være aktuelle for å belyse min problemstilling. Jeg presenterer her to av dem. I artikkelen ”Fem og dagen – ti år etter” av Kvaavik m.fl. (2007) er det brukt data fra matforsyningsstatistikk, Statistisk sentralbyrås forbruksundersøkelser, WHO's spørreundersøkelse «Helsevaner blant skoleelever» (HEVAS) og markedsundersøkelser blant voksne.

Kvaavik m.fl. (2007) fant ut at matforsyningsstatistikken og forbruksundersøkelsene viser at frukt- og grønnsakforbruket har økt betraktelig de siste tiårene i Norge. Økningen etter 1996 ser ut til å være av forholdsvis samme størrelsesorden som før 1996. Fruktinntaket blant unge har variert siden 1993, men var i 2005 på samme nivå eller høyere enn i 1993. Grønnsakinntaket økte fra 1993 til 2005. Andelen voksne som spiste frukt og grønnsaker daglig, økte betydelig fra 1999 til 2005. Om det har vært et trendbrudd med akselererende forbruksøkning etter 1996, er det i følge artikkelen vanskelig å svare entydig på. Det er for øvrig fortsatt en stor andel av befolkningen som ikke spiser frukt og grønnsaker daglig, og økt innsats er nødvendig om målet om fem porsjoner frukt og grønnsaker pr dag skal nås. Artikkelen sier også at forskning viser at et høyt inntak av frukt og grønt reduserer risikoen for utvikling av hjerte- og karsykdom senere i livet.

Den andre artikkelen, "Melk og helse" av Haug med flere (2007) har som metode brukt relevant litteratur fra perioden 1977 - 2006 som ble funnet ved søk i databasen PubMed. Resultatene i artikkelen viser at melkens innhold av oljesyre, konjugert linolsyre, omega-3-fettsyrer, noen korte og mellomlange fettsyrer, vitaminer, mineraler og bioaktive forbindelser kan tenkes å bidra til positive helseeffekter. Melkefett øker mengden total kolesterol i blodet, men imidlertid kan enkelte studier tolkes slik at et moderat inntak av melkefett gir lavere risiko for hjerte- og karsykdommer, muligens via redusert danning av små, tette LDL-partikler. I syrnet melk kan både lav pH og stoffer som dannes under fermenteringsprosessen, ha en gunstig virkning. Helmelk og surmelk kan gjøre at magesekken tømmes langsommere, noe som kan gi redusert glykemi og appetitt. Helsekadelige forbindelser kan dannes når protein reagerer med sukker, spesielt ved høy temperatur, noe som bør vurderes med tanke på et økende forbruk av ekstra søtete melkeprodukter.

2.6 Etiske overveielser

Siden dette er et litteraturstudium stilles det ingen krav til anonymisering og taushetsplikt. Dette er allerede gjort av forfatterne av brukt litteratur. Ved bruk av litteraturstudie er det viktig at de artiklene man bruker er etisk godkjent. Man må videre være nøye med kildehenvisning ved å oppgi navn på forfatter, tittel på bøker/artikler og utgivelsesår. Det er også viktig at man gjengir det man finner av litteratur uten selv å fortolke den (Dalland 2007).

Der jeg henviser til erfaringer fra praksis, har jeg anonymisert slik at det ikke kan spores tilbake til aktuelle situasjon og involverte personer. Jeg har forsøkt å være kritisk til den litteraturen og den forskningen jeg har brukt. Dette på bakgrunn av at forskere kan være subjektive i sin framstilling av funn, og bruker intervjuobjekter som de vet har noenlunde samme oppfatning som de selv (Dalland 2007).

3.0 TEORIDEL

3.1 Vitenskapsteoretisk redegjørelse

Vitenskapsteoretikeren Virginia Henderson (1897-1996) er en av de første sykepleierne som forsøkte å beskrive sykepleierens særegne funksjon. Hennes sykepleiedefinisjon viser til gjøremål som er nødvendige for helse, helbredelse eller fredfull død, og hun ser på kropp og sjel som nær knyttet til hverandre. Av dette kan vi utlede et menneskesyn som går ut på at mennesket har visse grunnleggende behov. Disse behovene definerer Henderson som ”mat, kjærlighet, anerkjennelse, følelsen av å være til nytte og av gjensidig samhørighet og avhengighet av andre i den menneskelige sammenheng”. Hun slår fast at mennesket vanligvis dekker disse behovene gjennom selvstendig og aktiv handling, og at hver enkelt gjør dette på sin individuelle og personlige måte, ut fra den kulturelle og sosiale sammenhengen vedkommende er i (Kristoffersen m.fl. 2005).

Henderson mente det er viktig at sykepleieren prøver å skape størst mulig uavhengighet hos pasienten. Målet for sykepleien er å hjelpe den enkelte, syk eller frisk, til selv å utføre gjøremål som kan fremme den enkeltes helse. Hun mente videre at ressursvikt kan være mangel på kunnskap, krefter eller vilje, og at mangelen på disse ressursene nødvendigvis ikke skyldes sykdom (Blix og Breivik 2006). Også friske mennesker vil ha behov for sykepleie når de av ulike årsaker ikke makter å utføre gjøremål som er nødvendig for å bevare helsen. På dette området har sykepleieren en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon. Hun sier videre at helse er mer enn fravær av sykdom, og at livet også må inneholde adspredelse, produktiv sysselsetting og sosial kontakt (Kristoffersen m.fl. 2005).

Hendersons syn på helse er nær knyttet til ivaretagelsen av menneskets grunnleggende behov. Henderson understreker at pasienten selv best kjenner sine egne behov om hvordan de nødvendige gjøremålene skal utføres. Derfor er det rimelig å karakterisere pasienten som en aktiv deltaker i den sykepleie den mottar. Hun understreket videre at når sykepleieren skal forholde seg til pasientens grunnleggende behov, må utgangspunktet være at behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person. Med dette uttrykker Henderson en fenomenologisk tilnærming til pasientens situasjon ved å gjøre forståelsen av den enkeltes livsverden til et nødvendig utgangspunkt for sykepleien (Kristoffersen m.fl. 2005).

3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Hensynet til helse er ikke alltid fremst i folks prioriteringer. Forebygging må finne sin plass i spenningsfeltet mellom risikosøking, impulsivitet og lyst på den ene side, og trygghetsbehov, fornuft og moral på den annen side. Vi må også ha respekt for at det er mange veier til god helse – og mange oppfatninger av hva det innebærer (Mæland 2009).

Det forebyggende helsearbeidet dreier seg om mer enn å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Forebygging handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. I dette ligger blant annet: Å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling, og å styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold. Videre vil det si å stimulere folks evner til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll, samt å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig. (Mæland 2009).

Den sykdomsforebyggende strategien har sin basis i at sykdommer, med få unntak, ikke er unngåelige, selv om døden er viss for alle mennesker. Målsettingen er å forhindre, eventuelt utsette, sykdomsforløp (primær sykdomsforebygging), alternativt å hindre at en sykdom på ny manifesterer seg eller utvikler seg (sekundær sykdomsforebygging). Vi snakker også om tertiær sykdomsforebygging når målsettingen er å minske de følgene sykdommen får for funksjon og kvalitet (Mæland 2009).

Det helsefremmende arbeidet tar ikke sitt utgangspunkt i sykdom, men i helse, og arbeider ikke primært med risikofaktorer, men derimot med å styrke ressursene for god helse. Slike ressurser kan være samfunnsmessige, miljømessige, sosiale, kulturelle eller individuelle forutsetninger for en god helseutvikling. Helse betraktes ikke som et mål i seg selv, men heller som et middel til å oppnå ønskeverdige mål (Mæland 2009).

Arbeidsmetodene i det helsefremmende arbeidet skiller seg radikalt fra det sykdomsforebyggende. Befolknings- og brukermedvirkning er helt avgjørende. Det legges like stor vekt på prosessen underveis som på resultatene. Lokalsamfunnet er den viktigste arena for det helsefremmende arbeidet, men politisk arbeid på alle plan betyr kanskje mest. I motsetning til sykdomsforebyggingens ekspertstyrte tilnærming, bygger det helsefremmende arbeidet på en demokratisk medvirkning fra dem det angår (Mæland 2009).

Det er for øvrig ikke realistisk eller ønskelig at den helsefremmende strategien fullt ut skal erstatte det sykdomsforebyggende arbeidet. Begge tilnærminger er nødvendige og har hver

sine sterke og svake sider. Som komplementære strategier kan de støtte opp om og påvirke hverandre (Mæland 2009).

3.3 Kommunenes ansvar i det forebyggende og helsefremmende arbeidet

Lov om helsetjenestene i kommunen (kommunehelsetjenesteloven) (1982) styrer kommunens ansvar for helsevesenet, og sier at landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Loven sier videre at kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen (§1-2).

3.4 Helsestasjonens oppgaver

I veilederen til Sosial- og helsedirektoratet (2005) står det at barn og ungdom er en sentral målgruppe for folkehelsearbeidet fordi mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livsløpet. Foreldrene er de som har ansvaret for at barna får sine omsorgsbehov dekket. Samfunnet skal legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i et nært samarbeid med dem. Tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsingsområdene for barn og unge. Helsestasjonstilbudet er sentralt i kommunens folkehelsearbeid. For at tjenestene skal fungere som forutsatt, er det viktig at kommunene sørger for at tilbudet er tilgjengelig for målgruppene, og at de ansatte har nødvendig kompetanse og ressurser.

Helsestasjonens oppgave er å forebygge helseproblemer og fremme helse. Den skal også bidra til å forhindre at sykdom og skade får unødig alvorlige konsekvenser for barnet og familien. Med primært forebyggende arbeid menes allmennpreventive tiltak, for eksempel å snakke med alle foreldre om ernæring (Grønseth og Markestad 2011).

Måten familien møtes på, er avgjørende for om de oppfatter helsestasjonen som en personlig støtte og hjelp eller som en offentlig kontrollerende og truende pekefinger. Et overordnet mål for helsestasjonsarbeidet er å bidra til at foreldrene føler seg tilstrekkelige som foreldre. Som sykepleier er det viktig å fokusere på det som er bra og gi ros for det (Grønseth og Markestad 2011).

I helsestasjonenes jevnlige møter med sped- og småbarn følges vekt og utvikling og det gis råd innenfor et bredt spekter av tema. Etter Ernæringsrådets vurdering er vekstkontrollen

svært viktig. Den sikrer barnet god oppfølging og gir grunnlag for tilpasset veiledningsarbeid. Personellet ved helsestasjonen må ha god kunnskap om amming, ernæring og kosthold, og det må sørges for at kompetansen styrkes og oppdateres (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

3.5 Hjerte- og karsykdommer

Aterosklerose i koronararteriene er årsak til 80% av all hjertesykdom. De viktigste tilstandene er hjertekrampe (angina pectoris) og hjerteinfarkt, der iskemi er et uttrykk for nedsatt blodtilførsel. Årsakene til angina pectoris er aterosklerose med en sterk grad av forsnevring, slik at hjertemuskulaturen ikke får dekket sitt oksygenbehov, og kjennetegnes av sammensnørende smerter midt i brystet. Hvis en koronararterie blir helt tett av aterosklerose eller oftere på grunn av aterosklerose kombinert med trombose, vil det utvikles et infarkt i forsyningsområdet for arterien. En pasient med hjerteinfarkt vil ha brystmerter som ofte stråler ut til arm, skuldre og kjeve. Smertene ledsages av sterk angst, og kvalme og brekninger er ikke uvanlig. Smertene vil vedvare også i hvile, og de vil ikke forsvinne etter inntak av nitroglyserin (Næss 2006).

Studier tyder på at risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, for eksempel fedme, overvekt, diabetes type 2, høye verdier av kolesterol og høyt blodtrykk henger sammen (Sortland 2011). Andre risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer er røyking og lite mosjon (Jacobsen m.fl. 2010). Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer har i enkelte aldersgrupper blitt halvert i takt med at kolesterolnivået i blodet er redusert og fettforbruket endret blant befolkningen generelt. Dette er et godt eksempel på hva forebyggende arbeid kan gjøre. Både mengden og typen fett spiller en vesentlig rolle (Sortland 2011)

3.6 Ernæringsråd til barn

Et sunt og variert kosthold vil ikke bare ha en positiv virkning på barnets nåværende kosthold, men kan danne grunnlag for gode kostvaner senere i livet som kan gi helsegevinst (Sortland 2011). Sped- og småbarn er i en biologisk sårbar alder, og det er viktig at sped- og småbarnsmat er helsemessig trygg og ernæringsmessig godt tilpasset barnets behov. Matvaner som etableres i barne- og ungdomsårene påvirker risikoen for sykdom senere i livet (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Verdens helseorganisasjon (2007) sier at det er i perioden fra barnet er 6 mnd til to år at barnets matvaner etableres. I denne perioden er det derfor viktig at barnets ernæring er i tråd med de anbefalte kostråd.

Den naturlige maten for spedbarn er morsmelk. Morsmelken har et innhold av næringsstoffer som er spesialtilpasset for barnet. Helsedirektoratet anbefaler at spedbarn får morsmelk som eneste næring de første 6 månedene, og sammen med annen næring hele det første året. For dem som har problemer med ammingen, er det viktig at de ammer så mye de kan, og gir morsmelkerstatning i tillegg. De som får morsmelkerstatning, kan begynne med fast føde fra 4 til 6 måneders alder. Fra 10 måneders alder kan en begynne med små mengder yoghurt og surmelksprodukter. Vanlig melk bør ikke brukes før ved 1-årsalder (Sjøen og Thoresen 2008).

Siden morsmelk inneholder lite vitamin D, bør barnet få 1 teskje tran fra det er fire uker gammelt. Tran gir også omega-3-fettsyrer, som blant annet er gunstig for utviklingen av nervesystemet. Når barnet har blitt 6 måneder, kan man introdusere glutenfri grøt som er jernberiket. Ellers kan barnet godt spise det samme som resten av familien, dog uten salt. Barnets nyrer er ikke helt klare til å skille ut så mye salt ennå. Når barnet er tørst, er det best å gi vann mellom måltidene. Drikke med søt smak bør unngås (Sjøen og Thoresen 2008).

Fra ettårsalder kan barna stort sett spise samme mat som de voksne. Men energibehovet er stort og magen liten, og småbarn har behov for mat hyppigere enn voksne. Småbarn bør derfor ha fire til seks måltider om dagen. Hos barn er både metthetscenteret og tørstefølelsen svært velregulerte. Når barn sier de er mette, så er de mette (Sortland 2011).

Inntaket av sukker, salt og fett bør reduseres, mens inntaket av fiberrike matvarer, som frukt, bær, grønnsaker og grove kornprodukter bør økes (Grønseth og Markestad 2011). Sosial- og helsedirektoratet (2008) anbefaler 5 om dagen også til barn, bare litt mindre porsjoner enn til voksne. For å oppnå dette må man gjøre frukt og grønt tilgjengelig både hjemme og i barnehagen. Høyt inntak av fiberrik mat i oppveksten er satt i sammenheng med viktige helsefordeler, spesielt med tanke på normal fordøyelse. Det er sannsynlig at et høyt inntak av kostfiber reduserer risikoen for koronar hjertesykdom og kreft i tykktarm og endetarm. Det er derfor viktig at barn allerede de første leveårene har et kosthold som er rikt på fiber (Sortland 2011). Barn bør spise til faste måltider, og variere inntaket av mat og drikke da dette gjør det enklere å få dekket behovet for næringsstoffer (Grønseth og Markestad 2011).

Det har vært diskutert om barnet bør drikke helmelk eller melk med mindre fett. Den eneste grunnen til å gi barnet helmelk må være at det for eksempel ved sykdom har behov for ekstra tilførsel av proteiner og energi. Det er fettmengden i melketyperne som er forskjellig, og dersom barnet drikker relativt mye melk, er det viktig at det drikker skummetmelk. Siden

melk hemmer opptaket av jern, bør barn uansett ikke drikke mer enn 5-6 dl daglig (Sortland 2011).

Sortland (2011) sier videre at som variasjon fra melk til brødmåltidene kan barnet få juice av appelsin, eple, druer og lignende. Lettbrus anbefales ikke til barn under 3 år. Barn har lav kroppsvekt, og inntaket av kunstig søtningsstoff og andre tilsetningsstoffer vil derfor lett overstige øvre grenseverdi for inntak gitt av Mattilsynet. Små barn (1-2 år) kan lett få for mye av søtningsstoffet acesulfam K, samt at inntaket av benzosyre i aldersgruppen 1-4 år er bekymringsfullt (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Barn bør spise tre brødmåltider eller to brødmåltider og ett grøtmåltid for dagen, og plantemargarin er gunstig på brødkive. Brødet barnet spiser bør være av grove kornsorter som sammalt mel og rug da disse har mest innhold av jern, vitamin B og sporstoffer. Som pålegg bør barn få brunost, prim, leverpostei, magert kjøttpålegg, fiskepålegg, kaviar, hvitost, egg, eple, banan, tomat og paprika. Videre bør barn spise middag hver dag der grønnsaker er en naturlig del av middagen (Sortland 2011).

3.7 Fysisk aktivitet – et viktig forebyggende tiltak

Fysisk aktivitet har stor innvirkning på kroppssammensetningen og omsetningen av næringsstoffer. Fysisk aktivitet øker konsentrasjonen av HDL-kolesterol og senker nivåene av triglyserider og LDL-kolesterol, noe som medfører at sultfølelsen er i overensstemmelse med energibehovet. Regelmessig fysisk aktivitet beskytter mot utvikling av hjerte- og karsykdommer. Voksne, barn og ungdom anbefales å være i aktivitet i minst seksti minutter hver dag, og aktiviteten bør ha både moderat og høy intensitet (Sortland 2011).

Kroppens energiforbruk og energibehov påvirkes i stor grad av fysisk aktivitet. Energiforbruket gir rammer for inntak av næringsstoffer, og energirike matvarer og lite fysisk aktivitet er knyttet til risiko for kroniske sykdommer, blant annet hjerte- og karsykdommer. Energiforbruket som ledsager fysisk aktivitet, vil endre stoffskiftet slik at mer av den energien man inntar gjennom føden, blir brukt til muskelarbeid og ikke lagret som for eksempel fett. Fysisk aktivitet påvirker blant annet blodlipider, blodsukker, koagulasjonssystemet og insulinfølsomhet på en gunstig måte. I tillegg fører fysisk aktivitet til at blodtrykket i hvile reduseres (Helsedirektoratet 2011).

3.8 Undervisning og veiledning

Undervisning er formidling av kunnskap, der sykepleieren formidler kunnskap om et gitt tema til for eksempel foreldre. I undervisning er hensikten å formidle den kunnskapen man har og som man vet foreldre trenger for å lære og for å styrke sin mestringskompetanse (Tveiten 2009).

Å veilede defineres gjerne som å lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysninger, anwise, forklare og orientere. Den som er i fokus for veiledningen, skal oppdage og lære, og denne læringen kan eventuelt føre til styrket mestringskompetanse (Tveiten 2009).

Forskjellen mellom veiledning og undervisning kan relateres til hvordan hensikten oppnås. Undervisning er ofte lærerstyrt, eller styrt av underviseren. Veiledning handler om å møte den andre der han er, og høre hva hans behov er (Tveiten 2009).

3.9 Kommunikasjon og kommunikasjonsetikk

I møte med barn og deres foreldre må sykepleieren lytte aktivt og bruke sine kommunikasjonsferdigheter for å legge til rette for tillit og trygghet (Tveiten 2009). Sykepleieren bør etterstrebe å skape gode og likeverdige relasjoner mellom seg og foreldrene og barna, og formidle informasjon på en klar og forståelig måte. God kommunikasjon skapes også ved å møte foreldrenes og barnas behov og ønsker på en god måte, der man stimulerer deres ressurser og muligheter (Eide&Eide 2007).

Etikk kan kort defineres som systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger (Eide&Eide 2007). Moral vil si retningslinjer for hva som er rett og galt, godt eller dårlig i det praktiske liv, og særlig i forhold til andre mennesker. Etikk er teori om moral (Brinchmann 2007). I tråd med dette kan kommunikasjonsetikk forstås som systematisk refleksjon over hvordan vi bør kommunisere med barn og deres foreldre (Eide&Eide 2007).

4.0 DRØFTING

På bakgrunn av gjennomgått litteratur vil jeg i drøftingsdelen presentere tema som jeg mener er relevante i forhold til min problemstilling. Jeg vil forsøke å vise hva kostholdet og etablering av gode kostvaner hos barn har å si i forebyggingen av hjerte- og karsykdommer. Jeg vil også forsøke å vise hva sykepleierens pedagogiske egenskaper samt evne til god kommunikasjon har å si for undervisning og veiledning til foreldre og barn med tanke på ernæring.

4.1 Metoder for å fremme god ernæring

I følge veilederen til "Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid for helsestasjons- og skolehelsetjenesten" utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (2005) kan helsestasjonen bruke ulike metoder for å styrke foreldrenes mestringsevne og selvstendighet. Ifølge Tveiten (2009) kalles metoder for å formidle kunnskap undervisningsmetoder. Læreforutsetningene, hensikten og innholdet har betydning for valg av metode. Hvordan kan kunnskapen formidles for å oppnå hensikten samtidig som læreforutsetningen legges til grunn? Ofte kan det være hensiktsmessig å kombinere flere metoder. Det kan for eksempel være greit å fortelle, samtale om eller forelese om temaet, og siden vise bilder, tegninger eller film. Deretter kan man legge til rette for samtale eller oppklarende spørsmål. Brosjyremateriell kan også være praktisk i undervisningen, men det forutsetter at sykepleieren snakker med foreldrene om innholdet i materialet.

Slik jeg ser det, må målet med veiledning være å gi foreldre og barn økt kunnskap om kosthold og ernæring slik at de kan ta selvstendige valg. Dette samsvarer med Hendersons teori om å øke pasientens selvstendighet og uavhengighet (Kristoffersen m.fl. 2005). I arbeidet med dette er det viktig å ha fokus på å tilpasse informasjonen til hver enkelt. Man bør kanskje gi grundigere informasjon til en ung førstegangsmamma enn til en mor som selv er utdannet sykepleier? Samtidig må man huske på at selv om noen har helsefaglig bakgrunn, så er det ikke sikkert de er oppdatert på en hver tid gjeldende kostråd til barn. Samtidig sier Tveiten (2009) at det ikke finnes noe fasitsvar på hva som er en god undervisningsmetode. Ulike metoder kan føre til samme mål. Tveiten (2009) sier at dialog er hovedformen i veiledning. En god dialog kjennetegnes av likeverdighet mellom partene, selv om veilederen har mer kunnskap enn fokuspersonen. En god dialog preges av gjensidig respekt og aksept. Dialogen skal legge til rette for at fokuspersonen selv oppdager, lærer og utvikler seg i retning

av å ta ansvar for egen helse. Min erfaring fra praksis er at sykepleierne møtte barna og foreldrene med respekt, der det å kartlegge familiens kosthold og gi kostråd sto i fokus. Informasjonen ble gitt ut fra barnets alder, og sykepleierne var vennlige og lydhøre. Dette tror jeg er en forutsetning for å få fram budskapet i kostholdsveiledningen. På den andre siden har jeg opplevd å komme til helsestasjonen med egne barn, der det ikke ble satt særlig fokus på barnets kosthold. Kanskje sykepleierne gjorde en ekstra god jobb når jeg var der som student?

Myndighetene utarbeider kostråd, men det er hver enkelt helsestasjon i hver kommune som har mulighet til å nå ut til hver enkelt familie med opplysning om ernæringsanbefalinger (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Henderson pekte på at sykepleier skal være en god kunnskapsformidler, og da bør sykepleier vite hvilke kostråd som til en hver tid gjelder, og ha gode kommunikasjonsferdigheter. Det at kostråd endres i løpet av kort tid, kan medføre at foreldre blir usikre og forvirret i forhold til hvilket kosthold som er det beste for deres barn. På grunn av dette er det svært viktig at sykepleierne som skal undervise og veilede foreldre og barn om ernæring, er oppdatert til en hver tid. Sosial- og helsedirektoratet (2005) sier at de ansatte på helsestasjonen må kunne svare på hvorfor de gjør det de gjør. Som et grunnleggende prinsipp bør tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten baseres på kunnskap fra god forskning, som viser at tiltaket har den ønskede effekt. De ansatte på helsestasjonen har også et ansvar for å holde seg oppdatert på nyere forskning, og hver enkelt har ansvar for å oppdatere sin egen kunnskap. Samtidig er det, som Henderson påpeker (Kristoffersen m.fl. 2005), viktig at foreldrene er i stand til å ta selvstendige valg med tanke på hvilken mat de skal tilby barna sine.

Med tanke på at det anbefalte kostholdet kan ha en forebyggende effekt på hjerte- og karsykdommer (Sortland 2011), er utfordringen slik jeg ser det, å finne metoder som fører fram. Hvordan skal sykepleieren klare å motivere foreldre og barn til å ha et kosthold som kan forebygge hjerte- og karsykdommer? Hvordan motivere til å forebygge noe som *kanskje* kan utvikle seg langt frem i tid? Kanskje er de som har opphopning av disse sykdommene i familien mer motivert til å følge gjeldende kostråd? Samtidig er det viktig at man formidler kunnskapen på en slik måte at man ikke skremmer foreldrene. Hovedfokuset bør kanskje være på den positive helsegevinsten kosten kan ha her og nå i form av styrking av immunforsvaret (Sortland 2011). Samtidig er det også viktig å huske på at vi må ha respekt for at det er mange veier til god helse – og mange oppfatninger av hva det innebærer (Mæland 2009).

4.2 Kommunikasjon som verktøy

I følge Sosial- og helsedirektoratet (2005) er helseopplysning et tiltak innen forebyggende og helsefremmende arbeid som tar sikte på å påvirke menneskers atferd og holdninger vedrørende ulike levevaner. Målet med helseopplysning er å gi den enkelte kunnskapsgrunnlag for å ivareta egen helse. Helsestasjonen er den viktigste offentlige arena for helsefremmende og forebyggende arbeid for gravide, sped- og småbarn og deres foreldre. Det er derfor viktig at ansatte har et bevisst forhold til hvilken informasjon som gjøres tilgjengelig, og på hvilken måte informasjon formidles gjennom helsestasjonsvirksomheten. I tjenesten må det settes fokus på metoder og prosesser som fører frem til at foreldre, barn og unge positivt blir i stand til å påvirke egen helse, trivsel og mestring. Budskapet må stimulere til refleksjon og handling, ikke være moraliserende. I den sammenheng er, i følge Eide&Eide (2007), kommunikasjon et viktig verktøy. Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon bør derfor alltid være hjelpende, i den forstand at den er både faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre. I tillegg viser forskning at bedre kommunikasjonsferdigheter bidrar til bedre helse for pasientene. Å lytte aktivt og kommunisere klart er en forutsetning for å identifisere hva situasjonen krever og å forebygge uheldige valg og dårlige løsninger. I den grad kommunikasjonen er mangelfull eller dårlig, oppstår også fare for profesjonelle feil og mangler.

Min erfaring fra praksis var at sykepleierne var flinke til å kommunisere med barna og deres foreldre. Sykepleierne var aktive lyttere, samtidig som de tilpasset undervisningen og veiledningen til hvert enkelt barn og familie. Dette gjorde de ved å spørre litt rundt matsituasjonen hjemme og i barnehagen, slik at de kunne veilede ut fra den informasjonen de fikk om barnets og familiens kosthold. Jeg opplevde at sykepleierne hadde en vennlig tone i stemmen og at de var imøtekommende. Samtidig var de ikke redde for å si fra hvis de mente at barnets kosthold hadde forbedringspotensiale. Som mor til tre barn har jeg imidlertid ulike erfaringer i møtet med helsestasjonen. Noen har tatt seg god tid og gitt god informasjon, samt vært vennlig og imøtekommende. Imidlertid har jeg også dessverre erfart å bli møtt med ”pekefingermentalitet”, noe som fratok meg følelsen av mestring og trygghet i morsrollen, spesielt som førstegangsmamma. Dette synes jeg sier noe om hvor viktig det er at personalet som møter oss foreldre og barn på helsestasjonen, tar i bruk metoder som styrker foreldrene og deres ressurser.

4.3 Sammenhengen mellom ernæring, fysisk aktivitet og utvikling av hjerte- og karsykdommer

Nye utviklingstrekk i samfunnet gir helseutfordringer som krever nye strategier. Barn og ungdom er en sentral målgruppe for folkehelsearbeidet fordi mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livsløpet. Usunt kosthold og fysisk inaktivitet kan forklare mye av forekomsten av blant annet hjerte- og karsykdom (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Når det gjelder sammenhengen mellom barns ernæring og risiko for utvikling av hjerte- og karsykdom senere i livet, sier Sortland (2011) at det er en klar sammenheng mellom kolesterolinnholdet i blodet og risikoen for hjerte- og karsykdommer. Jo høyere kolesterolnivået er, desto større er risikoen. Det beste tiltaket for å senke blodets kolesterolnivå er å øke inntaket av kostfiber, frukt, bær og grønnsaker og være mer fysisk aktiv.

I følge Kvaavik m.fl. (2007) kom det i 1996 anbefalinger om å øke inntaket av frukt og grønnsaker. Bevisstheten om frukt og grønnsakers betydning for helsen økte betydelig rundt 1990. Forskning viser også at et høyt inntak av frukt og grønt reduserer risikoen for utvikling av hjerte- og karsykdom senere i livet. Siden 1996 har inntaket økt, men er fortsatt for lavt. Det er derfor nødvendig med en innsats for å øke inntaket ytterligere. For eksempel vil innføring av gratis frukt og grønnsaker i skolen kunne få stor betydning for fremtidige generasjoners inntak og helsen deres. Dette samsvarer med Helsedirektoratet (2011) sitt råd om økt inntak av frukt, grønnsaker og bær for å forebygge hjerte- og karsykdommer. Regjeringens handlingsplan for 2007-2011 (2007) viser til at det er gode vitenskapelige holdepunkter for at inntak av frukt og grønnsaker er gunstig for helsen og kan redusere risikoen for blant annet hjerte- og karsykdommer. Frukt og grønnsaker inneholder mye kostfiber, vitaminer og antioksidanter som sammen gir en positiv helseeffekt. Dagens anbefalinger fra helsemyndighetene er et inntak av 3 porsjoner grønnsaker og poteter og 2 porsjoner frukt og grønt daglig. Inntaket av frukt og særlig grønnsaker er lavere enn anbefalt i store deler av befolkningen og kunne med fordel ha vært fordoblet. På den andre siden viser en artikkel, som ble publisert i Harvard Heart Letter (2011), at for mye fruktose i kosten kan øke risikoen for lever- og hjerte- og karsykdom. Fruktosen i frukt har lavere glykemisk respons, noe som er positivt fordi det gir lavere blodsukkerstigning. Imidlertid har det vist seg at fruktose lettere omdannes til fett. Det gir mer stress på levera, og bidrar til dannelsen av fett

som er ugunstig med tanke på hjerte- og karsykdom. For mye inntak av frukt kan medføre for høyt blodtrykk og forhøyet LDL-kolesterol i blodet.

At kostholdet man har som barn kan påvirke vår framtidige helse (Sortland 2011), støttes i Claussen og Næss (2002) sin artikkel "Barnehelse og livsløp". Den viser i en rapport om barns helse og levevilkår fra UNICEF i 2001 betydningen av helse i barndommen for helse i voksen alder. Barns vekst og utvikling er bestemmende for helsestatus i voksen alder, og barnehelse får derfor betydning langt utover sykkelighet og dødelighet i selve barnealderen. UNICEFs rapport om barns helse og levevilkår tar utgangspunkt i at barnets helse i kritiske perioder vil få vidtrekkende konsekvenser for individets fremtidige helse. Perioden frem til barnet er tre år er mest bestemmende. UNICEF fastslår at forebyggende helsearbeid rettet mot barn i aldersintervallet 0 - 3 år er av de mest effektive tiltak for å bedre hele befolkningens helse.

En annen studie, gjort av Poleszynski m.fl. (2009), sier at myndighetenes ernæringsråd bør revideres. Dette på bakgrunn av at flere store intervensjonsstudier svekker de offisielle anbefalingene om å redusere inntaket av fett i kostholdet. Noen av verdens største studier viser at man ikke oppnår helsegevinst ved å redusere inntaket av fett. Sammenlignende studier viser dessuten at lavkarbohydratkosthold med mer fett gir størst vektreduksjon og bedre helse enn kosthold basert på bare planter eller mye høyglykemsik, fettfattig mat.

Melk har lenge hatt en sentral plass i det norske kostholdet. I følge Sjøen og Thoresen (2008) kommer om lag 27% av fettene i norsk kosthold fra melkeprodukter (medregnet smør). Melkeprodukter er en av de tre største fettkildene. Det betyr ikke at vi skal bruke mindre melkeprodukter, men vi bør velge magre typer. Melkefettet inneholder mye mettede fettsyrer. 43% av fettene får vi fra denne gruppen. Dersom en velger magrere melkeprodukter, vil andelen fett i maten bli betydelig redusert. Melk og melkeprodukter gir proteiner av god kvalitet og en rekke vitaminer og mineraler, særlig kalsium. På den andre siden sier Haug m.fl. i artikkelen "Melk og helse" (2007) at melkens innhold av oljesyre, konjugert linolsyre, omega-3-fettsyrer, noen korte og mellomlange fettsyrer, vitaminer, mineraler og bioaktive forbindelser kan tenkes å bidra til positive helseeffekter. Selv om melkefett øker mengden total kolesterol i blodet, kan enkelte studier tolkes slik at et moderat inntak av melkefett gir lavere risiko for hjerte- og karsykdommer, muligens via redusert danning av små, tette LDL-partikler. Imidlertid kan både fett, proteiner og karbohydrater i melk gi helseproblemer for personer med genetiske metabolske defekter. I syrnet melk kan både lav pH og stoffer som

dannes under fermenteringsprosessen, ha en gunstig virkning. Helmelk og surmelk kan gjøre at magesekken tømmes langsommere, noe som kan gi redusert glykemi og appetitt. Helseskadelige forbindelser kan dannes når protein reagerer med sukker, spesielt ved høy temperatur, noe som bør vurderes med tanke på et økende forbruk av ekstra søtede melkeprodukter.

Når det gjelder utvikling av hjerte- og karsykdommer, er også fysisk inaktivitet en risikofaktor, i tillegg til feil ernæring (Sortland 2011). Verdens helseorganisasjon (WHO) har observert en urovekkende og rask global økning av overvekt og fedme hos barn de siste 20 - 30 årene. Organisasjonen har beregnet at det finnes 22 millioner barn under fem år som er overvektige. Overvekt i barne- og ungdomsårene gir økt risiko for overvekt i voksen alder, og risikoen øker jo eldre og mer overvektig barnet er (Handeland og Hjelmesæth 2009). I tillegg gir høy kroppsmasseindeks (BMI) i barneårene økt risiko for hjerte- og karsykdommer i voksen alder (Baker m.fl. 2007).

Mye tyder på at inaktivitet er en større medisinsk utfordring enn fedme. Fysisk aktivitet beskytter mot sykdom, uavhengig av kroppsform og -størrelse. I tillegg er fysisk aktivitet en kilde til glede, livsutfoldelse og positive opplevelser av å mestre noe (Handeland og Hjelmesæth 2009). Dette kan relateres til Henderson sin teori om at helse er mer enn fravær av sykdom, og at livet også må inneholde adspredelse, produktiv sysselsetting og sosial kontakt (Kristoffersen m.fl. 2005).

Grunnlaget for livslange aktivitetsvaner etableres i tidlige barneår. Det å gjennomføre konkrete tiltak for å øke aktivitetsnivået fra småbarnsalderen av vil derfor kunne gi helsegevinst både på kort og på lang sikt (Handeland og Hjelmesæth 2009). I følge Sosial- og helsedirektoratet (2009) bør barn være i aktivitet i minst 60 minutter daglig, og aktiviteten bør være så allsidig som mulig slik at motorikken blir utviklet. Samtidig må man ta hensyn til at barna er forskjellige og har forskjellige interesser. Aktivitetene bør derfor være varierte, og det er viktig at de får støtte og oppmuntring, og at aktivitetene som tilbys er noe alle kan være med på. Samtidig viser undersøkelser at hvis barna er fysisk aktive i barne- og ungdomsårene, så er det større sjanse for at de fortsetter med det i voksen alder. Slik sett vil etablering av fysisk aktivitet som barn gi positiv effekt for lang tid framover.

Regjeringens "Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen" (2007-2011) inneholder konkrete tiltak som vil fremme helse og forebygge sykdom gjennom å endre kostvanene i tråd

med helsemyndighetenes anbefalinger om ernæring. Handlingsplanen påpeker at i Norge har vi gode muligheter for å velge sunne matvarer fordi vi har et rikelig utvalg å velge i. Samtidig kan nettopp dette medføre at det blir vanskelig for befolkningen å sette sammen et sunt kosthold. Inntaket av fett, sukker og salt er for høyt i forhold til anbefalingene, og spesielt barn og unge får i seg for mye sukker gjennom brus, godteri og saft. Dette er matvarer som ikke bør ha for stor plass i et sunt og variert kosthold. Handlingsplanen sier videre at det er store grupper i befolkningen som har stor risiko for å utvikle sykdommer som er relatert til kosthold, som blant annet hjerte- og karsykdommer.

4.4 Foreldrenes mestringskompetanse

I følge Sosial- og helsedirektoratet (2005) innebærer folkehelsearbeid å svekke det som medfører helsefare og styrke det som bidrar til bedre helse. I den sammenheng nevnes at brukerperspektivet er viktig å ha fokus på. Det vektlegges at den enkeltes behov, ønsker og forståelse av egen situasjon bør legges til grunn ved utformingen av tiltak og tjenester. Det innebærer at alle foreldre, barn og unge tas på alvor og møtes med respekt og verdighet. Tveiten (2009) vektlegger blant annet empowerment-tenkningen i arbeidet med barn og deres foreldre når det blant annet skal veiledes om ernæring. Samtidig sier Mæland (2009) at forebyggende helsearbeid dreier seg om mer enn å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Forebygging handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. I dette ligger blant annet at man bør stimulere folks evner til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll, samt å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig.

I sykepleiers arbeid med å styrke foreldrene i å fremme sitt barns ernæring, er det viktig at foreldrene opplever mestring og selvstendighet i forhold til å tilby barnet sitt den riktige kosten. Sykepleieren må bidra til at foreldre føler seg trygge i at de tar de rette valgene for sitt barn (Tveiten 2009). Dette er i tråd med Hendersons teori, som sier at målet for sykepleien er å gjøre foreldrene mest mulig uavhengige, og at de blir i stand til å styrke sine egne ressurser. Hun mente imidlertid også at ressursvikt kan være mangel på kunnskap, krefter eller vilje, og at mangelen på disse ressursene nødvendigvis ikke skyldes sykdom (Blix og Breivik 2006).

Tveiten (2009) sier at sykepleieren bør støtte foreldrene, og forstå hver enkelt familie sin situasjon, og at veiledning må ta utgangspunkt i familiens kunnskaper. Sykepleieren bør kartlegge før veiledningen begynner litt om foreldrenes bakgrunn og veilede ut fra det. Dette samsvarer med Henderson sin teori om at pasienten selv best kjenner sine egne behov, og at

det derfor er rimelig å karakterisere pasienten som en aktiv deltaker i den sykepleie den mottar. Hun understreket videre at når sykepleieren skal forholde seg til pasientens grunnleggende behov, må utgangspunktet være at behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person. Samtidig påpekte hun at også friske mennesker vil ha behov for sykepleie når de av ulike årsaker ikke makter å utføre gjøremål som er nødvendig for å bevare helse. På dette området har sykepleieren en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon. Slik jeg ser det har familiens ressurser også innvirkning med tanke på hvilke matvarer de kjøper. Man kan gjerne anbefale at både voksne og barn spiser fem om dagen, men mange har kanskje ikke økonomi til dette da frukt og grønt er forholdsvis dyrt. Atter andre igjen har kanskje ikke nok kunnskaper til å velge de riktige matvarene.

4.5 Matsituasjonene i hjemmene og etablering av gode matvaner

Siden barn fra ettårsalderen som oftest spiser den samme maten som resten av familien, er det i arbeidet med ernæring som sykdomsforebyggende og helsefremmende faktor viktig å ha fokus på holdningen til kostholdet i hele familien (Sjøen og Thoresen 2008).

Familiens kosthold blir modell for barnets kosthold etter hvert som det vokser til. Barn er i sterk vekst og utvikling og trenger derfor et godt sammensatt kosthold. Barn er aktive og spiser mye for å dekke energiforbruket. Hvis maten er variert får de også tilstrekkelig med næringsstoffer til oppbygging av kroppen. Barna må vennest til å spise mange typer mat i oppveksten. Det er foreldrene som er voksne og det er de som har kunnskap om hva barnet trenger. Det er en del av foreldreansvaret å gi barna et ernæringsmessig fornuftig kosthold. Foreldre som lar barna slippe å spise en rekke matvarer, gjør barnet en bjørnetjeneste både helsemessig og sosialt (Sjøen og Thoresen 2008).

Matsituasjonen i hjemmene har, slik jeg ser det, stor betydning for etablering av gode matvaner tidlig i livet og for hvilken kost barna tilbys. Som regel er begge foreldrene i jobb utenfor hjemmet, og da kan matsituasjonen i hjemmene bli preget på en negativ måte. Med det mener jeg at når vi som foreldre kommer sliten hjem fra jobb og barna fra barnehagen, kan det være vanskelig å være konsekvent. Da kan det fort resultere i enkle løsninger, som for eksempel at man lar barna velge bort enkelte matsorter. Dette er det i følge Tveiten (2009) viktig at sykepleier ser i møte med foreldre, nettopp for å skape tillit og grunnlag for god kommunikasjon slik at man kan finne løsninger for passer for hver enkelt familie.

Hvis maten barna tilbys er variert, får de også tilstrekkelig med næringsstoffer til oppbygging av kroppen. Da er det et problem at en del barn lærer seg til at de ikke liker enkelte matvarer. Slike vaner trekker de ofte med seg i ungdommen, noen også inn i voksen alder. Det betyr lite om det er en eller ganske få matvarer. Det blir imidlertid et problem når det gjelder mange matvarer – kanskje hele matvaregrupper. Matvaner og holdninger læres av foreldrene, og det er viktig å prioritere tid til måltidene, og at det er ro og en hyggelig stemning rundt bordet. På den måten blir måltidene et hyggelig samlingspunkt for hele familien. Foreldre bør stimuleres til å velge sunn mat, og lage maten fra bunnen, og mange trenger nok råd og veiledning i forhold til det. Ved å lage maten selv får man mer kontroll med hvor mye familien får i seg av fett, salt og sukker (Sjøen og Thoresen 2008). Slik jeg ser det har sykepleieren en viktig rolle med tanke på å styrke foreldrenes tro på egne ressurser, og oppmuntre dem til å prioritere å bruke tid på matlaging og måltider der hele familien er samlet.

Sjøen og Thoresen (2008) sier videre at foreldrene bør la det være en vane at det er to typer grønnsaker å velge til middag slik at problemstillingen blir valg av grønnsak – ikke om en skal spise grønnsaker. Hvis barnet bare vil ha sjokoladepålegg på brødet, kan foreldre forklare at det er lurt å spise flere typer pålegg fordi kroppen trenger det. Inngå kompromisser. Unngå å gi alternativ middagsmat når det for eksempel er fisk til middag. Når barnet kommer i 5-årsalderen vil foreldre ofte oppleve at barnet plutselig ikke liker fisk lengre. Da er det viktig at man ikke lar seg vippe av pinnen, og heller få i gang en samtale der man kan forklare hvor viktig fisk er. Kanskje har barnet vært hos en venn og spist middag, og at denne vennen ikke liker fisk. Kanskje barnet bare vil teste ut denne nye erfaringen på foreldrene?

Barn som spiser mye snacks og sukkertøy, er ofte ikke særlig sultne til måltidene. Det er derfor svært viktig å få orden på bruken av snacks og sukkertøy. Skal virkelig barn spise snacks hver dag? Det kan nok være lurt å innføre begrepet lørdagsgodt, og hvis barnet har tanter, onkler og besteforeldre i nærmiljøet bør man kanskje inngå avtaler med dem også om hva som er tillatt (Sjøen og Thoresen 2008).

Imidlertid er det viktig at vi som foreldre ikke maser og bruker tvang i måltidssituasjonen. Da er det bedre å la barnet smake litt av maten, og rose det for det har vært flink å smake, og love at barnet skal slippe å spise opp alt hvis det spiser opp en del av det som ligger på tallerkenen. Samtidig må ikke barnet få styre dette – det er ikke barnet som skal ha ansvaret for sitt kosthold. Det å begynne tidlig med en dialog med barnet, kan gi gode muligheter for å lykkes, samtidig som familien lærer en god måte å samarbeide på. Av og til må man som foreldre

■ skjære igjennom og ta et oppgjør også ved matbordet, samtidig som man ikke lar matbordet bli en daglig kamparena (Sjøen og Thoresen 2008).

5.0 AVSLUTNING

Etter en lang, lærerik og til tider krevende skriveprosess, føler jeg nå at jeg er i mål med oppgaven. Jeg har fått økt kunnskap om hva jeg som både sykepleier og mor kan gjøre for at barn skal ha et kosthold som kan være med på å forebygge hjerte- og karsykdommer senere i livet. I tillegg har jeg fått økt kunnskap om gjeldende kostråd fra myndighetene til barn, samt viktigheten av fysisk aktivitet.

Det kan tyde på at et kosthold med mindre sukker, salt og mettet fett har en gunstig effekt på kroppens hjerte- og karsystem, og at etablering av gode kostvaner tidlig i livet har noe å si. Det samme gjelder inntak av fiber gjennom kornprodukter, bær, frukt og grønnsaker. Samtidig forskes det stadig på ernæring, og man må derfor holde seg oppdatert på til en hver tid gjeldende kostråd. En av sykepleierens viktigste oppgave med tanke på å fremme god ernæring, er kanskje å få foreldrene til å stole på at de gjør de beste valgene for sine barn, og gi dem økt kunnskap om hvilke ernæringsråd som gjelder.

Selv om jeg har skrevet om ernæring til barn, kan den nye kunnskapen jeg har fått, brukes i møtet med andre pasientgrupper også, som for eksempel eldre på institusjon eller i hjemmesykepleien. Jeg ser også at denne oppgaven på et senere tidspunkt kan brukes som utgangspunkt i en eventuell masteroppgave.

”Din mat er din medisin”. Hippokrates.

6.0 LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

Blix, E.S., Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Brinchmann, B.S. (2007). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utgave.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 4.utgave.

Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2.utgave.

Grønseth, R., Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget. 3.utgave.

Jacobsen, D. m.fl. (2010). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2.utgave.

Mæland, J.G (2009). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2.utgave.

Sjøen, R.J., Thoresen, L. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo Gyldendal Akademisk. 3.utgave.

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Selvvalgt litteratur (308 sider)

Kristoffersen, N.J. m.fl. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utgave. (40 sider)

Næss, O. (2006). *Sykdomslære og patologisk anatomi*. Nesbru: Forlaget Vett & Viten A/S. 5.utgave. (10 sider)

Sortland, K. (2011). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget. 4.utgave. (90 sider)

Fra internett

Baker, JL. m.fl. (2007). The New England Journal of Medicine: *Childhood Body Mass-Index and the risk of coronary heart disease in adulthood*. Tilgjengelig på:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa072515> [Lest 01.09.2011]. (1 side)

Claussen, B., Næss, Ø., (2002). *Barnehelse og livsløp*. Tilgjengelig på:

<http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2002%7C636-7.pdf> [Lest 26.05.11]. (1 side)

Handeland, M, Hjelmæsæth, J. (2009). *Fedmeepidemien – vi må begynne med barna*. Tilgjengelig på:

<http://tidsskriftet.no/article/1787970> [Lest 21.09.11]. (1 side)

Harvard Heart Letter (2011). *Abundance of fructose not good for the liver, heart*. Tilgjengelig på:

http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Heart_Letter/2011/September/abundance-of-fructose-not-good-for-the-liver-heart [Lest 09.10.11]. (1 side)

Haug, A. m.fl. (2007). *Melk og helse*. Tilgjengelig på:

<http://tidsskriftet.no/article/1595364> [Lest 20.09.11]. (1 side)

Helsedirektoratet (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. Tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00322/Kostr_d_for_fremm_322509_a.pdf [Lest 16.08.11]. (30 sider)

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). *St.meld. nr.47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

[Lest 03.10.11]. **(4 sider)**

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)*. Tilgjengelig på:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/304657-kosthold.pdf> [Lest 31.08.11]. **(50 sider)**

Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig på:

<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20030403-0450.html> [Lest 19.08.11]. **(1 side)**

Kvaavik, E. m.fl. (2007). *Fem om dagen – ti år etter*. Tilgjengelig på:

<http://tidsskriftet.no/article/1578208> [Lest 31.08.11] **(2 sider)**

Lov om helsetjenestene i kommunen (kommunehelsetjenesteloven) (1982). Tilgjengelig på:

<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html> [Lest 16.08.11]. **(1 side)**

Poleszynski, D.V. m.fl. (2009). *Myndighetenes ernæringsråd bør revideres*. Tilgjengelig på:

<http://tidsskriftet.no/article/1916562> [Lest 31.08.11]. **(1 side)**

Sosial- og helsedirektoratet (2009). *Stort sprik i aktivitetsnivået*. Tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet/fakta/stort_sprik_i_aktivitetsniv_et_198664
[Lest 28.09.11]. **(1 side)**

Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Kosthold til barn og unge*. Tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/presentasjoner/kosthold_til_barn_og_unge_160224

[Lest 31.08.11]. **(20 sider)**

Sosial og helsedirektoratet (2007). *Inntak av sukkerholdig drikke: Råd til forbruker*.

Tilgjengelig på:

■ http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/kostholdsrad/inntak_av_sukkerholdig_drikke_r_d_til_forbruker_68104 [Lest 29.09.11]. **(1 side)**

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Tilgjengelig på:

http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon_og_skolehelsetjene/veileder_til_forskrift_om_kommunens_helsefremmende_og_forebyggende_arbeid_i_helsestasjons_og_skolehelsetjenesten_18990 [Lest 02.09.11]. **(30 sider)**

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Et sunt kosthold for god ernæring*. Tilgjengelig på:

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00006/IS-1259_6467a.pdf [Lest 16.08.11]. **(20 sider)**

Statistisk sentralbyrå (2010). *Forskjell i levealder minker*. Tilgjengelig på:

<http://www.ssb.no/dode/> [Lest 26.08.11]. **(1 side)**

World health organization (2007). *What is the recommended food for children in their very early years?* Tilgjengelig på:

<http://www.who.int/features/qa/57/en/print.html> [Lest 18.08.11] **(1 side)**