

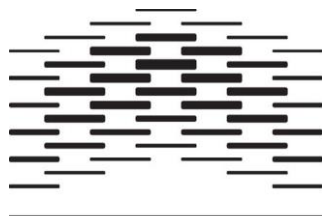
MASTEROPPGAVE
Master i Helse, Ernæring og Miljøfag
2013

Å spille på lag med foreldrene.

En studie av helsesøsters erfaringer og utfordringer
i samarbeidet med foreldre til overvektige barn

Jannicke Bergan

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Jeg har lenge sett frem til å skrive forordet. Det betyr at jeg setter et punktum for min masterreise, som har vart gjennom studier, svangerskap, husbygging og småbarn. Samtidig er det en reise som har brakt med seg mye kunnskap, lærdom og erfaringer på flere områder.

Jeg har hele veien hatt friskt i minne hva en foreleser på Høgskolen i Oslo og Akershus sa: «En master innebærer ikke bare å skrive en masteroppgave, en master er en ensom prosess, og en livsstil!» Jeg har hatt masteroppgaven med meg overalt, til og med sovet med den og den har helt riktig vært en del av min livsstil. At jeg nå setter et punktum betyr at jeg går videre til neste fase av livet mitt.

Det er mange som fortjener en takk i forbindelse med mitt forskningsprosjekt. Først og fremst vil jeg takke hver enkelt av helsesøstrene som bidro med sine erfaringer og har gitt meg økt innsikt, og ny kunnskap om sitt arbeid med foreldrene og de overvektige barna.

Jeg vil også takke alle som har bidratt til at jeg har fått disse helsesøstrene som informanter.

Jeg har fått god støtte og veiledning av mine veiledere: Ingrid Ruud Knutsen og Kjersti Sortland. Dere er en utømmelig kunnskapskilde!

Min flotte mann, mine to fantastiske barn og min nærmeste familie har støttet meg hele veien, og oppmuntret meg når jeg syntes alt var vanskelig. Min gode venninne Lene har kommet med gode innspill, og vært en viktig diskusjonspartner som har brakt mange nye innspill til oppgaven. Og sist, men ikke minst takk til hunden min som har tatt meg ut på nødvendige lufteturer.

Takk for at dere trodde på meg, og gjorde det umulige mulig!

Våler i Østfold, november 2013

Jannicke Bergan

SAMMENDRAG

Forekomsten av overvekt og fedme er økende i Europa, og vi ser den samme utviklingen i Norge. I forhold til barn og unge viser tall fra Barnevekststudien at det var tre prosentpoeng flere tredjeklassinger med overvekt og fedme i 2010, enn to år tidligere. Norske myndigheter peker på at en årsak til økningen kan være at endringer i familiestruktur og arbeidsliv påvirker måltidsmønsteret, og at stadig flere måltider inntas utenfor hjemmet. Barn passiviseres også i større grad enn tidligere av stillesittende aktiviteter som TV-titting, dataspill og kjøring til og fra skole og ulike aktiviteter. Det kan se ut til at vår vestlige kultur bygger et samfunn og en livsstil som fremmer inaktivitet og en sedativ livsstil, noe som bekymrer norske myndigheter. Alle landets kommune er derfor gjennom lov om helsetjenesten i kommunene, pålagt å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom mellom 0- 20 år.

Sentralt i dette arbeidet er helsesøster, som med denne tjenesten omfatter nær alle småbarnsfamilier. Dette betyr at helsesøstrene må forholde seg til foreldre i alle samfunnslag, med de erfaringer og utfordringer det bringer med seg. Tjenestene helsesøstrene yter har som mål å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak som styrker foreldrenes mestring av foreldrerollen, og å fremme barn og unges lærings- og utviklingsmiljø. Tjenestene skal også bidra til en mer helsefremmende livsstil. Helsesøsters posisjon i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen gjør dermed helsestasjonen og skolehelsetjenesten til en unik arena i forebyggingen av overvekt blant barn.

Studien tar for seg helsesøstres erfaringer og utfordringer i arbeidet med overvekt hos barn og unge. I tillegg tar studien for seg hvilke erfaringer helsesøstrene har knyttet til gjennomføringen av de nasjonale faglige retningslinjene for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og hvilke utfordringer hun møter i denne gjennomføringen.

Studien er en beskrivende, eksplorerende og empirisk studie med et kvalitativt forskningsdesign med halvstrukturerte intervjuer av åtte helsesøstre. Studien belyser at helsesøstrene erfarte utfordringer både i samarbeidet med foreldrene, i forhold til foreldrenes motivasjon, involvering av barna i samtaler, henvisning videre og samarbeid med fastlegen.

Helsesøstrene forholdt seg gjennomgående til de faglige retningslinjene i arbeidet med overvektige barn og deres foreldre.

Studien belyser også at arbeidet med overvektige barn og deres foreldre er tidkrevende, ressurskrevende og tidvis utfordrende.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	7
1.1	Bakgrunn for studien	8
1.2	Problemstilling:	12
2	TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ HELSEFREMMEDE ARBEID	13
2.1	Hva er helse?.....	14
2.2	Salutogenese	15
2.3	Empowerment	16
2.4	De faglige retningslinjene	17
2.5	Standardiserte vekstkurver for måling av overvekt.....	19
2.6	Arbeidsmetoder for helsesøstre	19
2.7	Familie og helse	22
3	METODISK TILNÆRMING	25
3.1	Vitenskapsteoretisk plassering og forskerens forforståelse.....	25
3.2	Utvalgskriterier	26
3.3	Antall informanter.....	27
3.4	Snøballmetoden.....	28
3.5	Intervju som metode	29
3.6	Forberedelse og gjennomføring av intervjuene.....	30

3.7	Utarbeidelse av intervjuguide og pilotintervju	31
3.8	Transkribering	33
3.9	Forskningsetiske overveielser.....	34
3.10	Tekstanalyse i et hermeneutisk perspektiv	36
3.11	Overførbarhet	37
3.12	Studiens troverdighet.....	38
3.13	Studiens gyldighet.....	39
4	PRESENTASJON OG BESKRIVELSE AV FUNN.....	40
4.1	Å avdekke overvekt hos barnet.	41
4.2	Å spille på lag med foreldrene	44
4.3	Å følge opp barnet.....	61
4.4	Å jobbe med prosjekter	64
4.5	Å finne veien videre.....	67
5	DRØFTING	70
5.1	Å avdekke overvekt hos barnet	70
5.2	Å spille på lag med foreldrene	71
5.3	Å følge opp barnet.....	77
5.4	Å jobbe med prosjekter	78
5.5	Å finne veien videre.....	79

6	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	80
	LITTERATURLISTE	83
	VEDLEGG.....	87

1 INNLEDNING

Denne oppgaven har fokus på helsesøster og hennes erfaringer og utfordringer i arbeidet med familier med overvektige barn.

Helsesøster er tildelt en viktig rolle i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet, og har et bredt ansvarsområde med ulike roller og funksjoner. Arbeid med overvekt og fedme hos barn er et av dem. Fordi helsestasjonstjenesten er et lavterskeltilbud og favner nær 100 prosent av alle småbarnsforeldre, er helsesøster ofte den første til å avdekke overvekt og fedme, eller begynnende overvekt hos barn, og den som samhandler og kommuniserer med foreldrene til barna.

Helsestasjonens primære funksjoner er å samarbeide med foreldre og andre for å bidra til gode oppvekstvilkår for barns fysiske og psykiske helse ut i fra gjeldende retningslinjer og intensjonserklæringer. Helsesøster skal ivareta en oppsyns- og kontrollfunksjon, samtidig som hun skal anerkjenne foreldrenes egen kompetanse og betrakte foreldrene som eksperter på sine barn. Hun skal vurdere og sette standarder for sin ekspertise, samtidig som hun skal ivareta foreldrene og underbygge deres mestringsfølelse overfor seg selv og barna. Siden overvekt for mange er et sensitivt tema, kan en påpekning av overvekt hos barna forstås som en kritikk av familiens livsstil. Arbeid rettet mot familien for å fremme en sunnere livsstil innebærer at helsesøster må trå varsomt frem for å unngå å komme i konflikt med foreldrene, men også for å unngå at barnet danner et negativt bilde av seg selv og sin egen kropp. Helsesøsters ekspertise på området og foreldrenes ekspertise på sine barn er med andre ord et område som lett kan komme i konflikt med hverandre dersom helsesøster trår feil. Denne oppgaven vil ta for seg utfordringer som helsesøster møter i arbeidet de gjør ovenfor familier med overvektige barn, eller med barn som står i fare for å utvikle overvekt og fedme.

Tall fra Barnevekststudien¹ viser at om lag 16 prosent, eller cirka hver sjette åtteåring, er overvektig. Helsemyndighetene er bekymret over andelen overvektige barn, noe som i 2011 førte til en innføring av nye nasjonale retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

1.1 Bakgrunn for studien

De siste årene har jeg gjennom studier, praksis og arbeid fattet interesse for forebyggende og helsefremmende arbeid, med spesielt fokus på overvekt og fedme. Både forskning og egen erfaring fra jobben min som sykepleier tilsier at prevalensen av overvekt er stigende hos den voksne befolkningen, men også blant barn og unge. Verdens Helseorganisasjon (WHO), (2011) betrakter overvekt og fedme som en av de mest alvorlige folkehelseutfordringene i det 21. århundre, og kaller det en global epidemi. Antall mennesker med overvekt og fedme har mer enn doblet seg siden 1980. I 2008 hadde 1,5 milliarder voksne (over 20 år) overvekt eller fedme, mens antall overvektige barn under fem år i 2010 var estimert til å være nesten 43 millioner.

Forekomsten av overvekt og fedme er økende i Europa, og vi ser den samme utviklingen også i Norge (Helsedirektoratet, 2010). Det antas at mellom 15 og 20 prosent av alle voksne personer i Norge har fedme. Forekomsten øker med alderen og er høyest hos 50-60 åringer (ibid). Når det gjelder barn og unge viser tall fra Barnevekststudien at det var tre prosentpoeng flere tredjeklassinger med overvekt og fedme i 2010, enn to år tidligere. Andelen økte i gjennomsnitt fra 16 til 19 prosent (Hovengen, Meisfjord, Biehl og Nordhagen, 2009). Norske myndigheter peker på at en årsak til økningen kan være at endringer i familiestruktur og arbeidsliv påvirker måltidsmønsteret, og at stadig flere

¹ Undersøkelsen Barn i vekst (Barnevekststudien) er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) og skolehelsetjenesten ved 127 skoler fordelt på alle helseregioner. Studien er beskrevet på www.fhi.no/barnevekst. Dette er den eneste studien som over tid overvåker vekstutviklingen blant skolebarn i Norge.

måltider inntas utenfor hjemmet, eller at gode, hjemmelagde måltider erstattes med usunn ferdigmat og halvfabrikata (Departementene, 2007-2011). Videre kan det se ut som at helgen og helgekosen er utvidet til ikke bare å gjelde lørdag, men også inkluderer fredag og søndag. I tillegg har vi adoptert flere amerikanske tradisjoner, eksempelvis Halloween, hvor «knask» foretrekkes fremfor «knep», og barna går utkledd fra dør til dør i nabolaget og sanker godteri.

Denne utviklingen er bekymringsfull nettopp med tanke på at en av de store utfordringene blant norske unge er det høye sukkerinntaket (Klepp og Aarø, 2009). Det er forsket mye på årsaker til overvekt og fedme, og ulike faktorer spiller inn uten at det er pekt på én enkelt faktor. Forskning har likevel vist en sikker sammenheng mellom inntak av sukker (spesielt sukkerholdige leskedrikker) og utvikling av overvekt og fedme hos barn (Ludwig, Peterson og Gortmaker, 2001).

Parallelt med det økende sukkerinntaket ser vi også at den daglige aktiviteten har gått ned, og at den sedative livsstilen øker både blant voksne og yngre (Sletteland og Donovan, 2012). Det er økende enighet blant ekspertene om at omgivelsene spiller en avgjørende rolle i denne utviklingen (Golan og Crow, 2004), for blant årsakene finner vi at tungt kroppsarbeid og transport i vårt vestlige, moderne samfunn i stor grad er blitt mekanisert. Stadig flere har stillesittende jobber, og bil som transportmiddel til skole, jobb og fritidsaktiviteter foretrekkes fremfor å gå eller sykle. Vi bruker heis og rulletrapp, fremfor å gå i vanlige trapper. Barn passiviseres også i større grad enn tidligere av stillesittende aktiviteter som TV-titting, dataspill og kjøring til og fra skole og ulike aktiviteter. Det kan med andre ord se ut til at vår vestlige kultur bygger et samfunn og en livsstil som fremmer inaktivitet og en sedativ livsstil (Sletteland og Donovan, 2012).

Overvekt og fedme klassifiseres i seg selv ikke som en sykdom, men de ekstra kiloene er en betydelig risikofaktor, uansett alder og kjønn, for blant annet diabetes 2, hjerte-karsykdommer, og en rekke kreftsykdommer (Helsedirektoratet, 2011).

Helsedirektoratet (2012) er bekymret for utviklingen og vektlegger at gode vaner etableres tidlig i livet. Følgelig kan risikoen for sykdom og overvekt senere i livet reduseres ved å legge vekt på forebyggingsstrategier blant barn og unge (Oude et al., 2009). Erfaringer og studier viser at det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først er blitt overvektig. Blant barn med overvekt i førskole alder viser det seg at 33 prosent forblir overvektige som voksen, og blant barn med overvekt i skolealder forblir 50 prosent overvektige som voksne (Glavin og Kvarme, 2003). Men overvekt har ikke bare somatiske helsemessige konsekvenser. Barn med overvekt og fedme kan i dagens samfunn bli møtt med fordommer og diskriminering allerede fra de er ganske små (Øen, 2012). Forskning har vist at allerede fra seks års alder har barn vurdert figurer av et overvektig barn som lat, skitten, dum, stygg, jukse-maker og løgner (Staffieri, 1967). For barn med fedme er kroppsmisnøye vanlig, og de kan bruke ord om seg selv som «stygg og foraktelig». Barn som er overvektige eller har fedme er også hyppigere utsatt for mobbing og mobber andre i større grad enn normalvektige gjør. Barn og unge i vekst er i en sårbar fase av livet, og grunnlaget for et godt voksenliv legges allerede i ung alder (Øen, 2012). Det er derfor av stor betydning at barn med overvekt, og barnets familie, får hjelp på et tidlig stadium for å hindre ytterligere overvekt og fedme (Oude et al., 2009).

Det er en stor bekymring blant norske helsemyndigheter knyttet til økningen av overvekt i befolkningen og den moderne livsstilen, og i arbeidet med å fremme helse i befolkningen ble det vedtatt en ny folkehelselov i 2012 som i større grad enn tidligere vektlegger kommunenes ansvar for å fremme helse og redusere sykdom. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid, og legger ansvaret over på den enkelte kommune. Folkehelseloven av 24 juni 2011(2012), § 4 sier at:

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012, og skal sikre alle som trenger det rett behandling – på rett sted – til rett tid. Gjennom samhandlingsreformen skal pasientene sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted (St.meld.nr.47, 2008-2009). Innføringen av samhandlingsreformen betyr i korte trekk at det skal bli lettere å få helsehjelp lokalt i kommunen, ved at tilbudet i kommunene skal bli bredere for å kunne gi bedre bistand til koordinering av behandling og oppfølging av eksempelvis kronisk syke. Det skal bli mer fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljøet og mer fokus på forebyggende tiltak. For eksempel skal det bli flere tilbud til de som ønsker hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom, slik som endring av kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller røykestopp.

I tillegg er alle landets kommuner, gjennom lov om helsetjenesten i kommunene, pålagt å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom mellom 0- 20 år. Sentralt i dette arbeidet er helsesøster, som med denne tjenesten favner nær 100 prosent av alle i målgruppen (Helsedirektoratet, 2010). Tjenestene har som mål å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge gjennom tiltak som styrker foreldrenes mestring av foreldrerollen, og å fremme barn og unges lærings- og utviklingsmiljø. Tjenestene skal også bidra til en mer helsefremmende livsstil i de enkelte målgruppene. Helsesøsters posisjon i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen gjør dermed helsestasjonen og skolehelsetjenesten til en unik arena i forebyggingen av overvekt blant barn.

I 2010 kom Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (heretter kalt de faglige retningslinjene). Myndighetenes mål med de faglige retningslinjene er å:

...bidra til å tidlig identifisere andel barn og unge med vekstavvik, det vil si avvik i vekt, lengde/høyde og hodeomkrets, og redusere de negative konsekvensene dette kan ha for det enkelte individ. Gjennom veiing og måling vil man få et datagrunnlag for å kunne iverksette og evaluere tiltak på individ- og befolkningsnivå (Helsedirektoratet 2010:6).

De faglige retningslinjene anbefaler rutinemessige målinger for å kunne overvåke barnets helse og trivsel, høyde og vekt, men også for å vurdere somatisk helse, og bidra til å kunne avdekke somatisk sykdom eller andre patologiske tilstander. Målingene foretas av helsesøster eller annet kvalifisert personell (for eksempel fastlege) på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten, og legges inn i barnets journal. Det brukes standardiserte vekstkurver for å måle om barnet har avvik.

1.2 Problemstilling:

Hensikten med denne studien er å hente frem helsesøsters erfaringer og utfordringer i arbeidet med overvekt hos barn og unge.

- Hvilke utfordringer opplever helsesøster i samarbeidet med foreldrene til overvektige barn og unge?
- Hvilke erfaringer har helsesøster knyttet til gjennomføringen av de nasjonale faglige retningslinjene for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten? Og hvilke utfordringer møter hun i denne gjennomføringen?

2 TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ HELSEFREMMEDE ARBEID

Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid brukes ofte om hverandre, og kan synes å ha samme betydning. En begrepsavklaring peker imidlertid på et skille: det sykdomsforebyggende arbeidet er konsentrert om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død (Mæland, 2010), mens det helsefremmende arbeidet primært dreier seg om å styrke helsen blant folk. Begge tilnærmingene er nødvendige hvis den overordnede målsettingen for folkehelsen skal nås, og som komplementære strategier støtter de opp om og påvirker hverandre i folkehelsearbeidet.

Målet for det sykdomsforebyggende arbeidet er å forhindre eller utsette sykdom hos friske individer, hindre at en sykdom kommer tilbake eller utvikler seg videre, eller å minske de følgende sykdommen får for funksjon og livskvalitet (Mæland, 2010:13). Dette arbeidet skal i større grad enn tidligere foregå lokalt i kommunen der den enkelte er bosatt, noe samhandlingsreformen stiller krav til. Sykdomsforebyggende arbeid kan være et vaksineprogram, men det kan også være tiltak for å redusere eller forebygge overvekt som igjen kan føre til kroniske sykdomstilstander (Øverby, Torstveit, Høigaard, 2011).

Det helsefremmende arbeidet vektlegger de faktorene som kan styrke ressursene for god helse (Mæland, 2010). På individnivå kan dette være gode sosiale relasjoner slik som for eksempel helsesøster, og personlige ressurser som gjør det enkelt å ta sunne valg. På gruppenivå kan det dreie seg om frukt- og grønt tilbud i skolen eller gode forhold for å øke fysisk aktivitet hos barna i nærmiljøet, slik som trygg skole vei, og godkjente lekeplasser (Øverby et al., 2011).

Folkehelsearbeidet har tradisjonelt sett dreid seg om å forebygge sykdommer, mens det nye folkehelsearbeidet er mer orientert mot ressurser, helhetstenkning, helsefremming og salutogenesetenkning (Tveiten, 2007). Denne vinklingen kan settes i sammenheng med Folkehelseloven og samhandlingsreformen, og gir et bilde av bredden i folkehelsearbeidet.

2.1 Hva er helse?

Ottawa-charteret regnes som grunnsteinen i det helsefremmende arbeidet, og charteret ble utarbeidet i Ottawa, Canada i 1986. Ottawa-charteret definerer helsefremmende arbeid som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Mæland, 2010:73). Denne prosessen kalles på engelsk for empowerment² og er viktig både i seg selv og i kraft av konsekvensene.

Videre heter det: «For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillende sine behov, og endre eller mestre sitt miljø» (ibid:73).

Helse er dermed ikke tilværelsens egentlige mål, men regnes som en ressurs for dagliglivet, og er noe som skapes og utvikles i hverdagslivet. Mæland (2010) trekker frem at de fundamentale forutsetningene for helse er fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser, sosial rettferdighet og likeverd (ibid).

I Ottawa charteret understrekes det at helsefremmende arbeid har en klar sammenheng med både politikk, alle samfunnsnivåer (kommune, fylke, stat) og med lokalmiljøet rundt oss (Øverby et al., 2011). Ottawa-charteret har dannet mye av grunnlaget for det helsefremmende arbeidet som drives i dag og har gjort det tydelig at folkehelsearbeid må drives på ulike nivåer samtidig. På individnivå snakker vi om blant annet rådgivning og generell helseopplysning (for eksempel helsestasjon og skolehelsetjeneste). På gruppenivå kan det dreie seg om organisasjoner eller foreldregrupper, eller på befolkningsnivå, for eksempel i den enkelte kommune eller fylke. Til sist kan folkehelsearbeid drives på samfunnsnivå med utgangspunkt i eksempelvis stortingsmeldinger (Øverby et al., 2011).

² Det finnes foreløpig ingen god norsk oversettelse som dekker begrepet empowerment, så jeg fortsetter å bruke det engelske begrepet.

2.2 Salutogenese

Salutogenese innebærer at forebygging styrker helsen og dermed motstandskraften mot de negative faktorene (Mæland, 2010). I motsetning til patogenese – som sier noe om sykdomsfremkallende forhold – søker salutogenesen å fokusere på de faktorene som gjør at vi holder oss friske. Antonovsky (2012) forklarer at ved en patologisk tilnærming forsøker man å forklare hvorfor folk blir syke, og hvorfor de havner i en gitt sykdomskategori. En salutogen tilnærming derimot, stiller et annet spørsmål: Hvorfor er det noen som befinner seg i den positive enden av kontinuumet mellom helse og uhelse, eller hvorfor beveger de seg i denne retningen, uavhengig av hvilken plassering de måtte ha til enhver tid?

Antonovsky (ibid) begrunner med bakgrunn i sin forskning at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. Han ser altså helse i et kontinuum, der ytterpunktene er syk og frisk. Sentralt i hans arbeid står betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse enn hva som forårsaker sykdom (ibid). En salutogen tenkning i forhold til overvekt vil derfor stille spørsmålet om hvorfor noen utvikler overvekt og fedme, mens andre ser ut til å holde seg slanke uansett hva de spiser og hvor lite de trener. Videre hvorfor noen overvektige og fete utvikler kroniske livsstilssykdommer selv ved en lav grad av fedme mens andre overvektige og fete holder seg «friske» til tross for uttalte risikofaktorer.

Svaret Antonovsky (2012) utarbeidet var begrepet «opplevelse av sammenheng» (OAS). Han mente at helse som ressurs i noen grad beror på medfødte egenskaper, men mest på hvilke omstendigheter individet lever under (ibid). Faktorer som en trygg identitet, opplevelse av kontroll og optimisme er nært beslektet med OAS (Mæland, 2010). Med dette kan forstås at tidlig forebygging av overvekt hos barn kan øke barnets OAS, og gjøre det mer motstandsdyktig mot å utvikle overvekt og fedme i voksen alder. Medfødte faktorer (gener) kan ha mindre betydning for utvikling av sykdom som følge av overvekt, enn miljøet barnet vokser opp i. Antonovsky (2012) mener at felles for alle generelle motstandsressurser, er at de gjør det mulig å sette de utallige stressfaktorene vi bombarderes med hele tiden, inn i en meningsfylt sammenheng. Ved at de igjen og igjen utsetter oss for en slik erfaring, genererer de etter hvert en sterk opplevelse av sammenheng. Opplevelse av sammenheng definerer Antonovsky (ibid) som: «en helhetlig

holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillit til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente» (ibid:17). Eller som Mæland (2010) sier: «...evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende» (ibid:74). Barn som tidlig lærer gode vaner, og oppholder seg i trygge, stabile miljøer vil altså med stor sannsynlighet også utvikle en sterk opplevelse av sammenheng.

Mæland (2010) peker på at utviklingen av basal tillit er en grunnleggende forutsetning for mental og kroppslig helse senere i livet, og at tiltak for å sikre en slik harmonisk utvikling er svært viktig i det forebyggende helsearbeidet (ibid). I denne utviklingen kan helsestasjonen og skolehelsetjenesten være sentral, og også bidra til å øke barnets opplevelse av sammenheng.

2.3 Empowerment

Empowerment er et annet begrep som er betydningsfullt i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet.

Tveiten (2007) viser til Gibson's definisjon av empowerment:

...a social process of recognizing, promoting and enhancing people's abilities to meet their own needs, solves their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel in control of their own lives. Even more simply defined, empowerment is a process of helping people to assert control over factors which affect their health (ibid:28 (Gibson, 1991:359)).

Empowerment kan med denne definisjonen sies å være motsatsen til paternalisme. En paternalistisk holdning tilsier at «jeg vet hva om er best for deg» fremfor å spørre hva vedkommende selv mener er best for seg selv. En kan kanskje si at helsepersonell tidligere

hadde en mer ekspertstyrt og paternalistisk rolle enn hva som er tilfellet i dag (Tveiten, 2007). Mye av årsaken til endringen kan være at synet på mennesket i sin helhet har endret seg, men også at tilgangen på informasjon er større i dag enn for bare 10 – 15 år siden. Internett og sosiale medier har i stor grad bidratt til at informasjonsflyten er større.

Ideologien bak empowerment er at hver enkelt selv skal finne sine egne løsninger, uten å bli fortalt av andre hva de tror er best. Empowerment legger stor vekt på brukermedvirkning, og ser på mennesket som ekspert på seg selv (Tveiten, 2007). Det å selv oppleve at man har rimelig kontroll over sitt liv er sentralt for selvbildet og mestringsevnen (Mæland, 2010), men også positivt for opplevelsen av sammenheng (Antonovsky, 2012).

Tveiten (2007) trekker frem sentrale prinsipper i empowerment prosessen som å lytte til den som er i fokus, altså brukeren, og å bruke aktive læringsmetoder som krever brukermedvirkning gjennom dialog basert på likeverd og som har til hensikt å skape felles forståelse, felles kunnskap og handling eller forandring (ibid). Mennesket ses altså ikke på som en målgruppe, men som en aktiv samarbeidspartner (Mæland, 2010).

Mæland (2010) peker på at når en person, gruppe eller et lokalsamfunn trekkes med på denne måten, skapes det ofte selvforsterkende sosiale prosesser, som er med på å øke selvfølelse, identitet og tilhørighet, ikke bare hos den enkelte men også i lokalsamfunnet. Helsearbeidet må på samme tid være fleksibelt og tilpasset lokale forhold. Det helsefremmende arbeidet kan ikke følge en bestemt plan, men må skapes gjennom en kontinuerlig prosess.

2.4 De faglige retningslinjene

De faglige retningslinjene for veiling og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (heretter de faglige retningslinjene) erstattet «Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forbyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten».

2.4.1 Mål for retningslinjene

Myndighetenes hovedmål med de faglige retningslinjene for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å bidra til å tidlig identifisere andel barn og unge med vekstavvik, det vil si avvik i vekt, lengde/høyde og hodeomkrets, og redusere de negative konsekvensene dette kan ha for det enkelte individ. Gjennom veiing og måling vil man få et datagrunnlag for å kunne iverksette og evaluere tiltak på individ- og befolkningsnivå (Helsedirektoratet, 2010:6).

Veiing og måling av barn har vært et omdiskutert tema. Norske myndigheter viser til at det er gjort lite forskning på nytten av målinger av høyde og vekt (Helsedirektoratet, 2010), og i 1998 ble det derfor bestemt at det skulle gjennomføres færre målinger enn tidligere. Årsaken hadde sin bakgrunn i bekymring for at veiing kunne trigge spiseforstyrrelser hos barna. Erfaringer viser at helsestasjons- og skolehelsetjenesten til tross for anbefalingene, likevel har gjennomført hyppigere målinger og veiinger enn det veilederen tilsier, blant annet etter ønske fra foreldrene selv. Retningslinjene som kom i 2010 anbefaler igjen hyppigere veiinger og målinger og legger, i tråd med WHO's anbefalinger, vekt på en tettere oppfølging av barn for å «oppnå en tidligere identifisering av barn i risikozonen og tidlig kunne gi tilbud om behandling» (Helsedirektoratet, 2010:8).

Hyppige veiinger av barn er sentralt for blant annet å kunne fastslå fedmevendepunktet. Fedmevendepunktet er det tidspunktet hvor kroppsmasseindeksen (KMI) begynner å stige, og populasjonsstudier viser at et tidlig fedmevendepunkt øker risikoen for overvekt i voksen alder. Fedmevendepunktet kan kun stadfestes bakover i tid, men er likevel en god indikator for iverksetting av tiltak på individuell basis (Helsedirektoratet, 2010). I følge retningslinjene er veiingen og målingen ved 4 års alder spesielt viktig med henblikk på å stadfeste et eventuelt fedmevendepunkt. Hensikten med kartleggingen av fedmevendepunktet er å komme inn så tidlig som mulig for å snu vektutviklingen, ved å forebygge eller å starte behandling.

Videre vil det å kunne følge med på utviklingen på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, bedre kunnskapsgrunnlaget om årsaker til vekstsvik og om hvilke forebyggende tiltak, lokale og nasjonale, som er hensiktsmessige på de ulike alderstrinn (Helsedirektoratet, 2010).

2.5 Standardiserte vekstkurver for måling av overvekt

For å definere normal-, over- eller undervekt brukes KMI (også kjent som bodymassindex, BMI). Hos barn vil denne kategoriseringen bli misvisende fordi barns skjelett og muskelmasse ikke er ferdig utviklet, og det brukes istedenfor standardiserte vekstkurver som har prosentiler for høyde- og vektutvikling. Disse kurvene er et godt redskap for å følge med i utviklingen til det overvektige barnet over tid (Juliusson og Bjerknes, 2004).

For barn i alderen 0-5 år brukes WHO's vekstkurver, og for barn i alderen 6-19 år brukes vekstkurvene fra Barnevekststudien i Bergen (Helsedirektoratet, 2010). Dersom barnet faller utenfor normalpersentilen, vil det være behov for videre oppfølging, og denne oppfølgingen skal gjøres av helsesøster på helsestasjonen eller via skolehelsetjenesten.

2.6 Arbeidsmetoder for helsesøstre

Helsesøster bruker ulike arbeidsmåter, strategier og metoder i arbeidet sitt (Glavin og Kvarme, 2003). Arbeidsmåte defineres av Glavin og Kvarme (ibid) som en fremgangsmåte for å nå et mål. Strategier beskriver det overordnede perspektivet for målrettet arbeid, og gir grunnlag for utvikling av handlingsplaner. Metode menes i denne sammenhengen som et middel for å nå et mål, for eksempel hvordan hjelpe en familie best mulig. Noen av metodene er som følger:

- Veiledning og rådgivning
- Foreldreveiledning
- Helseundersøkelser
- Screening
- Tverrfaglig samarbeid

2.6.1 Veiledning og rådgivning

Veiledning og rådgivning utgjør en stor og viktig del av kontakten mellom helsesøster og foreldre. Helsesøster veileder de nybakte foreldrene om utfordringer de kan møte på sammen med det nyfødte barnet, i forhold til mat og kosthold, fordøyelse, overvekt og undervekt, sykdommer, vekst og utvikling, trivsel og tannhelse. Helsesøster ser foreldrenes behov, og gir individtilpasset veiledning ut ifra foreldrenes egen kunnskap og kompetanse. Hensikten med veiledningen er at foreldrene selv skal komme frem til egne løsninger. Glavin, Helseth og Kvarme (2009) peker på at veiledning er en prosess der det legges til rette for at den som veiledes selv oppdager og lærer. I veiledningen er det nødvendig med ulike innfallsvinkler, fordi bredden av hva helsesøster skal veilede om er så vid.

Veiledning defineres av Tveiten som «en pedagogisk og relasjonell prosess med oppdagelse, læring vekst og utvikling som mål, og der den lærende er i fokus. Veiledningens hovedform er dialog» (2005:24). Overordnet for veiledningen er at den som veiledes selv skal oppdage, og finne veien for seg selv. Dette betyr at den som veiledes har en aktiv rolle i forhold til egen læring og utvikling.

Foreldreveiledning tar utgangspunkt i at foreldre er ekspert på eget barn (Glavin, Helseth og Kvarme, 2009, Tveiten, 2005). Målet med veiledningen er å endre, utvikle og forbedre foreldre-barn-relasjonen. Det er ulike årsaker til at foreldre kan trenge hjelp, ber om hjelp eller blir tilbudt hjelp. Og uansett, i de fleste tilfellene, er det foreldrene som må iverksette tiltak til det beste for barnet. Ofte er en endret væremåte hos foreldrene tilstrekkelig. Men noen foreldre trenger mer hjelp og støtte enn andre, og det er viktig at familien selv definerer hva de trenger hjelp til. En annen viktig faktor i foreldreveiledningen er fokuset på hva foreldrene selv kan klare å få til, og hvilke ressurser familien har til rådighet.

Proessen «eies» av familien, ikke av helsesøster som fagperson. Ved å samtidig sette seg små mål, både kortsiktige og langsiktige, og gi støtte og oppmuntring underveis, vil familien mest sannsynlig oppleve en stor grad av mestring (ibid). Når det gjelder vektrelaterte problemer viser forskning at foreldre er sentrale aktører både i forebygging og behandling (Golan og Crow, 2004). Foreldre spiller en nøkkelrolle når det gjelder å redusere problematferd hos barnet, og å øke barnets mestringsevne og emosjonelle, personlig og kognitive utvikling (ibid). Setter vi dette i sammenheng ser vi at foreldrene er de sentrale aktørene i denne prosessen, mens helsesøster spiller en viktig birolle. Dette reduserer ikke helsesøsters betydning, men understøtter viktigheten av foreldreveiledning som metode.

2.6.2 Helseundersøkelser

Helseundersøkelser er sentralt i alt helsesøsterarbeid (Glavin, Helseth og Kvarme, 2009). Undersøkelsen av barnet foretas på helsestasjonen både av helsesøster, lege og fysioterapeut. Målet med rutinemessige undersøkelser av sped- og småbarn er å tidlig identifisere barn med sykdommer eller funksjonshemninger som ikke tidligere er kjent, og sørge for god oppfølging ved behov. Samspillet i familien observeres, og vekst og utvikling hos barnet undersøkes i henhold til helsetilsynets anbefalinger.

2.6.3 Screening

Screening defineres som en rutinemessig og standardisert undersøkelse av en befolkningsgruppe ved hjelp av en på forhånd utvalgt undersøkelsesmetode som kan omfatte anamnese, spørreskjema, kliniske undersøkelser og laboratorieprøver (Glavin, Helseth og Kvarme 2009). Eksempler er hørselsscreening, og screening av motorikk og fysiologi.

2.6.4 Tverrfaglig arbeid

Tverrfaglig arbeid innbefatter et samarbeid mellom ulike aktører og etater i kommunen. Den mest sentrale samarbeidspartneren til helsesøster er foreldre. Videre kommer fastleger, fysioterapeuter, jordmor, familierapeuter, lærere, psykologer og pedagoger. I noen tilfeller også barnevern. Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er nødvendig for å kunne sikre best mulig kvalitet i det helsefremmende arbeid på et lavest mulig nivå.

2.7 Familie og helse

Fokuset på sunn mat og god ernæring starter allerede i barnehagen. En del skoler har i tillegg implementert skolefrukt, og det er et jevnt fokus på sunnere mat i skolekantiner. På helsestasjonen snakker helsesøster med foreldrene om sunn mat for hele familien. Til tross for dette kan tidsklemma i den norske familien gjøre det enkelt å ty til tilgjengelige og lettvinde løsninger når det gjelder ernæring, slik som ferdigmat og halvfabrikata, en «pølse i farta» og «take away». Den samme tidsklemma kan også være årsaken til at vi velger bil som transportmiddel fremfor å sykle, gå eller bruke kollektiv transport.

En studie utført i Telemark³ (FHI, 2012) viser at overvektige barn har et annerledes spisemønster enn normalvektige barn. De drikker oftere juice og kunstig søtet saft, og spiste oftere sunnere matvarer som frukt, grønnsaker, fisk, grovbrød og poteter i tillegg til magrere varianter av andre matvarer. Normalvektige barn spiste derimot oftere usunne matvarer og ferdigmat. På den annen side viste også undersøkelsen at overvektige barn var mindre fysisk aktive og oftere hadde overvektige foreldre enn normalvektige barn.

Foreldre har en sentral betydning når det gjelder barnas matvaner og fysiske aktivitet. En svensk studie viser til at mødre til overvektige barn ga uttrykk for sterk uro for sine

³ Undersøkelsen fra 2007 omfatter 924 fjerdeklassinger i Telemark fylke, sitert www.fhi.no 25.03.2013

barns sosiale kontakter og så på barnets overvekt og fedme som et familieproblem snarere enn et individuelt problem, og at tiltakene må rettes mot familien som helhet for å unngå ensidig fokus på barnet (Bergström og Bennet, 2012). Dette er i tråd med retningslinjene som i stor grad legger opp til at forebygging og eventuell behandling av overvekt og fedme skal foregå på individuell basis, og på et lavest mulig nivå i helsetjenesten. Helsesøster har stor kunnskap om familiære relasjoner, og kan være en bidragsyter på mange punkter. Bergström og Bennet (ibid) peker på at sosiale utfordringer og mødrenes redsel for at oppmerksomhet rundt barnets overvekt og fedme skal utvikle seg til spiseforstyrrelser. Forskning (Kunnskapssenteret, 2006) viser imidlertid at måling av høyde og vekt hos barnet ikke har nevneverdig betydning i utvikling av spiseforstyrrelser.

Måltider er viktige, ikke bare for ernæringens skyld, men også for familiære forhold. For mange er frokosten det viktigste måltidet, mens andre, og da kanskje spesielt barnefamilier, vektlegger middagen. Dette måltidet er for mange et familiært og sosialt høydepunkt og en arena for å snakke sammen om dagens små og store hendelser. For mange som strever med tidsklemma er dette også kanskje den eneste muligheten i løpet av en hel dag til å samle hele familien. En norsk studie som undersøkte hverdagslivet til 13-15 åringer fant at ca 8 prosent aldri spiste frokost og 18 prosent spiste frokost mindre enn halvparten av dagene i løpet av en vanlig uke, mens over 90 prosent spiste middag hver dag (Helland og Mathiesen, 2009), noe som understøtter viktigheten av å ha en daglig arena hvor familien kan møtes. Studier viser at til tross for at det norske middagsmønsteret har endret seg de siste tiårene, er middagsmåltidet fortsatt helt sentralt i det norske hverdagslivet. Middagen bidrar ikke bare til familiens fysiologiske velvære, men også til sosialt og emosjonelt velvære (Amilien og Krogh, 2007).

En studie utført av Bugge (2006) viser til at måltidet i stor grad handler om å lære barn lydighet, selvkontroll og respekt. Dette fordi barna ved et måltid må sitte pent, spise ordentlig med bestikk, i en høflig tone be om å få tilsendt ulike ting, og de må takke pent for maten. Det er også vanlig at barna må sitte ved bordet til alle er ferdig, noe som lærer dem å ta hensyn til omgivelsene (ibid). I en tidsklemme hvor flere felles måltider er i ferd med å forsvinne, kan det dermed se ut til at en viktig arena for grensesetting av barn forsvinner samtidig.

Barnas kosthold styres i stor grad av foreldrene. Barn spiser den maten som blir servert og som er tilgjengelig og akseptert i husholdningen (Golan og Crow, 2004). Foreldre anses på bakgrunn av dette å ha en sentral betydning for barns kosthold og fysiske aktivitetsnivå, og tiltak for å redusere barns overvekt må derfor rettes mot hele familien (Bergström og Bennet, 2012)

Barn som har fysisk aktive foreldre blir også mere aktive selv i motsetning til barn med lite eller inaktive foreldre (Golan og Crow, 2004). For barn under 12 år viser forskning at familie rettet behandling for endring av livsstil hadde en betydning for reduksjon i overvekt, seks og tolv måneder etter startet program (Oude et al., 2009).

3 METODISK TILNÆRMING

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for valg av metode, og hvordan jeg har gått frem for å samle inn empirien. Jeg vil også beskrive hvordan jeg har gått frem for å analysere teksten, og til slutt har jeg tatt for meg forskningsetiske utfordringer.

Mitt formål med denne studien er å finne helsesøsters erfaringer omkring barn og overvekt, og deretter besvare forskningsspørsmålene i problemstillingen. På bakgrunn av dette formålet valgte jeg å gjøre en beskrivende, eksplorerende og empirisk studie med et kvalitativt forskningsdesign. Dette fordi en kvalitativ tilnærming egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser, slik som menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2011), og jeg fant at metoden samsvarer godt med forskningsspørsmålene. I min søken etter å hente frem kunnskap om helsesøsters erfaringer knyttet til veiledning av foreldre valgte jeg en induktiv tilnærming fordi den vektlegger dialogen, og dialogen er sentral når ønsket mitt er å få en innsikt i, og utforske, informantens erfaringer både når det gjelder utfordringer, men også sin egen rolle rundt tematikken. Det som kjennetegner et induktivt design er søken etter å gå i dybden, nærheten til informantene og en hermeneutisk tilnærming (ibid).

For å fremskaffe egnet datamateriale valgte jeg å foreta individuelle intervjuer.

3.1 Vitenskapsteoretisk plassering og forskerens forforståelse

Den vitenskapsteoretiske fortolkningsrammen har dannet grunnlaget for den forståelsen jeg som forsker har utviklet i løpet av denne prosessen (Thagaard, 2006). En kjent definisjon av vitenskap er «en systematisk produksjon av ny kunnskap» (Kvale, 2008:53), og dette sammen med hermeneutikk som er en fortolkningslære danner grunnlaget for denne studiens vitenskapsteoretiske plassering. Hermeneutikk dreier seg om forståelse og

fortolkning, og har hjulpet meg til å forstå *hvordan* jeg skal forstå, og hvordan jeg kan gi det jeg har forsket på mening (Thornquist, 2008).

Jeg har i prosessen lest mye teori og forskning, og har opparbeidet meg både kunnskap og egne meninger rundt tematikken. Gjennom alt jeg har lest, og alt jeg selv har erfart på området, har jeg allerede i forkant av min egen studie, gjennomgått flere endringsprosesser, noe som fører til at det er utfordrende å stille seg helt objektiv i en forskerrolle. Fordi jeg er et menneske tolker jeg hele tiden, ikke bare det jeg leser av tekster og teori, men alt jeg ser og oppfatter rundt meg, og ikke minst informantene jeg intervjuet. Jeg finner støtte hos Gilje og Grimen (2007), som mener at fortolkning er viktig for å kunne samhandle med andre mennesker, og er noe vi gjør hele tiden. Det er altså en helt normal utvikling. På grunn av mitt eget engasjement, mitt forhåndsvalgte teoretiske perspektiv og det at fortolkningene skjer ut i fra min egen forforståelse rundt tematikken, har jeg under intervjuene strebet etter å «nullstille» meg og forholde meg nøytral i den grad det er mulig (ibid). Dette for at min forforståelse ikke skal komme til syne i teksten, eller farge informantene i nevneverdig grad. Jeg kan likevel ikke utelukke at min egen forforståelse i forskerrollen har påvirket mine fortolkninger av ord og begreper.

3.2 Utvalgsriterier

I denne studien er det helsesøstres erfaringer og utfordringer knyttet til barn og overvekt som er i fokus. For å finne helsesøstre som kan fortelle meg noe om arbeidet med barn og overvekt, har jeg benyttet meg av det Dalen (2011) kaller kriterieutvelging. Det betyr at alle informantene er valgt ut i fra gitte kriterier, for å sikre at de har kompetansen og erfaringen som er ønskelig for å kunne svare på forskningsspørsmålene. En kan også kalle dette for et strategisk utvalg (Thagaard, 2006), siden de utvalgte informantene innehar nødvendige kvalifikasjoner og egenskaper som er strategiske i forhold til problemstillingen.

For å få et godt utvalg i denne studien ønsket jeg informanter med følgende bakgrunn:

- Utdannet helsesøster
- Bred erfaring og god innsikt i arbeid med barns overvekt
- Ønskelig med erfaring fra et prosjekt om barn og overvekt
- Stedsbegrensning Østlandet

Jeg ønsket i utgangspunktet å begrense studien til å gjelde helsesøstre som hadde erfaring med barn i førskolealder (2-6 år), men det viste seg at flere av helsesøstrene jeg fant frem til hadde hatt fokus på barn i skolealder (opp til 12 år). Særlig gjaldt dette de med erfaring fra prosjekter. Siden formålet med studien dreier seg rundt helsesøsters *erfaringer og utfordringer* i arbeidet med å forebygge barns overvekt og fedme, valgte jeg i prosessen å åpne opp for å inkludere disse for å få et tilstrekkelig og godt utvalg.

Stedsbegrensningen er av praktiske årsaker, fordi jeg selv er bosatt på Østlandet og har lettere tilgang til dette området enn andre deler av landet med tanke på å møte dem for intervjuer.

3.3 Antall informanter

Hvor mange informanter som regnes som tilstrekkelig i kvalitative studier synes det å være ulike meninger om (Kvale, 2008, Malterud, 2011).

Når Kvale sier: «Intervju så mange personer som er nødvendig for å finne ut det du trenger å vite» (2008:58), er dette i tråd med Malterud (2011) som peker på at kvalitative studier sjelden bygger på empiriske data bestående av mange enheter. Størrelsen på utvalg i kvalitative studier innebærer en balanse mellom å få tilstrekkelig mange informanter for å få et godt innblikk og kunnskap, uten at materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk (Kvale, 2008, Malterud, 2011). Jeg valgte derfor å starte ut med et mål om ni informanter.

Jeg var i forkant, og også underveis i studien, åpen for flere informanter dersom jeg trodde det ville tilføre studien ny og bredere kunnskap.

Etter åtte intervjuer gikk jeg gjennom materialet og vurderte behovet for flere informanter. Jeg fant at helsesøstrene var samstemte på mange områder, og at de i ulik grad bekreftet hverandres utfordringer. De siste helsesøstrene jeg intervjuet kom ikke opp med nye temaer. Basert på dette konkluderte jeg med at ytterligere intervjuer ikke ville tilføre studien ny informasjon og at datamaterialet jeg allerede var i besittelse av var tilstrekkelig til å kunne gjennomføre en grundig analyse, og til å besvare forskningsspørsmålene. Jeg følte at jeg hadde nådd et metningspunkt i innsamlingen av empirien (Malterud, 2011).

3.4 Snøballmetoden

For å finne helsesøstre som fylte kriteriene jeg satte for deltakelse i studien, benyttet jeg meg av det Thagaard (2006) kaller for «snøballmetoden». Fremgangsmåten kjennetegnes ved at man først kontakter noen få personer som har de ønskelige egenskapene og kvalifikasjonene, og deretter spør disse om nye kontakter, lik en snøball som ruller bortover og blir stadig større og fyldigere.

Jeg startet med å søke på internett etter relevante prosjekter, og sendte mail til lederen for de ulike prosjektene. Jeg tok samtidig kontakt med helsesøster på den lokale helsestasjonen på mitt hjemsted, jeg sendte e-post til fylkesmannen i mitt eget fylke (vedlegg A) som videresendte e-posten til ledende helsesøster i fylket, og jeg fikk råd fra helsesøsterutdanningen ved høgskolen der jeg er student. På denne måten startet jeg flere «snøballer» samtidig. Fra disse igjen ble jeg tipset om andre relevante informanter. Jeg opplevde responsen som god, og fikk på denne måten flere navn på personer som jeg kontaktet, i hovedsak per e-post. Jeg valgte e-post som «inngangsport» fordi jeg følte jeg fikk informert godt om prosjektet mitt, og informanten kunne lese e-posten «når det passet» og deretter gi en gjennomtenkt tilbakemelding om hvorvidt de ønsket å delta i studien min eller ikke.

Jeg startet med intervjuene umiddelbart, det vil si at jeg på starttidspunktet for intervjuene ikke hadde alle informantene klare, da flere kom til underveis i prosessen som et resultat av metoden jeg valgte å bruke. «Snøballmetoden» ga meg også fleksibilitet, fordi jeg lot «snøballen» rulle helt til jeg opplevde metningspunktet i datainnsamlingen.

Helsesøstrene jeg kontaktet var alle positive til studien, og stilte villig opp til intervju. Det var ingen jeg kontaktet som sa nei til å bli intervjuet, men den 9. informanten responderte ikke på e-posten, en hadde sluttet i stillingen og en var i permisjon. Fordi jeg allerede hadde opplevd et metningspunkt etter det 8. intervjuet «purret» jeg ikke på den 9. informanten. Jeg intervjuet tilsammen åtte informanter, inkludert pilotintervjuet. Jeg opplevde at samtlige informanter ga meg fyldig og god informasjon, i tillegg til en håndterlig mengde data, og at tekstmaterialet jeg besitter er tilstrekkelig for å besvare studiens problemstilling.

Intervjuene foregikk primært på helsestasjonen hvor helsesøstrene hadde sitt daglige arbeid, eller i lokaler knyttet til prosjektet de arbeidet med. Samtlige intervjuer foregikk på Østlandet.

3.5 Intervju som metode

Jeg ønsket å bruke et delvis strukturert intervju i møte med informantene. Eller det som Thagaard (2006) i metodelitteraturen kaller for det kvalitative forskningsintervju. I denne type intervju er temaene fastlagt på forhånd, men rekkefølgen bestemmes underveis. Jeg startet med et åpent spørsmål, og hadde noen få direkte spørsmål som jeg la til slutten. Tilnærmingen minnet mer om en samtale enn et intervju i gjennomføringen, og dette bidro til en god gjensidig kontakt mellom meg som forsker og informanten. Tilnærmingen åpnet også for at informanten kunne snakke om emner hun interesserte seg spesielt for, eller emner jeg i forkant ikke hadde tenkt på. Det viste seg at selv om jeg følte jeg hadde forberedt meg godt i forkant, hadde jeg mye å lære av informantene og arbeidet de utfører. Jeg, som aldri hadde intervjuet noen før, opplevde en bratt og spennende læringskurve fra

første (pilot) intervju til det siste, noe som ga meg en ny bevisstgjøring og fylldig innsikt i tematikken.

Jeg begynte tidlig i prosessen å se på informantene som en utømmelig kilde til informasjon.

3.6 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene

Før jeg kunne starte intervjuene søkte jeg om godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) ettersom intervjuene skulle tas opp på lydbånd (vedlegg B).

Før intervjuene sendte jeg, via e-post, informasjon om studien (vedlegg C), til helsesøstrene som ville delta. Jeg hadde også en utskrift med til intervjuet. Det var ikke nødvendig med skriftlig samtykke, idet NSD mente at aktiv deltakelse var det samme som et gyldig samtykke, forutsatt god informasjon. Før intervjuet presenterte jeg meg, og fortalte om formålet med studien min. Det ble gitt både muntlig og skriftlig informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet.

Alle informantene ønsket selv å bli intervjuet, og jeg opplevde samtlige informanter som imøtekommende, tillitsvekkende, kunnskapsrike og oppriktig engasjerte i tematikken. Jeg opplevde at de var åpne om sine erfaringer, også om utfordringene rundt tematikken. De startet spontant med å fortelle om sine erfaringer etter min presentasjon, og i et tilfelle rakk jeg ikke å starte lydopptakeren og måtte be informanten om å starte på nytt. Jeg opplevde at informantene ga lange og levende beskrivelser av sine erfaringer i møtet med de overvektige barna og deres foreldre, og de svarte fylldig og godt på mine direkte spørsmål. Det siste spørsmålet jeg stilte var ”Er det noe du har lyst til å tilføye?” og det interessante var at 7 av 8 hadde noe de ønsket å tilføye, eller ønsket å presisere nærmere. Noen få hadde også tilføyelser de ikke ville skulle komme på lydbåndet, men som de ønsket at jeg

skulle vite for å forstå kompleksiteten rundt tematikken. Ingen av disse tilføyelsene vil bli sitert eller brukt i teksten.

3.7 Utarbeidelse av intervjuguide og pilotintervju

Dalen (2011) sier at en intervjuguide skal omfatte sentrale temaer og spørsmål som til sammen skal dekke de viktigste områdene studien skal belyse. Å utarbeide denne intervjuguiden (vedlegg D) viste seg å være en arbeidskrevende og utfordrende prosess, fordi alle temaer og spørsmål skulle ha relevans til forskningsspørsmålene som denne studien søker å svare på. Jeg måtte sette meg grundig inn i teorien, og helsesøsters arbeid, for å kunne finne de spørsmålene som jeg anså som relevante, og som jeg trodde ville besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Jeg ønsket også konkrete eksempler fra helsesøsters daglige arbeid, av typen «beskriv en utfordrende hendelse» eller «kan du nevne et konkret eksempel hvor...». Intervjuguiden skulle deretter godkjennes av NSD, og jeg fikk tilbakemelding om å endre på disse spørsmålene (vedlegg E). NSD skrev i tilbakemeldingen at dersom spørsmålene skulle stilles måtte det hentes inn samtykke fra de aktuelle familiene, eller helsesøster selv måtte anonymisere hendelsene. Det ville medføre en del merarbeid å innhente samtykke, og jeg kom frem til at konkrete hendelser heller ikke ville bidra direkte til å besvare forskningsspørsmålene mine, og dermed ble spørsmålene forkastet. Jeg reviderte intervjuguiden på bakgrunn av tilbakemeldingen fra NSD.

Jeg gjennomførte et pilotintervju hvor hensikten var å prøve ut intervjuguiden, men også for å bli kjent med intervju som metode (Kvale og Brinkmann, 2012). Jeg fikk en avtale med en helsesøster i nærheten av der jeg bor, og gjorde et pilotintervju med henne for å prøve ut intervjuguiden, og for å få erfaring med min egen rolle som intervjuer. Jeg hadde testet utstyret godt på forhånd, og var trygg på håndtering av lydopptageren. Hun var kjent med at dette var mitt første intervju. I etterkant av intervjuet hadde jeg og informanten en samtale om hvordan intervjuet hadde vært, og om spørsmålene som ble stilt. Jeg erfarte selv at det ikke var nødvendig med mange spørsmål rundt de samme temaene, siden

informanten kom naturlig inn på de fleste temaene i løpet av samtalen. Jeg hadde i utgangspunktet flere direkte spørsmål, og informanten syntes at flere av disse var vanskelige å svare på. Jeg opplevde at ordstrømmen til informanten stoppet opp, og at informanten ikke klarte å svare på spørsmålet, fordi hun ikke skjønnte hva jeg egentlig spurte om. Hun kom med flere innspill til endringer. Jeg innså at den beste måten å få tak i helsesøsters erfaringer på var å la henne fortelle fritt om det hun mener er de viktigste erfaringene, ikke det jeg tror de har erfart ut ifra min teoretiske bakgrunn. Og med dette i bakhånd, valgte jeg å starte de resterende intervjuene med et åpent spørsmål, og heller legge noen få direkte spørsmål helt til slutten. Fordi den første informanten fylte kriteriene for deltakelse i studien min, og ga et innholdsrikt intervju, inngår pilotintervjuet i analysen.

Jeg samtalte med informantene før intervjuet startet, og dette opplevde jeg som en fin innledning som resulterte i en god dynamikk mellom meg og informanten. Jeg startet intervjuene med et åpent spørsmål av typen «Kan du fortelle om din erfaring med barn og overvekt» og brukte intervjuguiden mer som en veileder under intervjuet. Jeg fulgte den ikke slavisk. Erfaringen fra pilotintervjuet, men også intervjuene underveis, viste at informanten selv, i ulik grad, berørte de temaene jeg hadde satt opp. Jeg ser dette som en bekreftelse på at intervjuguiden var utformet slik at jeg fikk tilgang til de erfaringene jeg ønsket belyst. I de tilfellene informanten ikke berørte temaet, eller jeg var i behov for en presisering stilte jeg spørsmålet på slutten av intervjuet. Jeg hadde også noen direkte spørsmål, som ble lagt til slutten av intervjuet. De direkte spørsmålene søkte i stor grad å besvare studiens forskningsspørsmål. Å legge spørsmålene til slutten var et bevisst valg, fordi jeg i så stor grad som mulig ønsket å beholde den spontane ordstrømmen til informanten, uten å avbryte.

En strategi jeg benyttet under intervjuene, for å vise interesse og samtidig beholde den spontane ordflommen, var prober. En probe er kommentarer eller kort respons fra den som intervjuer, for å signalisere interesse og at jeg som intervjuer ønsker mer informasjon (Thagaard, 2006). Jeg brukte prober i form av spørsmål, bekreftende kommentarer på det som ble sagt, og korte responser som ja, mmm, ikke sant, eller nikk med hodet. Jeg opplevde at bruk av prober ga en god respons, og fremmet dialogen mellom meg som intervjuer og informanten. Jeg erfarte at når informanten opplevde meg som oppriktig interessert og utforskende rundt tematikken, så opprettholdt de sitt engasjement i dialogen,

noe som førte til lange, levende beskrivelser av deres erfaringer rundt tematikken. Erfaringen jeg gjorde meg under pilotintervjuet, og tilbakemeldingene jeg fikk fra informanten, var også svært nyttige i arbeidet videre med intervjuforberedelser og utbedring av intervjuguiden. I forhold til intervjuteknikk erfarte jeg at dette var noe som utviklet seg gjennom hele prosessen, og jeg har også erfart at dette er et område jeg har mye igjen å lære på.

3.8 Transkribering

Når lydfilene transkriberes omformes «virkeligheten» fra intervjuet om til skrevet tekst (Malterud, 2011).

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og transkribert umiddelbart etter intervjuet. Jeg transkriberte selv, fordi dette ga meg en unik mulighet til å bli kjent med materialet på en ny måte. Dette er også i tråd med Dalen (2011) sine anbefalinger. Jeg oppdaget gjennom transkriberingen flere uttalelser og sammenhenger jeg ikke hadde festet meg ved i selve intervjusituasjonen. Jeg skrev i tillegg ned refleksjoner jeg hadde gjort meg før, under og etter intervjuet. Dalen (2011) omtaler dette som feltnotater og analytiske refleksjoner, og de kan komme til nytte i analysen senere. Selve transkriberingen var tidkrevende, men også lærerik, med tanke på hvor mye som faktisk fester seg på lydbåndet, og hvor viktig omgivelsene er. Et intervju ble tatt opp ute, rett ved en trafikkert vei, og dette var det mest krevende å transkribere.

Jeg oppdaget også under transkriberingen hvor forskjellig talespråket er fra det skrevne. Det naturlige talespråket er mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket (Dalen, 2011), selv om jeg ikke opplevde det slik under intervjuet. Jeg transkriberte i utgangspunktet ordrett det som ble sagt, men så behov for å redigere teksten i noen grad underveis. Dette var kun på steder hvor talespråket ble utpreget i form av fraser som eksempelvis «på en måte», gjentakelser av ulik grad og usammenhengende setninger. Jeg tilstrebet at meningsinnholdet ikke skulle endres, ved bare å redigere unødvendige småord og fraser.

Jeg skrev også opp alle pauser og non-verbale hendelser slik jeg husket dem, og slik de kom til uttrykk på lydbåndet. Fakter og ansiktsuttrykk kan heller ikke fremstilles skriftlig, og jeg har tilstrebet at dette skal komme frem i teksten. Ironi og sarkasme ble lite brukt av informantene, men er et godt eksempel på hvor den skrevne teksten kan endre meningsinnhold i forhold til det som faktisk ble sagt. Der det har forekommet har jeg skrevet «ironi» i parentes.

3.9 Forskningsetiske overveielser

Etikken rundt forskning står sentralt gjennom hele studien, og gir retningslinjer som vurderes i forhold til prosjektets spesifikke situasjoner (Kvale, 2008). Kvale sine etiske regler for forskning på mennesker; det informerte samtykket, konfidensialitet og konsekvenser har inspirert mine etiske overveielser, og gitt meg viktige perspektiver under hele prosessen.

Helsinkideklarasjonen⁴ ble utformet av Verdens legeförening i 1964, og bygger på Nürnbergkodeksen som ble utformet etter siste verdenskrigs umenneskelige forsøk på tyske konsentrasjonsfanger. Sentralt i Helsinkideklarasjonen står hensynet til det informerte samtykke, samtidig som det slår fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren. Helsinkideklarasjonen skal forhindre uetisk forskning, og beskytte informanten for unødvendig (og ufrivillig) ubehag og risiko.

Informert samtykke innebærer at informantene er informert om studiens overordnede mål, og om hovedtrekkene i prosjektplanen. I min studie ivaretok jeg dette gjennom både skriftlig og muntlig informasjon. Informantene fikk også informasjon om at studien var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg, uten å oppgi grunn. Dette er i tråd med Kvale (2008) og Dalens (2011) etiske regler.

⁴ Informasjon om Helsinkideklarasjonen, skrevet av Reidun Førde, 2009 – utskrift fra www.etikkom.no 22.februar 2013

Helsesøstrene jeg intervjuet er utdannet helsepersonell. Det stiltes derfor ingen andre krav enn et informasjonsskriv til informantene i forkant for å gjennomføre studien. Det var ikke behov for å innhente skriftlig samtykke av informantene da aktiv deltakelse er å anse som gyldig samtykke.

Konfidensialitet skal sikre at informantenes identitet ikke på noen som helst måte skal offentliggjøres. Der hvor helsesøster har kommet med eksempler har hun anonymisert hendelsene i henhold til helsepersonells taushetsplikt, for at ingen barn eller familier skal kunne kjenne seg igjen i det skrevne materialet eller i oppgaven som helhet. Dette er også i tråd med NSDs føringer. Det kan derimot hende at noen av informantene vil gjenkjenne sine egne sitater.

Det stilles strenge krav til oppbevaring av sensitivt materiale, og i mitt tilfelle har lydbåndet blitt oppbevart nedlåst, i tillegg til at jeg bevisst ikke har nevnt navn på informanten på lydbåndet. I intervjuer hvor det har blitt sagt stedsnavn eller navn på kommuner har jeg vært nøye med at dette ikke har «blitt med» i transkriberingsprosessen. Tekstmaterialet er i sin helhet anonymisert, og det er bare jeg og mine veiledere som har tilgang til det. Intervjuene er nummerert i tilfeldig rekkefølge fra 1-8, det vil for eksempel si at nr 1 ikke er det første intervjuet jeg foretok. Dette er gjort for at informantene ikke skal kjenne seg igjen på rekkefølgen. Det er bare jeg som vet hvilken informant som skjuler seg bak nummeret, og kodelisten med navn og nummere er nedlåst på et annet sted enn lydopptakeren. Lydopptakene slettes etter at oppgaven er ferdig, og intervjuutskriftene makuleres.

Jeg anså det ikke som nødvendig at helsesøster leste igjennom intervjuet etter transkribering, og det var heller ingen som kom med et ønske om gjennomlesing.

Konsekvenser av deltakelse i min studie fører ikke til skade på informantene, og de kan heller ikke dra egne fordeler av å delta.

3.10 Tekstanalyse i et hermeneutisk perspektiv

Kvalitative metoder frembringer mye tekst, og teksten må bearbeides og tolkes for å frembringe ny kunnskap og forståelse (Brekke, 2006).

Jeg lot meg inspirere av hermeneutikken i analyseprosessen. Gilje og Grimen (2007) fremlegger den hermeneutiske sirkelen som kanskje det viktigste begrepet innen hermeneutikken. Jeg valgte å bruke den hermeneutiske sirkelen fordi den er en beskrivelse av en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig (Thornquist, 2008). Med dette menes at hver gang jeg forstår en del av virkeligheten, påvirkes min oppfatning av helheten. Jeg ser helheten i et nytt lys, og dette igjen gir ny mening til enkeltdelene. Noe som på nytt påvirker helhetsforståelsen (ibid).

I det følgende vil jeg redegjøre for min tolkning og gjennomføring av den hermeneutiske sirkelen.

Tekstanalysen var en tidkrevende prosess og krevde mye fokus og grundige forberedelser. Samtidig opplevde jeg den som den mest meningsfulle delen av oppgaven. At *dette* er hva studien handler om. Mine kvalitative rådata forelå i form av ustrukturert informasjon, fra åtte ustrukturerte intervjuer, og utgjorde 127 tettskrevne sider med data. Aller først leste jeg gjennom tekstene flere ganger, og ved å bruke refleksjonene jeg hadde skrevet før, under og etter intervjuet, forsøkte jeg å gjenoppleve og fange konteksten i intervjusettingen. Jeg noterte stikkord underveis i marginen. Deretter kategoriserte jeg teksten, for å skaffe meg en oversikt over de ulike emnene som teksten inneholdt. Dette gjorde jeg systematisk, ved å lese gjennom en og en tekst flere ganger, og så klippe ut og fordele sitater under ulike temaer/kategorier som var skrevet opp på A3 ark. Det var en tidkrevende prosess, men ga meg god oversikt. Jeg brukte farger for å skille intervjusitatene og kategoriene fra hverandre. Jeg endte opp med 32 kategorier (tabell 1 – vedlegg F). Jeg oppdaget gjennom denne prosessen at flere helsesøstre hadde «fanesaker» ved at mange av deres sitater endte på samme kategori. Spesielt tydelig ble dette under kategorien «skam», hvor en helsesøster skilte seg ut. Jeg satt den enkeltes sitater inn i en større ramme for å få en bredere forståelse, og forsøkte å fange opp den underliggende

meningen (tabell 2 – vedlegg F). Underveis i prosessen så jeg etter sammenfall og diskrepans. Deretter fortolket jeg kategoriene hver for seg, og fant at flere av dem handlet om det samme. For eksempel fant jeg at kategoriene «De faglige retningslinjene» og «Vektkurvene» handler om hvordan helsesøster avdekker overvekt hos barna. «Foreldreveiledning» og «Dialogen» handler om veiledning og avdekker utfordringer som helsesøster møter på i kommunikasjonsprosessen. Jeg forsøkte deretter å gå dypere inn i teksten for å finne hva de enkelte sitater og uttrykk betyr. Når lange utsagn sammenfattes med få ord kaller Kvale og Brinkmann (2012) dette for meningskondensering. Dette har jeg forsøkt å tydeliggjøre ved å dele kategoriene inn i nye emner.

Hva betyr teksten for meg, og hvilken forståelse sitter jeg igjen med etter å ha lest den? Hvilken mening tror jeg at informanten har lagt i det som er sagt? Er dette meningsfylt? Jeg oppdaget at teksten endret mening for meg, selv om det skrevne ord var uforandret. Jeg oppdaget at flere kategorier kunne plasseres på ulike steder, og at enkelte sitater kan tolkes på ulike måter. Jeg oppdaget også at dersom jeg kunne startet analyseprosessen på nytt ville jeg gjort den annerledes, og fordelt sitatene på andre måter.

Jeg fant også at mine fortolkninger innebærer en dobbel hermeneutikk. Dette innebærer at jeg fortolker utsagn som allerede er tolket fra informanten selv (Gilje og Grimen, 2007).

Etter å ha gått alle disse rundene i min egen hermeneutiske sirkel kom jeg frem til nye, ulike kategorier som jeg presenterer i neste kapittel. Presentasjonen er basert på forskningsspørsmålene, men også på emner som skilte seg spesielt ut. Jeg har også sammenfattet denne prosessen i tabeller (vedlegg F).

3.11 Overførbarhet

Overførbarhet handler om i hvor stor grad studiens funn kan overføres til andre situasjoner og grupper. Likheter mellom situasjonene øker overføringsverdien (Malterud, 2011). I denne

studien er åtte helsesøstre intervjuet. De har felles at de har lik grunnutdanning og videreutdanning, har bred erfaring i arbeidet med barn og overvekt, arbeider et sted på Østlandet og var villige til å stille opp til intervju. Studien har helsesøstres erfaringer og utfordringer i fokus, og jeg ser det som en styrke at helsesøstrene jeg intervjuet har bred og ulik erfaring i arbeidet med overvektige barn, blant annet erfaring fra ulike prosjekter. Det er tilstrebet en bred forståelse rundt tematikken, og at de er belyst fra ulike synsvinkler.

Funnene i denne studien kan anses som viktige for videre utvikling av kunnskap til andre helsesøstre som også jobber med overvektige barn. Studien kan også ha overføringsverdi til andre kommuner hvor helsestasjonstjenesten er bygget opp på samme måte, og følger nasjonale lover, veiledere og forskrifter. Studien kan ikke nødvendigvis generaliseres fordi den er begrenset til én landsdel, og ikke sier noe om forskjeller landsdelene imellom.

3.12 Studiens troverdighet

«Kvalitativ forskning bygger på den grunnforutsetningen at mennesker skaper eller konstruerer sin sosiale virkelighet og gir mening til egne erfaringer» (Dalen 2011:91).

Det finnes med andre ord ikke én «sann» virkelighet. Fordi både det enkelte individ og omstendighetene rundt er i stadig endring, vil også oppfatningene rundt vår virkelighet være i endring. Likevel er idealet i enhver forskning at en nøyaktig skissering av fremgangsmåten skal kunne rekonstrueres. Det er med andre ord av stor betydning for studiens troverdighet hvordan jeg utførte intervjuene med mine tilhørende refleksjoner. Også forhold om min funksjon som forsker er av betydning.

Jeg har selv vært aktiv i kunnskapsutviklingen i forkant av intervjuene, men opplevde informantene som de viktigste bidragsyterne til den empiriske datainnsamlingen. De viste stort engasjement og velvillighet, og dette mener jeg er elementer som styrker studiens troverdighet, i tråd med Malterud (2011) sine erfaringer. De fleste helsesøstrene omtalte

seg selv som erfarne, og viste med dette at de hadde noe å bidra med i forhold til hva jeg ønsket å få vite mer om.

3.13 Studiens gyldighet

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2011). Ved å redegjøre i detalj om fremgangsmåten og metode, slik jeg gjør i denne masteroppgaven, skal det i teorien være mulig å gjenta min forskning ved en senere anledning. Men fordi det ikke er mulig å gjenskape i skrift hva som foregikk under intervjuene har denne metoden også begrensninger med tanke på i hvor stort omfang den er gyldig.

Min forforståelse har fulgt meg gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har søkt å være bevisst på dette i intervjuene og i analyseprosessen. Jeg har brukt en hermeneutisk tilnærming for å veksle mellom helhet og deler i prosessen, og ulike tolkningsmåter er drøftet. Jeg har søkt å være tro mot det empiriske materialet, og har ikke utelatt noe eller tilføyet noe for å styre innholdet i en eller annen retning. Ved å være systematisk i alle deler av prosessen, øker validiteten. Jeg mener at fordelen med denne metoden er at resultatene er godt forankret i datamaterialet. Min intensjon var å fremstå lyttende og engasjert overfor helsesøstre som delte sin kunnskap og erfaring med meg, og peke på hvilke utfordringer de opplever, noe jeg mener at jeg har lyktes med.

4 PRESENTASJON OG BESKRIVELSE AV FUNN

Jeg vil i det følgende gi en presentasjon og beskrivelse av funn fra mitt empiriske materiale.

Hensikten med denne studien er å hente frem helsesøsters erfaringer og utfordringer i arbeidet med overvekt hos barn og unge. For å få frem de ulike aspektene som intervjuene belyser har jeg jobbet analytisk, og delt materialet inn i ulike temaer. Fremgangsmåten er nøye beskrevet i metodekapittelet. Noen av kategoriene og temaene kan overlappe hverandre i presentasjonen, fordi flere av temaene henger sammen.

Helsesøstre som har erfaringer fra ulike prosjekter, relatert til barn og overvekt, er i hovedsak presentert for seg. Jeg har vektlagt helsesøsters erfaringer og utfordringer relatert til arbeidet i prosjektene fremfor praktisk informasjon hva gjelder resultater og gjennomføring.

De ulike utfordringene og erfaringene er sammenfattet under følgende temaer, og i omtrent samme rekkefølge som fremkom under intervjuene:

- Å avdekke overvekt hos barnet.
- Å spille på lag med foreldrene.
- Å følge opp barnet.
- Å jobbe med prosjekter
- Å finne veien videre.

Jeg har brukt sitater fra helsesøstre for å illustrere funnene.

4.1 Å avdekke overvekt hos barnet.

Den første delen handler om hvordan helsesøster bruker de faglige retningslinjene for å avdekke overvekt hos barnet, både på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten.

4.1.1 Å bruke de faglige retningslinjene

For at helsesøstrene skal kunne avdekke overvekt hos et barn, eller ha en forutsetning for å oppdage et barn som er i ferd med å utvikle overvekt, har de faglige retningslinjer å forholde seg til. Det kom i 2011 nye faglige retningslinjer, men da de skulle implementeres, skapte de ulike reaksjoner hos helsesøstrene:

Jeg skjønner veldig godt at det er noen som har behov for å lage retningslinjer, fordi at det er jo et problem i samfunnet, at det er overvekt, og at det er mange barn som legger på seg og spiser usunt og er i for lite aktivitet. Som helsesøster ser jeg at det er et behov for det, men jeg er ikke udelt enig i at det er helsesøster og helsestasjonen som skal ta den største jobben i forhold til det, fordi at da må det tildeles noen ressurser. Og det er det ikke blitt gjort, og vi er ganske lei av å bli pålagt oppgaver og ikke få ressurser (8).

Flere gir uttrykk for at det å ha retningslinjer å forholde seg til, gir en trygghet i det daglige arbeidet. I retningslinjene finnes standardiserte vekstkurver, og forklaringer på hvordan helsesøstrene skal løse oppgavene dersom det oppdages avvik hos barnet:

Jeg er veldig glad for retningslinjene vi har fått. Som gir oss en sånn pekepinn på, og tenke på, som vi kan henviser til når vi henviser til lege (5).

Men jeg er glad for at retningslinjene kommer, og de er veldig bra laget i forhold til å bruke isoKMI som gjør at tiltakene blir bestemt ut ifra det. Og de gir oss og en mulighet til å ta det opp med foreldrene, for da er det et dokument som sier at vi skal det (7).

4.1.2 Å avdekke overvekt hos barnet på helsestasjonen

Helsesøstrene i denne studien beskriver gjennomgående møtene med familiene med overvektige barn som krevende. En av utfordringene de møter er at de overvektige barnas foreldre selv ofte har problemer med overvekt, og ser ikke alltid at barnet sitt er overvektig. Dette krever at helsesøstrene nærmer seg temaet overvekt på en forsiktig måte. Alle barn som innkalles til helsestasjonen, veies og måles før konsultasjon, hvilket er i tråd med de faglige retningslinjene. Ved å taste inn vekt og høyde på datamaskinen, gjenspeiler tallene seg i en vekstkurve, og det blir synlig hvor på skalaen barnet ligger – om det er normalvektig, overvektig eller har fedme.

Veldig lurt å bruke kurven i stedet for å peke på eller se på barnet! Kom her, mor, se her, forrige gang hun var her lå hun der, nå har det skjedd en endring her, hvorfor har det skjedd, liksom, nå har hun blitt mye større. Så kan du høre hva foreldrene gir av forklaring, det kan være ja, nei, nå har det blitt så mye stress, vi har slurva ordentlig med middag, det har blitt litt småspising eller det har blitt en skilsmisse og ja vi syns så synd på henne, hun får litt mye godt. Få en samtale rundt det. Og den teknikken med å undre seg litt, hva har skjedd her, kan du fortelle litt om det (1).

Å bruke kurven som utgangspunkt for å avdekke og visualisere barnets overvekt med foreldrene ser ut til å være en strategi som alle helsesøstrene i studien bruker. Ved å vise til kurven stiller helsesøster seg nøytral og objektiv i forhold til barnets vekt, og unngår i stor grad en offensiv holdning fra foreldrene, samtidig som hun får belyst at barnet har en overvekt de sammen må ta tak i. Teknikken med «å undre seg litt» brukes av flere helsesøstre, og hjelper foreldrene til å reflektere rundt mulige årsaker til vektutviklingen, og til å komme med egne forslag til hvordan de selv kan løse utfordringen eller bremse utviklingen av overvekt.

4.1.3 Å avdekke overvekt i skolehelsetjenesten

Når barna begynner på skolen avtar den hyppige kontakten med helsesøster. Den siste målingen og veiingen på helsestasjonen er gjerne i forbindelse med skolestart, altså når barnet er rundt fem år, og neste gang helsesøster normalt ser barnet igjen er når det går i tredje klasse. I følge retningslinjene skal barna veies i 3. klasse og i 8. klasse.

Helsesøstrene er tydelig på at tiden mellom målingene er en utfordring, fordi det kan skje store endringer i perioden fra barnet går i 3.klasse til 8. klasse, uten at dette blir fanget opp. Helsesøstrene peker på at å oppdage overvekten tidlig er av stor betydning fordi det gjør det enklere for barnet å redusere vekten eller «vokse seg inn i» kurven sin. Dette innebærer at barnets vekt stabiliseres, slik at når barnet vokser til vil vekt og lengde gradvis samsvare med det som er normalt i kurven. Dette er lettere å få til jo yngre barnet er, fordi det fortsatt har igjen en del å vokse på lengden, i motsetning til ungdommer som i stor grad er ferdig utvokst.

Jeg kunne tenke meg at det var noe mellom 3. klasse og 8. klasse, fordi at en utvikling i 3. klasse som kanskje er bra, la oss si at det er et barn som ikke er overvektig i 3., da har vi på en måte ingen ny vekt før i 8. og det er mange år. For det er gjerne sånn i 4. klasse at mange slutter med... i 3. klasse leker barna fortsatt, de er i aktivitet, de er i huska, trampolina og er kanskje med på noe ballidrett og fortsatt med på fotballen. Men så begynner det å snøre seg sammen, sånn at mange barn i løpet av barneskolen blir mer inaktive. Kanskje slutter med aktiviteten sin. I 4. klasse slutter man på SFO, man begynner å gå hjem, og spiser selv, eller tar det i kjøleskapet som står der. Så jeg skulle ønske det det var noe kanskje i 5. klasse, sånn at man ikke kommer i den situasjonen at man har etablert en overvekt eller fedmestatus før man oppdager det og får hjelp (7).

Foreldrene er i følge helsesøstrene godt informert om undersøkelsen i forkant. Veiingen og målingen foregår ved at barna kommer inn til helsesøster, blir veid og får målt høyden, og blir sendt ut igjen uten at noen får høre tallene uavhengig av vekt. Dette er en metode som alle helsesøstrene i studien bruker.

4.2 Å spille på lag med foreldrene

Den andre delen omhandler kommunikasjon og samarbeid med foreldrene, og om å finne hver enkelt families behov og starte der. Helsesøstrene må kartlegge hvilke kunnskaper denne familien faktisk har om kosthold og hverdagsaktivitet, og så må helsesøstrene gå sakte frem i endringsarbeidet. Mange overvektige barn i skolealder har samtaler med helsesøster, og helsesøstrene peker på erfaringer relatert til dette. Tilslutt presenteres utfordringer helsesøstrene har erfart når foreldrene med det overvektige barnet strever på flere plan.

4.2.1 Å kommunisere med foreldrene om barnets overvekt

Når overvekt avdekkes på helsestasjonen bruker helsesøstrene gjennomgående kurven som en innledning til samtale. Ingen av helsesøstrene peker på at dette er spesielt krevende, men de legger vekt på at det er viktig å gå forsiktig frem, og være spørrende i forhold til hva foreldrene tror kan ha skjedd med utgangspunkt i vektutviklingen.

I skolehelsetjenesten derimot, beskriver helsesøstrene utfordringer. Etter at barna er veid og målt på skolen, legges tallene inn i barnets kurve og foreldrene kontaktes dersom helsesøster oppdager avvik fra normalpercentilen. Det ser ut til at det er mest vanlig å kontakte foreldrene pr telefon dersom det er noe unormalt med kurven.

Det vi gjør nå er at vi ringer hjem til dem, de er jo varslet på forhånd om at det skal være en tredjeklasseundersøkelse hvor vi veier og måler, og forklarer dem hvordan kurven ser ut og at vi inviterer dem til en samtale (3).

Men helsesøstrene er ikke udelt enig i at foreldrene bør informeres pr telefon. For eksempel sier en helsesøster:

Og så nytter det ikke bare å ringe hjem til mor og si: Hør nå her, jeg har veid barnet ditt i tredje klasse og hun har blitt litt stor. Det går ikke for da kan du risikere at de slenger på telefonen altså, for dette er støtende for mange. Så da må du – når du får noe avvik på sånn at ungene er litt store, så må du innkalle dem, tenker jeg, mor og far, til en samtale rundt det og høre hva de tenker (1).

Denne helsesøsteren peker på noe hun opplever som sentralt, nemlig at «dette er støtende for mange». Denne helsesøsteren mener at ved å innkalle til samtale i stedet er det lettere for helsesøster å møte foreldrene der de er, og heller bruke taktikken med «å undre seg litt». Dette synes hun vil være en bedre tilnærming til problematikken.

Helsesøstrene har erfart at telefonsamtalen resulterer i ulike reaksjoner fra foreldrene.

Helsesøstrene beskriver:

Og det og på en måte ta den her telefonen, og oppsøke DE, det syns jeg er... det syns jeg ikke alltid er så lett. Det å ta telefonen, og jeg har funnet at barnet ditt ligger ganske langt over kurven. Jeg har jo fått en del negative tilbakemeldinger fra foreldrene når du har tatt den telefonen da, så det syns jeg er vanskelig (6).

Foreldrene jeg har snakket med har i ulik grad vært enige i at det har vært et problem. Men gjennom at jeg har stilt meg undrende og litt sånn forsiktig spørrende så får vi en god prat om at ja, jeg hører hva du sier, men jeg er ikke bekymret. Det er min mest vanlige. Til jeg er så glad at du ringer meg. Men de er det ikke mange av (5).

Noen føler seg tråkka på. Ringer du til oss, vi er en oppgående familie. Ja, men så hyggelig, fint. Så bra. Så tenker jeg at når vi får det svaret, ja, så er de oppegående. Så har de ressurser til å gjøre noe med det, og når da en offentlig tjenestemann pirker borti noe som er ubehagelig så tror jeg faktisk at noen gjør noen grep, når de faktisk har ressursene hjemme og omtaler seg som oppegående. Andre ganger trenger de bare litt tid på å modnes på tanken, for det var en ubehagelig telefon og piggene kommer ut (4).

Noen helsesøstre gjengir at de har fått så mange negative tilbakemeldinger fra foreldrene at de rett og slett gruer seg for å ringe.

Vi har jo litt dårlig erfaring med å konfrontere foreldre med at de har barn som har overvekt, så jeg er nok litt preget av det nå. At en gruer seg for å jobbe med det kanskje, eller for å gå inn i det, for en vet ikke hva en møter og det er et så sårbart tema. Det er nesten bedre å si at barnet ditt er møkkete enn at det er overvektig (2).

Reaksjonene til foreldrene gjenspeiler i stor grad at en telefonsamtale ikke er tilstrekkelig når helsesøster har avdekket overvekt hos barnet, slik den ene helsesøsteren litt tidligere beskrev. Det at helsesøster gruer seg for å ta en telefonsamtale i frykt for hva hun kan oppleve, kan føre til at samtalen blir utsatt.

Vi må tåle å feile om hvordan vi nærmer oss temaet, for det kan skjære seg og det må vi bare tåle. Men vi bør ikke akseptere at vi ikke nevner det, for det har en del helsesøstre ikke gjort fordi de har vært redd for å såre og støte folk (1).

Den samme helsesøsteren konkluderer:

Det handler om den vanskelige samtalen da. For det er et touchy tema (1).

4.2.2 Å involvere barnet i dialogen

Dersom kurven tilsier at barnet er overvektig, følger helsesøstrene opp videre med samtaler. På helsestasjonen ser det ut til at denne samtalen kommer i forbindelse med avdekkingen av overvekt. Det kan virke som at helsesøstrene har liten erfaring og kunnskap i å samtale om overvekt med de minste barna, noe det neste utsagnet peker på i forhold til fireåringene:

Og så er det selvfølgelig avhengig av hvor gammelt barnet er. Altså disse små – ett-toåringene, de er på en måte greiere sånn i forhold til barna, men så får du og det problemet hvis du har en fireåring som er overvektig, som oppfatter en del av samtalen ikke sant, så hvordan en skal ordlegge seg da uten å støte barnet også (1).

Når det gjelder veiing og måling i skolehelsetjenesten, blir foreldrene kontaktet i etterkant av undersøkelsen der kurven er unormal. Helsesøstrene er tydelig i sin beskrivelse på at dette er for å unngå at barna skal komme opp i en ubehagelig situasjon på skolen i forhold til medelever, men samtidig er dette en metode som ikke involverer barnet. Flere helsesøstre forteller at de ikke har samtale med barna under veiingen og målingen, for det har de ikke ressurser til. Heller ikke i etterkant av veiingen og målingen var det planlagt samtaler med barna.

Det er sånn ordentlig samleband, så jeg har ikke tid til noen samtale med hver enkelt, så det blir eventuelt foreldrene som tillater det når vi ringer og sier resultatet. Jeg ønsker jo det, at de skal tillate det, men det er ikke alle som gjør det (7).

Denne helsesøsteren viser tilbake til foreldrene, og at det er foreldrene som må tillate at helsesøster samtaler med barnet om overvekten. Hun forteller videre at noen foreldre tillater samtaler, men barnet må ikke få vite at det er på grunn av vekten. «Det blir sånn misforstått omsorg da» (7). Hun peker på at årsaken til dette er at foreldrene tror at barnet skal bli lei seg, eller føle at det ikke er bra nok, at det vil bli såret og at det skal komme til å slanke seg.

Flere helsesøstre ser ut til å respektere foreldrene når de ikke ønsker at barnet skal være tilstede under samtalen.

Vi har vært litt frem og tilbake for mange foreldre syns det har vært veldig vanskelig at vi tar det opp med barnet tilstede (7).

En bekymring som foreldrene uttrykker overfor helsesøstrene, men som helsesøstrene i stor grad avkrefter, er at forekomsten av spiseforstyrrelser øker dersom overvekt er et tema i samtaler med barnet. Helsesøstrene peker tvert imot på at forebygging av overvekt hos barnet gir en positiv helsegevinst, og styrker selvbildet og selvfølelsen til barnet.

Det har vært en sånn hypotese at det å snakke om overvekt, hvert fall til større barn, vil føre til anorexi og det ene og det andre, men nå er det jo flere og flere ting som sier at sånn er det jo ikke. Jeg tenker jo også at det å forebygge overvekt kan forebygge både anorexi og bulimi jeg. Å få et kroppsbilde du selv er fornøyd med vil jo forebygge mange, både psykiske, sosiale og fysiske, ting senere (7).

En helsesøster er opptatt av at foreldrene skal snakke med barna sine om dette, gjerne sammen med helsesøster. Hun mener at manglende åpenhet overfor barna gjør at overvekten blir både tabubelagt og skambelagt, og at det er riktig å lære foreldrene til barnet, og barnet, hvordan de kan kommunisere og stå sammen. Hun er den eneste av helsesøstrene i denne studien som tydelig beskriver skammen som overvekten fører med seg, og som beskriver hvordan hun inkluderer barnet i samtalene med foreldrene om barnets overvekt.

De snakker ikke om det. Og jeg tror akkurat det er det vanskeligste for barn. For det man ikke snakker om det er tabu, og det blir det skam utav (5).

Men jeg spør da, litt sånn forsiktig: Syns du det er dumt at mamma vil du skal få hjelp med dette? At vi, at mamma, tenker at du trenger hjelp med dette. Nei... Tenker du selv at du er tjukk? Da brukte jeg bevisst det ordet, for han er fire år. (Nikker). Ja. Er det noen i barnehagen som sier du er tjukk? Nikk. Og jeg så lettelsen i han altså, og jeg så mor og som ble litt sånn.. og jeg skjønner at det er ord her, og at jeg må bruke de ordene for han tåler det. Og dette tror jeg er litt veien, for det er noe som... Lufta blir litt lettere å puste i fordi nå har vi snakka om det ulovlige, nå har vi snakka om det vanskelige (5).

Hun er også opptatt av at helsesøstre og foreldre ikke må være så redde for å bruke begrepene relatert til overvekt. Dette støttes av flere helsesøstre.

Jeg vil at barn og foreldre blir trygge på å kalle det, det det handler om med rette ord, og lytte ut hvor sint og lei seg barna blir når de snakker om det. For barn blir lei seg og sint fordi det er vondt, men vi må lære foreldrene å være sammen med barna sine i det vonde, for gjett om de har tenkt på det før vi. Det er de aller fleste (5).

For at barnet selv vet at det er overvektig, påpekes av flere helsesøstre.

Samtidig så vet barnet veldig godt det er overvektig. Men det tenker ikke foreldrene på. Det er ingen barn i, eller skal ikke si ingen, det er veldig få barn i skolealder som ikke vet selv at kroppen min er større enn kroppen til de andre i klassen min. Noen vet det uten at det gjør noe, andre vet det og har erfart kommentarer, alt fra det som skal være humoristisk til det som er mer mobbing. Og veldig mange elever har ikke sagt det til foreldrene sine, for da vet de at da blir mamma og pappa lei seg hvis de får vite at jeg får sånne kommentarer. Så der er det ofte at foreldrene tenker på det og syns det er vondt og vanskelig, og barnet vet om det og syns det er vondt og vanskelig, men de snakker ikke om det sammen for da kan de såre hverandre. Mange eksempler på det! (7).

Det kan dermed se ut til at helsesøstrene har erfart at det er utfordrende for mange foreldre og barn å kommunisere om vanskelige ting, slik som overvekten. Når foreldrene vil skjerme barnet sitt, og barnet vil skjerme foreldrene peker denne helsesøsteren på at det kan oppstå en taushet som igjen kan øke følelsen av skam og tabu hos begge parter.

Mor har jeg snakket med mange ganger på forhånd om å legge om kost, og hun har gjort mange gode grep, og nå var det litt sånn... hvorfor skal gutten være med? Ikke sant, foreldrene sitter og tenker på hvorfor skal han være med på samtalen. Da forsvarte jeg det, eller forsvarte, jeg tenkte med meg selv at det er jo hans kropp, og mor har lagt om kosten og sliter med å få han til å skjønne hvorfor. Da trenger mor all den støtten hun kan få til å bli en sterk mamma som sier det samme som meg. At jeg er litt modell lærer da, læreren til mamma. Så kan mamma bruke mine ord til å gjøre det samme for gutten (5).

Her bruker helsesøster sin rolle for å kommunisere med en gutt som ikke helt forstår hvorfor det er kostendringer hjemme. Helsesøster gir mor tydelig anerkjennelse på grepene hun har gjort i kosten, og bidrar med dette til at mor kan være en god rollemodell for barnet sitt og som barnet kan stole på at gjør de rette tingene. Samtidig er denne helsesøsteren opptatt av at barnet også involveres i endringene, «det er jo hans kropp» og tydeliggjør at ansvaret ligger på hele familien. Ikke bare på mor, men også på gutten.

4.2.3 Å veilede om kosthold og hverdagsaktivitet

Helsesøstrene i studien er klare på viktigheten av å starte tidlig med å snakke om kosthold, og måltider, og gjøre det til en naturlig ting å snakke om vekt, på lik linje med alle de andre tingene de snakker med foreldrene om på konsultasjoner.

Det skal ikke bli sånn at man aldri har nevnt det før og plutselig nevner man det når det har blitt en negativ ting. Men at målet er at det skal vi snakke om underveis, og ha mulighet til å justere før det blir en stor ting vi må ta opp på en negativ måte med foreldrene (7).

Alle helsesøstrene er nøye med at barn aldri skal slankes, men at de heller skal «vokse inn i» kurven sin.

Man skal aldri slanke barn, man skal gjøre enkle grep, små grep som går an å leve med (5).

Å kartlegge kunnskaper om kosthold hos familier som strever med overvekt bidrar til at helsesøstrene lettere når frem med riktig informasjon og veiledning fordi de etter en kartlegging vet hvilke behov familien har.

Vi har gått igjennom retningslinjene nå og sett at tilbudet vi må fokusere på er å komme inn først til kartleggingsamtale, og så at det på en måte i seg selv er et tilbud. Man må kartlegge: Hvordan lever

familien, sammen med familien, bli litt kjent med hvordan, for noen er det forskjell på hvordan de tror selv at de lever og hvordan de faktisk lever. For mange kan det være et stort rom der mellom hva som faktisk er og hva de ønsker å være og hva de tenker på seg selv som. Mange kan tenke på seg selv som en aktiv, sunn familie, og så begynner du å se på uka så får man seg noen overraskelser. Derfor så er den kartlegginga ganske viktig sammen med foreldrene, før man skal få noe tilbud (7).

Videre peker flere helsesøstre på at ikke alle foreldre har kunnskap om hva som er et sunt kosthold, eller hvilke grep de kan gjøre for å endre til et sunnere kosthold.

Det er veldig mye artikler om mat og matlaging i aviser og sånn, og det leser jo mange som er 40 pluss tror jeg. Vi tenker at disse unge foreldrene kan mye om mat, og det gjør ikke alle. Så i og med at det er så matfokus i medier så tenker vi at folk kan mye mer enn de egentlig kan, så vi må sjekke ut hvilket nivå har disse foreldrene, hvilken kompetanse, hva kan de, før vi begynner å gi råd (1).

Alle helsesøstrene i studien har implementert kostholds kurset «Bra mat for bedre helse» fra Helsedirektoratet (heretter «Bra mat») og bruker denne kunnskapen aktivt når de har konsultasjoner med foreldrene. «Bra mat» brukes i oppfølgingssamtaler med overvektige foreldre og barn, og som kunnskapsbasis når de veileder om kosthold i de ulike prosjektene. Helsesøstrene snakker om «Bra mat» allerede på fødselsforberedende kurs, og ønsker at konseptet skal følges som en rød tråd gjennom hele barnets oppvekst, fra før fødsel, i barselgruppen videre til barnehage og skole/sfo. Og når helsesøstrene bemerker at «Bra mat» er et ledd i en livsstilsendring, innebærer dette at kostholdsradene kan brukes av hele familien uansett vekt.

Disse endringene er godt for alle. Tynne har også godt av å leve sunt. Og særlig opp mot barn som skal vokse, de skal konsentrere seg, og ha energi som varer lengst mulig, i forhold til både temperament og vekst og utvikling og sunnhet. Og forebygge hvis de har det i genene sine (7).

Helsesøstrene er ikke bare opptatt av kosthold, men peker også på viktigheten av måltidet om helhet.

Hva betyr et måltid, pleier jeg å snakke mye om når barnet nærmer seg 6 måneder og skal begynne med fast føde. Hva er et måltid, hvordan skal det foregå i vårt hjem, for nå er man på startstreken og kan forme det til, og må tenke litt tilbake, hvordan spiste vi hjemme og hvordan ønsker vi å ha det. Sånn at man liksom ikke bare begynner med noe uten å være bevisst. Skal et måltid være at man sitter sammen, skal det være en fast tid, skal man ha på tv 'n, ikke sant. Alle disse her, hvordan skal et måltid være, hva er et måltid. Det er en gylden mulighet da, når barnet begynner med fast føde (7).

Denne helsesøsteren beskriver måltidet som samlende for familien, og at foreldre bør reflektere over hvordan de vil ha det i sin familie. Måltider skal være noe man er bevisst på, og har et bevisst forhold til og klare rammer rundt. En helsesøster peker på en sammenheng mellom manglende grensesetting og overvekt.

Det å så se sammenhenger i forhold til når barn er små, at jeg trodde ikke, eller skjønte ikke eller forsto ikke at det kunne gjøre at barnet mitt ble overvektig. Altså de så ikke helt sammenhengen, og det her med grensesetting, at jeg skulle ikke gitt meg. Når barnet mitt begynte å vegre seg for å spise grønnsaker, så ga jeg meg fort, for jeg tenkte ikke at han skulle bli overvektig av det. Så vi vil ha inn en familieterapeut, vi vil ha fokus på det her med barn og samspill mellom barn og voksne og grensetting da. Vi tror at det er mye av årsaken til at barn har overvekt (6).

Helsesøstrene bemerket ingen nevneverdig forskjell i kosthold og overvekt på barn i forhold til om de hadde to hjem:

Selvfølgelig kan det være ekstra utfordrende når foreldrene er skilt, men samtidig så er det og utfordrende der hvor de er gift og bor under samme tak, for det den ene får til det saboterer den andre. Og barnet hører den ene si at: Jammen hallo, dette er da ikke farlig og jeg kjenner da noen som har spist dette i årevis og sånn. Så det kan resultere i

konflikter som barnet hører, og barnet adopterer at nå krangler de på grunn av at jeg er tjukk! Sånn at det, det er på begge arenaer (7).

Men selv om de ikke merket forskjell i kosthold og overvekt i forhold til barn med to hjem, nevnte flere helsesøstre likevel en utfordring: at foreldrene har forskjellig tilnærming til kostholdet, og at den ene forelderen kan bruke mat som virkemiddel:

Og du ser jo også problemet i forhold til skilte barn, at det kan være utfordringer der at kostholdet er veldig forskjellig hos mor og far. Hvert fall har noen mødre sagt til meg at de liksom er nøye med kosten hjemme, men så kommer de til far og da skal de kose seg, og mye på McDonalds og ditten og datten og ja... for at barna skal syns det skal være realt å være hos far da, så bruker han mat som virkemiddel (1).

Denne helsesøstren konkluderer videre med at:

Når de er skilt og det er to hjem, så kan det være problematisk, men noen ganger så kan man hvert fall da få det til bra på en arena (7).

Jeg spurte helsesøstrene om utfordringer i forhold til fremmedkulturelle. Og selv om gruppen fremmedkulturelle ikke skiller seg nevneverdig ut i studien beskriver helsesøstrene ulike erfaringer relatert til denne gruppen. Kostholdet er kulturelt sett annerledes enn vårt, og språklige barrierer kan vanskeliggjøre kommunikasjon. Ikke alle de etniske gruppene har tradisjon for fysisk aktivitet heller, noe denne helsesøstren påpeker:

Sånn generelt så er det jo et vanskelig tema å snakke om kosthold med fremmedkulturelle, for de har sitt eget, sin egen mat som vi ikke kjenner så godt til. De har andre tradisjoner vet du. Både når det gjelder mat, og når det gjelder hvordan man skal bevege seg, og hva man skal ha på seg for så vidt (2).

Blant helsesøstrene i studien var det få som mente at å forholde seg til fremmedkulturelle var en utfordring. De pekte på at man bare må bruke litt ekstra tid på kommunikasjon, og tolketjenester, så opplevde ikke de den gruppen som vanskeligere å jobbe med. Men det kan se ut til at en kartlegging av hvem som har ansvar for matlaging i hjemmet er mer aktuelt i forhold til fremmedkulturelle familier enn etnisk norske familier nettopp for å avklare forhold som bidra til misforståelser.

Og så tenker jeg også, det er viktig å sjekke ut, og nå tenker jeg på de fremmedkulturelle. Hvem er det som bestemmer hvilken kost denne familien skal ha. La oss si du ser en overvektig innvandrerjente da, og jeg sitter og snakker med mor, vet du, dette har jeg opplevd, hun nikker og er enig, og jeg har inntrykk av at hun skjønner. Men så skjer det ingen endringer. Og så viser det seg at det er svigermor som bestemmer hva denne familien skal spise (1).

I tillegg til veiledning og endringer i kosthold anbefaler helsesøstrene også å øke hverdagsaktiviteten. I forhold til barna på helsestasjonen sier en helsesøster:

Men på de yngste så ønsker jeg å fokusere en del på aktivitet, jeg tenker at inaktivitet må hvert fall ikke skje. Hvis de har en kurve som skråner feil ut så må vi hvert fall sørge for at aktivitetsnivået enten økes eller opprettholdes (7).

I skolehelsetjenesten oppmuntrer flere helsesøstre til hverdagsaktivitet som ikke koster penger, blant annet å gå til skolen:

Vi oppmuntrer til å gå til og fra skolen, bevege seg, gå på tur, kanskje ikke parkere akkurat... og bruke fem minutter på å finne den nærmeste parkeringen, men heller parkere lenger unna, ta trappa og alt det her. For det at vi ser at det, vi ønsker ikke å si til noen at de skal gjøre noe som koster mye penger, fordi vi er redd for at de skal sitte der med skyldfølelsen at det har vi ikke råd til (6).

Det ser ut til at helsesøstrene gjennomgående har fokus på både kosthold og hverdagsaktivitet i samarbeidet med foreldrene. Noen helsesøstre oppfordrer i tillegg foreldrene til å melde barna sine på en aktivitet, mens to av helsesøstrene er opptatt av aktiviteter som ikke belaster familiens økonomi.

4.2.4 Å gå sakte frem

Helsesøstrene må kartlegge motivasjonen hos foreldrene og barnet, fordi de anser den som en nødvendig faktor for å kunne gjøre endringer. I den forbindelse beskriver helsesøstrene hvor viktig det er å gå sakte frem i endringer (både når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet) slik at mestringsfølelsen øker. En helsesøster beskriver dette som utfordrende fordi foreldrene setter seg for store mål:

Vi fokuserer mye på mestring, og derfor blir det sånn at når noen skal plutselig begynne å jobbe med det, så kan de begynne og, de skal spise så sunt hver dag, de skal kutte ut alt og de skal gå turer og sykle hver dag, og det blir en sånn overdreven iver. Og da blir det min jobb å si: Vi skal lage oss mindre mål (7).

Men hovedsakelig så sier jeg til foreldrene, tenk kort, enkelt og gjennomførbart! (5).

Samtidig innrømmer flere helsesøstre at de selv har utfordringer relatert til dette:

Det som er vanskelig for oss da, det er ... dette er litt flåsete sagt, men jeg sier det likevel. Vi er utrolig flinke til å gjøre ting når vi jobber som helsesøstre. Det blir litt sånn (*knipser med fingrene*) løsning. Og de fleste, nei jeg skal ikke si det, men det er en god ting at vi kan ordne ting, det er absolutt bra. Men det som er farlig og som skaper motstand, det er å gå for fort fram når det er et vanskelig tema. Husk at disse guttene og jentene som er overvektige, de har vært det en stund. De aller fleste har det. Så gå sakte fram, spørre litt før man presenterer noe. Det er veldig viktig (1).

Flere helsesøstre understreker viktigheten av å gå sakte frem for å løse utfordringene, og beskriver hvordan de jobber for å sette små mål sammen med familien for på denne måten å øke mestringsfølelsen. Videre å jobbe sammen med familien og støtte de på endringene som må til for at denne familien skal klare å endre vaner.

En helsesøster beskriver dette slik:

Hvis du skal endre noe to dager i uka, hva velger du å endre da. Hvis du skal, opp i mot barnet også, hvis du skal begynne å spise en grønnsak, hvilken grønnsak vil du spise da, og hvilke dager tenkte du at du kunne klare det. Så det blir helt sånn å begynne i det små. Og hvis en familie aldri har vært på sykkeltur før, eller pleier å gå tur, så blir det sånn at kanskje starte med helgen for eksempel, er det lørdag eller søndag dere vil starte, og spikre på en måte en avtale som er liten nok til at de skal kunne klare det. Og hvis de har kosthold som er over alle grenser, så kanskje man skal begynne med brusen. Hvis de har gjort noe med den, begynne med juicen. Ta en og en ting som du ser at de kan klare, og som de selv tror at de kan klare (7).

Jeg tenker at det handler om den dialogen og den endringsviljen som foreldrene har, og hvor motiverte der er og hvor god dialogen vår er med dem, og i hvilken grad vi klarer å møte dem der de er. Det er det det handler om (3).

To helsesøstre peker på betydningen av motivasjon som kommer innenfra:

Den største utfordringen syns jeg er det her i forhold til å få tak i den motivasjonen, den indre motivasjonen. Hos både foreldre og ikke minst barna også, for det hører jeg foreldrene sliter med, det her at det varer i 14 dager og så klarer vi ikke å holde de motivert mer. Det her med hele tiden å lokke med ytre motivasjon. Ja, hvis du gjør det her så får du ti sanne kryss, så får du et eller annet. Men det å få tak i den indre motivasjonen, at det her er noe du kan få til, og hva er det som passer i din familie, hva er det dere kan greie. Det syns jeg kanskje er den største utfordringen (6).

Særlig tydelig ble viktigheten av motiverte foreldre beskrevet av de helsesøstrene som hadde erfaring fra prosjekter. Det viste seg at de *utelukkende* valgte å ta med foreldre som

var motiverte, og som selv hadde meldt seg på. Dette til tross for at alderen på barnet ikke samsvarte med den alderen de i utgangspunktet ønsket å jobbe med.

Vi tenkte vi egentlig skulle begynne med fireåringene eller tredjeklasseelevne, men det er ikke de dessverre som vi har hatt, fordi det har vært folk som har kontaktet oss, og vi tenkte at: Okei, vi begynner med dem, for de har vært motiverte. Og da har det vært litt over den aldersgruppa som vi egentlig hadde planlagt da (6).

4.2.5 Å finne barnas motivasjon til endring

Flere helsesøstre beskriver at motivasjon også er viktig hos barna hvis de skal klare å få til endringer, og da særlig hos de i skolealder. Flere helsesøstre peker på at det kan være lurt å bevisstgjøre barna i forhold til egne valg.

Og det er klart at når de blir større så kan du jo også ansvarlig gjøre barna litt. For en ting er om mamma og pappa spiser masse sammen, du behøver jo ikke å gjøre det. Det går an selv om du ikke kan pålegge dem alt for mye, så går det an å pålegge dem litte granne (8).

Helsesøstrene er også opptatt av å normalisere barnets opplevelser i forhold til kroppen:

Alle barn vurderer sitt utseende. Du skal ikke gjøre det til et problem, hvis barn snakker om overvekt, så skal du høre på dem og normalisere det de sier (5).

Når helsesøster skal få barna med på en endring, med vektreduksjon som mål, må de også finne hva barnets motivasjon er, og hva barnet selv synes er problematisk. De har ikke det samme forholdet til kroniske livsstilssykdommer som voksne.

Sånn at hvis jeg skal hente motivasjonsfaktorer til dem, så kan jeg ikke begynne å snakke om hjerteinfarkt og diabetes, jeg må høre med eleven i hvilke situasjoner, altså har man følt seg overvektig, har man syntes at det har gjort noe. Og hvis de sier ja, så er det å gå videre i hvilke situasjoner er det du har kjent at du skulle ønske at du veide mindre. Jo det er i gymtimen, eller når jeg skulle hatt den buksa eller... og så er

det å fokusere på de situasjonene helt ned til det konkrete i situasjonene for å hente den motivasjonen. Hva ville vært annerledes for deg hvis du hadde vært tynn i den situasjonen. Og løfteløfteløfte det. Fordi at motivasjonen er jo så dalende og variert (7).

Denne helsesøsteren peker også på betydningen av å lage små mål sammen med barnet, på en måte barnet kan forstå.

En helsesøster med erfaring fra prosjekt forteller at barna er flinke til å sette ord på vektendringen:

Og det er jo noe av det gøyeste med det, å se de glade ungene, og se og høre unger som, når vi snakker med dem så opplever de jo forandringer. De kan fortelle om de positive tingene lettere enn foreldrene kan. Det er lettere når jeg skal gå opp den bakken, det er gøyere i friminuttene, nå hiver jeg meg med i fotball selv om egentlig så var ikke jeg sånn fotballgutt. Men nå er jeg med når de andre spiller fotball. Sånn at det blir en positiv sirkel for de som lykkes. Og så er det noen som etter hvert passer noen klær de hadde lyst på, da begynner det å bli veldig gøy. Barnas egne målsetninger: Ikke gå i joggebukse på bursdager, kunne spise ute sammen med andre uten å være flau. Så ungene har mange ord for det her, som foreldrene nødig klarer å si (4).

4.2.6 Å streve på flere plan.

Når tjenestene helsesøstre gir omfatter nær 100 prosent av alle barnefamilier, tilsier dette at de har erfaringer fra ulike samfunnslag.

Sånn at i min arbeidshverdag er det noen som har alt og er på alt, og spiser sunt og har på en måte ressurser til å bruke informasjonen sin. Og så har du andre som lever så billig de kan, og hvor sammensetningen av mat er det minste problemet de har den dagen. Det er det minste problemet ditt hvis du ikke vet om du klarer å beholde leiligheten til neste måned (7).

Underveis i kartleggingen av familiens utfordringer kan helsesøstrene avdekke andre problemstillinger: Kanskje er det ikke vekstkurvene og overvekten til barnet som bør være inngangsporten for videre samtaler, det kan hende at skoen trykker et helt annet sted.

Og så dukker det langsomt, men sikkert opp andre ting å ta tak i, det er noe mer dyptgripende som gjør at denne familien strever med overvekt, det er mer. Veldig mye mer! (4).

I noen tilfeller avdekker også helsesøster årsaker til at foreldrene ikke ser seg i stand til å ta tak i overvekten til barnet. Det kan gå på foreldrenes egne følelser relatert til overvekten, eller andre nærliggende faktorer, slik disse to helsesøstrene beskriver:

Man ser det ikke på sitt eget barn, man ønsker ikke å se det, og man syns det er vanskelig og sårbart. Og det kan gå på egen mestringsfølelse - at man føler at man ikke kan fikse det her med vekt liksom (3).

Ofte så er det mange forstyrrende momenter, i forhold til at de kanskje ikke er helt klare, det er på en måte ikke helt der de er. Det er kanskje ting som må jobbes med i familien, kanskje det er sykdommer, dødsfall, skilsmisser og sårne ting, og da ser vi at det er forstyrrende elementer i forhold til at familien er klar til å ta imot den hjelpa (6).

I forhold til om hun tror det er en sammenheng mellom sosial klasse og overvekt svarer en helsesøster slik:

Ja noe. Men det er ikke så tydelig at jeg sier det derfor. Men jeg vet jo fra fagkunnskapen min at risikoen er større, det er multirisiko faktorer med mange av disse. Og jeg sitter med såre historier på vegne av disse barna. De er de vanskeligste å hjelpe. Når du har alle de sosiale faktorene på minussiden (5).

Flere helsesøstre beskriver at foreldre med små ressurser også sliter på flere plan, deriblant overvekt, økonomi og grensesetting. Slik at det å ta hensyn til ulike ressurser er en del av

hva helsesøster må forholde seg til i sitt daglige arbeid med familier som strever med overvekt.

Noen av helsesøstrene sier at de oppfordrer ressurssterke familier til å melde barnet sitt på en aktivitet.

Mens flere helsesøstre legger vekt på at de ikke skal komme med forslag til endringer som koster penger, nettopp fordi de ser at mange som strever har lav inntekt. De beskriver hvordan de fokuserer på hverdagsaktivitet, og at aktiviteter som koster penger er en mulighet, men ikke noe de tilbyr eller oppfordrer til.

Vi ser jo at det er familier med kanskje litt lavere inntekt og ikke så høy utdanning, og at de trenger kunnskap om dette med kosthold og sånne ting, og det er jo derfor vi ikke tilbyr ting som koster penger. Det får på en måte være opp til de (6).

Flere helsesøstre beskriver overvekten som *et symptom* på at denne familien strever på flere plan. Med det kan forstås ulike livskriser som skilsmisse, dødsfall, uførhet og arbeidsledighet. I noen tilfeller må helsesøstrene henvise videre, og da er det ofte barnevernet som bistår.

Foreldrene er utslitte, orker ikke å gjøre det de tenker er riktig. Kanskje den familien har det så slitsomt at egentlig bør barnevernet inn for eksempel. Det har jeg vært med på, koblet barnevernet inn... så der har overvekt vært et av symptomene på en familie som ikke har det så greit (1).

Med å beskrive at overvekten kan ses som et symptom, viser helsesøstrene til kompleksiteten bak overvekt og arbeidet rundt det. Og at noen ganger blir dette arbeidet så krevende at de henviser videre til barnevernet.

4.3 Å følge opp barnet

I følge de faglige retningslinjene er det helsesøster sitt ansvar å følge opp barnet dersom det er overvektig. Dette er et ansvar som helsesøstrene er bevisst på, men samtidig savner de en plan for hvem de kan henvise videre til dersom situasjonen blir for krevende. I det følgende presenteres helsesøsters utfordringer i forhold til videre henvisning.

Det er vanskelige ting å jobbe med. Og så syns jeg det er uetisk å sette i gang med å veie og måle unger uten at det ligger et godt tilrettelagt system i en kommune. Og da mener jeg fysioterapeut som er villig, har tid til å ha grupper for eksempel, og det må være noen som kan veilede ordentlig på kosthold, og fastlegen må ikke være så fraværende som de alltid er (8).

Denne helsesøsteren beskriver en situasjon hvor hennes arbeidsoppgaver kommer i konflikt med det hun mener er etisk forsvarlig. Hun mener at avdekking av overvekt hos barnet bør sette i gang en prosess, hvor flere tverrfaglige instanser står klar til å hjelpe, og at barnet og familien bør få et sammensatt tilbud tilrettelagt av kommunen. Hun peker også på en annen utfordring, nemlig samarbeidet med fastlegene. Hun får støtte fra flere som også beskriver at samarbeidet med fastlegen kunne blitt bedre:

De som skal innom fastlegen og følges opp der, der er det vi som ber foreldre ta kontakt, eller at vi ringer og avtaler et møte. Jeg har også hatt en henvendelse fra en fastlege om jeg kunne følge opp et barn som først hadde vært på barnepoliklinikk hos barnelege, hvor de sa at kommunen måtte følge opp. Og da gikk det den veien. Nei, sånn at det fastlegesamarbeidet går på enkeltsak, men vi skal gå inn og få litt mer system på det nå, og vi ønsker en tettere kontakt. Jeg samarbeider med fastlege i mange saker, men initiativet kommer helsestasjonen, det kommer ikke den andre veien fra foreløpig (3).

Fastlegen anses av helsesøstrene som en viktig samarbeidspartner for å avdekke mulige medisinske årsaker til overvekten, og bør derfor komme inn tidlig for å skape et grunnlag for veien videre.

Det er hvert fall en del foreldre som mener at det er noe med stoffskiftet da vet du, så da er det veldig lurt å henvise til fastlegen, så de får tatt de blodprøvene og sånn. Og da får de gjerne belyst at det ikke er det (1).

Flere helsesøstre beskriver den samme utfordringen - de avdekker overvekt hos barnet, men mener de ikke har nok kompetanse eller ressurser til å hjelpe barnet eller familien, og de savner et støtteapparat som kan ta del i problematikken. Et klarere tilbud til barna ser ut til å være et gjennomgående ønske.

Det vi kunne ønska oss, er jo at det kunne vært et kommunalt tilbud til unger som falt utenom håndball og fotball og turn. Og det har vi prøvd opp i mot idrettslagene å få til. Og det har vi ikke fått noe positiv respons på. For det er jo frivillig arbeid, og de vil jobbe med de som er motiverte... (2).

Det er få helsesøstre i studien som sier at kommunen har et godt tilrettelagt tilbud til barna som er overvektige. Fordi vi geografisk sett befinner oss på Østlandet, er det flere som nevner Senter for sykkelig overvekt ved Vestfold Sykehus som et alternativ for de aller tyngste barna.

Men det er jo noen barn som blir fulgt opp av sykehuset ja, det er det. Det er liksom ikke bare-bare det heller, å komme dit å være et barn som er overvektig og det... det er noen reaksjoner på det. Fra barna. Og at de ikke ønsker å være i den gruppa. Det blir litt stigmatiserende (4).

En annen helsesøster mener at de har et godt samarbeid med sykehuset.

Vi kan ha oppfølgingen med trening og motivasjon, tette møter, mens Senter for sykkelig overvekt har tatt seg av det medisinske. Men de føler at det blir for lite til å kunne endre en vane alene, for de møtes kanskje hver fjerde måned, mens vi møter de to ganger i uka. Men vi utfyller hverandre veldig fint (7).

Foruten konkrete tilbud i forhold til henvisning trekker helsesøstrene opp mange alternative tilbud til barna. De nevner turområder, idrettshaller og idrettslag med ulike tilbud. En helsesøster viser til at kommunen har mange fritidsaktiviteter, og at barnevernet faktisk i noen tilfeller bistår med sportsutstyr til barna.

Og noen ganger så har jo barnevernet kjøpt sykkel. Barnevernet i (navn på kommunen) er veldig opptatt av skiutstyr og sykkel og så sportsutstyr. De sørger for at ungene har det (8).

Alle helsesøstrene i studien ønsket seg mer tverrfaglig samarbeid, som et supplement i tilbudet til de overvektige barna. I tillegg til det ovennevnte står fysioterapeut med gruppetrening høyt på lista, sammen med fastlegen, men også familieterapeuter og ernæringsfysiolog beskrives som en ønskelig ressurs.

Sånn som vi ser det her så er fysioterapeut en veldig viktig person i forhold til barn og foreldre, og også ernæringsfysiolog. Så vi kan mye som helsesøstre om det med mat og kosthold, men vi ser at vi trenger ekstra kunnskap når det gjelder det (3).

Jeg spurte helsesøstrene hva de tenkte måtte til for å kunne videreutvikle tilbud til de overvektige barna i kommunen.

Jeg tenker at da må vi ha flere familieveiledningsstillinger og flere helsesøsterstillinger, rett og slett. Og flere fysioterapistillinger og ernæringsfysiolog. Alt det der må «staffes» opp. Og så må vi ha mer rutiner på å samarbeide med fastleger. Det må vi. Det er helt klart et ressurs spørsmål. For hvis vi skal spisse oss mer der, så må vi la være å gjøre noe annet, hvis det skal gjøres uten ressurser. For vi strekker oss for langt som vi gjør, sånn at vi, det kan bli utbrenthet av sånne ting, det er ikke bra, det tjener ingen (3).

Mangel på ressurser beskrives som en utfordring av flere helsesøstre, fordi det er de som møter familiene og kartlegger behovene. Derfor bør de ha mulighet til å tilrettelegge for et tilbud.

Det er jo det som frustrerer oss helsesøstre, at vi ser behovene, og vi klarer i mange fall å komme i dialog med foreldrene og komme med tilbudet, men da må man følge tett opp, og månedlig er nok et minimum. I hvert fall i starten. Og det går utover de rammene vi har i helsestasjonstjenesten her. Og vi er ikke de som er dårligst stelt da, men vi har helt klart avvik i forhold til det som er anbefalt (3).

En annen helsesøster supplerer:

Det er mye enklere for meg å ha fokus på en ting når jeg vet det er tiltak, selvfølgelig er det det. Og at ikke jeg blir sittende med en sånn liste over barn som jeg skulle fulgt opp, som jeg ikke klarer. Jeg er veldig glad for at det er så mange tynne i det årskullet her! (5).

4.4 Å jobbe med prosjekter

Fem av helsesøstrene jeg intervjuet hadde erfaring fra ulike prosjekter, enten pågående eller fra tidligere. Prosjektarbeid er krevende og utfordrende på mange områder, noe som bekreftes av samtlige helsesøstre. Samtidig beskrives prosjektene som en arena hvor overvektige barn får møte likesinnete, og foreldrene får møte andre foreldre som strever med mange av de samme utfordringene i hverdagen. Familiene i prosjektene får hjelp og veiledning av personell som er erfarne og med tverrfaglig bakgrunn (alt fra helsesøster, fysioterapeuter, familieterapeuter og ernæringsfysiologer). Det varierer fra de ulike prosjektene, men det ser ut til at i alle fall fysioterapeuter er fast representert i tillegg til helsesøster. Flere helsesøstre viser til at de krever henvisning fra fastlege for deltakelse, slik at fastlegen også er en indirekte samarbeidspartner i prosjektet. Helsesøstrene

beskriver mange forventninger i forkant av prosjektet, og hvordan de i ettertid opplevde at forventningene ble innfridd.

Den tingen vi har måttet endre mest på i forhold til forventningene er hvor sammensatt det er, og hvor tidkrevende det er. Hvor tålmodig man må være! Vi trodde når vi starta prosjektet at vi kunne skape nye vaner tidligere, fortere, raskere, og at helsesøster på skolen kunne følge opp. At jeg kunne være en liten fabrikk om fikk de inn, fikk gode vaner, og at etter seks måneder kunne helsesøster på skolen ta over, og fortsette arbeidet. Men nå er vi landa på to år! (7).

Denne helsesøsteren peker på at forventningene hun hadde i forkant ikke ble innfridd, og at målene de hadde satt for prosjektet således var urealistiske i forhold til tidsrammen. Prosjektet hadde i utgangpunktet en varighet på seks måneder, men nå hadde de landa på to år! Dette viser kompleksiteten rundt å jobbe med overvekt, og at det er mye mer tidkrevende å endre vaner og livsstil enn hva helsesøster først hadde sett for seg. En helsesøster fremhever viktigheten av prosjekter, fordi erfaringene de gir er med på å kartlegge behov for tiltak og kompetanse i behandlingen av overvektige barn:

Litt av den jobben vi gjør i denne prosjektgruppa, det er litt sånn todelt. Vi kommer frem med gode og effektive måter å forebygge overvekt hos barn og unge, det er den ene delen av det. Og den andre delen det her med at vi skal legge frem et behandlingsopplegg som vi tenker kan være effektivt i forhold til de personene vi avdekker med overvekt, hos barn og unge. Og litt i tråd med det at det har kommet nye retningslinjer i forhold til å veie barn og unge (6).

En annen erfaring flere av helsesøstrene viser til gjelder alderen på barna i prosjektene. De peker på viktigheten av å komme tidlig inn, fra barna er små, for å gjøre endringer.

Vi skal jo hjelpe alle som kommer med overvekt, men jeg syns på en måte at trykket skal ligge litt lenger ned da, det er enklere å snu en trend jo yngre barna er, for da kan de vokse seg inn i kurven i stedet for at de faktisk må ned i vekt (6).

Å komme tidlig inn for å forebygge overvekt er noe som helsesøstrene i studien gjennomgående har fokus på, ikke bare i prosjektene.

Det viser seg at den største utfordringen i prosjektarbeid ligger i motivasjonen hos foreldrene. Flere helsesøstre sier at de har grad av motivasjon med som faktor når de skal velge ut familiene som skal få delta i prosjekt.

Vi har noen inntakskriterier, som på en måte måler den der indre motivasjonen, og hvor klare de er for å begynne (6).

En annen utfordring helsesøster peker på dreier seg rundt kommunikasjon med foreldrene. Flere helsesøstre opplever at foreldrene kommer med bortforklaringer når de ikke når målet sitt, eller skylder på omliggende faktorer. Dette ble tydelig i det ene prosjektet hvor foreldrene har felles undervisning, og hvor helsesøsters strategi er å bruke erfaringslære og erfaringsoverføring foreldrene i mellom i veiledning. Hun vil vise at det som en forelder har fått til, også vil fungere for andre, og at gruppen bør være en arena for erfaringsutveksling. Men dette fungerer ikke alltid i praksis. Hun forteller:

Så går det bra en liten stund så er det en som kommer med noe negativt, og da er det snudd. Da blir de en sånn syt- og klagegjeng. Da begynner de bare å snakke om alle utfordringer. Og maten på SFO, så er det pølse på håndballen og så er det bursdager overalt og så er det bare ALT, og så tidsklemma... ja, så er det fryktelig vanskelig å komme tilbake til at nå skulle vi egentlig snakke om hva som virka (4).

Helsesøster erfarte at det utfordrende i denne gruppa blir å holde motivasjonen til foreldrene oppe over tid. I stedet for å fokusere på det som har fungert, blir det et stort fokus på det foreldrene opplever som hindringer. I tillegg ser det ut til å være utfordrende for helsesøster å få familien til å endre vaner, i forhold til kosthold, men kanskje spesielt i forhold til fysisk aktivitet:

En annen stor utfordring var å få familien aktive i helgene. Det var uventa at det skulle være så vanskelig. Men det er det. Så vi har brukt

mye tid på å oppmuntre til helgeaktivitet. Så å få de til å gjøre noe aktivt lørdag eller søndag, helst vil vi at de skal gå ut med foreldrene å gjøre noe. Nei, vi bakte trippel porsjon med berlinerboller, så vi rakk ikke det da. Så det er faktisk kjempevanskelig, uventet vanskelig å få de til å endre vanene sine i helgene (4).

Helsesøstre har også gode erfaringer med prosjekt:

Barna syns det er moro når foreldrene er med i leken. Det erfarte vi, at de syns det var mye morsommere å leke en lek ute når foreldrene også var med og sprang litt og kasta den ballen... det opplevde vi som positivt, det samspillet mellom foreldre og barn da. Og så har vi også fått tilbakemelding fra skolen, fra lærere, at barnet har blitt flinkere i gymmen etter at de har vært med i den aktivitetsgruppa. At de syns liksom de har vært mer effektive i gymmen, og syns det har vært gøy med gym, og det må vi jo si at har vært en bra ting da. For gym har de jo hver uke, og hvert år fremover. Så hvis det har hatt den effekten så må en jo si at prosjektet har vært vellykka (2).

Her beskrives samspillet mellom foreldre og barn, og hvordan barna koser seg når de kan få kvalitetstid sammen med foreldrene. I tillegg ser det ut til å være en arena hvor barn og foreldre kan leke sammen, samtidig som at det ligger litt alvor bak. Å bidra til at foreldre og barn kan finne glede i aktivitet sammen øker mulighetene for at de gjør det også etter prosjektet. At fysisk aktivitet i prosjektet har økt mestringsfølelsen og aktivitetsnivået til barnet var opprinnelig ikke en forventet effekt, men gjenspeiler hvor viktig det er med slike grupper/prosjekter for barnets psykiske helse.

4.5 Å finne veien videre

To helsesøstre belyser at tildelte oppgaver ikke samsvarer med tildelte ressurser, og at dette bidrar til at helsesøster må prioritere oppgavene.

Når departementene kommer med retningslinjer er det frustrerende at de ikke på en måte kommer med noe tid. Sånn underforstått at du skal gjøre det på fritiden din liksom. Da burde de enten komme med ressurser eller si hva vi skal ta bort. For helsesøstre er så samvittighetsfulle at de jobber seg i hjel for å rekke alt! De har veldig vanskelig for å ta bort noe, for de tilbudene vi har, de er det noen som bruker og de er det veldig behov for, sånn at da ender det med at man bare lar være å spise matpakka si isteden, og det tror jeg ikke er bra. For de som er så engasjerte de skal være i jobben sin lenge, i stedet for at de blir utbrente og kjenner at det her fikser jeg ikke lenger (7).

Den samme helsesøsteren forteller at hun flere ganger har bedt lederen sin om hjelp til å prioritere oppgavene

Med de erfaringene helsesøstrene har å forholde seg til, hvordan tror de barnas helse ser ut om 10 år? Helsesøstrene er delte i synet på fremtiden. Noen tror at de sosiale skillene bare vil bli større, slik at vi ser et større sprik mellom de med lavere sosial status og de med høyere sosial status.

Det blir mer og mer skille mellom ressurssterke familier og ressursvake. Ressurssterke familier får ungene med på aktiviteter. De andre gjør ikke det. Vi henger jo en god del år etter USA, ikke sant, men vi er på vei dit vi og (1).

Og noen få er optimister, og har stor tro på at fedmeutviklingen er i ferd med å snu slik at vi om 10 år faktisk vil se en markant bedring.

Det har skjedd en endring, jeg tror faktisk ved det søkelyset vi har fått i dag på at vi har risikofaktorer ved overvekt, da er det mange som gjør noe, ikke sant. Og det er der igjen hva slags endringer vi kan gjøre. Jo vi kan øke helsesøsterbemanningen, men vi kan og endre utvalget i butikkene, vi kan gjøre noe med momsene, vi kan tilby enklere transportmuligheter, få barn til å sykle til skolen, regulere gymtimer, altså masse sånt. Får vi disse små, eller små, noen av de er veldig store, men hvis alle gjør litt da, så er jeg faktisk ikke pessimist. Jeg ser svenskene ligger foran oss, de oppdaget før oss at de er i ferd med å få et problem med overvekt hos barn, og der har vi sett at det har gått ned

på fireåringene. Så hvis vi klarer å fortsette den veien der, å kalle en spade for en spade... Så tror jeg vi klarer det jeg! (5).

Men når det gjelder å snu en negativ trend i forhold til overvekt, synes helsesøstrene å være samstemte om en ting:

Vi må begynne med de små. Det er jeg helt overbevist om (1).

5 DRØFTING

I det følgende vil jeg drøfte mine funn i empirien opp i mot teori og forskning på området.

Jeg har valgt å drøfte i tråd med presentasjonen, det vil si at jeg følger samme oppbygning med fem hovedkategorier.

Fordi flere funn kan henge sammen, og helsesøstre kommer inn på flere temaer i det samme sitatet, vil det noen steder bli overlapping i kategoriene. Jeg har også valgt å drøfte helsesøstrenes erfaringer og utfordringer i prosjektarbeid som egen kategori, fordi prosjektarbeid krever en annen måte å jobbe på enn hva helsesøsters vanlige arbeid på helsestasjonen og skolehelsetjenesten gjør.

5.1 Å avdekke overvekt hos barnet

Funnene i denne studien viser at helsesøstre gjennomgående følger de faglige retningslinjene for å avdekke overvekt hos barn, både på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Helsesøstre utviser et særskilt ansvar for å avdekke overvekt, eller begynnende overvekt hos barn. De beskriver hvordan de bruker vekstkurvene objektivt for å presentere og visualisere overfor foreldrene hvor på kurven barnet ligger, og gir uttrykk for at de faglige retningslinjene gir en trygghet, både i forhold til tiltak ved avvik og når de kan henvise videre til lege.

Slik det fremkommer i studien har helsesøster en tettere relasjon til foreldrene så lenge barnet er i førskolealder. Fordi foreldrene er hyppigere på helsestasjonen, beskriver helsesøstre jevnt over en tettere kontakt med foreldrene og det overvektige barnet. Veiinger og målinger av barnet foretas rutinemessig på helsestasjonen, samtidig som helsesøstre samtaler med foreldrene om utviklingen sett i lys av vekstkurven. Når barnet begynner på skolen avtar den hyppige kontakten med foreldrene, og veiingene og

målingene av barnet foregår uten at foreldrene er til stede, henholdsvis i 3. klasse og 8. klasse. Helsesøstrene peker på at tidsrommet mellom 3. og 8. klassemålingene er for langt, og peker på at nettopp denne perioden er sårbar i forhold til endringer i vektutvikling. En undersøkelse Folkehelseinstituttet (FHI) gjorde av 3. klassinger i 2008 viser at 18 prosent av jentene og 16 prosent av guttene var overvektige. Nyere studier antyder at økningen av overvekt og fedme blant barn er i ferd med å flate ut (Hovengen et al., 2009). Samtidig viser en studie fra USA at selv om utviklingen av overvekt og fedme hos barn har flatet ut, har gjennomsnittlig KMI heller ikke gått ned (ibid). Når helsesøstrene peker på en utfordring i forhold til utvikling av overvekt i denne perioden, kan det tenkes at det fortsatt er grunn til bekymring, fordi utviklingen heller ikke har gått ned.

Å oppdage overvekt tidlig kan bidra til å forebygge overvekt i voksen alder. Når forskning viser at overvekt i voksen alder i tillegg øker risikoen for livsstilssykdommer, slik som diabetes 2, hjerte- karsykdommer, og en rekke kreftsykdommer (Helsedirektoratet, 2011), viser dette at helsesøstrene spiller en stor rolle i det helsefremmende arbeidet når hun avdekker overvekt hos barn. Dette er også i tråd med Antonovskys (2012) «opplevelse av sammenheng» (OAS), hvor han peker på at fremtidig helse beror på forholdene barnet lever under. Det kan med andre ord se ut til at tidlig forebygging av overvekt hos barn kan bidra til å øke barnets OAS, og gjøre det mer motstandsdyktig mot å utvikle overvekt og fedme i voksen alder.

5.2 Å spille på lag med foreldrene

Helsesøstrene beskriver flere situasjoner hvor deres faglige kompetanse må vike for ivaretagelsen av foreldre som ekspert på seg selv. Helsesøstrene viser til at det handler om å se og møte foreldrene der de er og jobbe målrettet ut fra deres standpunkt. Videre beskriver de at dette i noen tilfeller kan føre til etiske utfordringer hvor helsesøsters ønske om å hjelpe barnet kommer i konflikt med foreldrenes ønske om å klare det selv. Det kan se ut til at helsesøster må balansere mellom ulike roller, rollen som faglig

ekspert og rollen som veileder og i varetager av foreldrenes brukermedvirkning. De etiske dilemmaene kan se ut til å være særlig tydelig der hvor foreldrene selv er overvektige, eller ikke selv ser at barnet sitt er overvektig. Tveiten (2007) viser til at en forutsetning for foreldrenes brukermedvirkning er at foreldrene selv har rett til å bestemme om problemet eksisterer, å bestemme hva problemet dreier seg om, å definere hva som skal gjøres med problemet og å velge mellom ulike former for hjelp. At helsesøster ser på foreldrene som ekspert på seg selv, sitt barn og sitt liv er i tråd med empowerment tenkningen. Tveiten (2007) påpeker at selv om foreldre vet best hvordan de selv opplever ulike ting, hva de tenker og hva de opplever at de trenger, betyr ikke det nødvendigvis at de er eksperter på faglige forhold som angår seg selv, eller sin egen og barnets helse (ibid).

Helsesøstrenes teknikk med «å undre seg» kan ses i tråd med empowerment tenkningen. Sammen med visualiseringen av vekstkurven bidrar bruk av denne teknikken i stor grad til samarbeid ved at foreldrene selv kan reflektere seg til årsak til overvekten og eventuelle tiltak de selv mener bør iverksettes. I tillegg bidrar teknikken til å styrke helsesøstrenes objektive rolle med tanke på at det ikke er deres personlige mening som kommer til syne, og de kan bidra med sin ekspertise i dialogen dersom foreldrene åpner opp for det.

Å *avdekke overvekt* hos barnet ser i følge studien ikke ut til å by på utfordringer hos helsesøstrene. Det er når dette skal formidles videre til foreldrene at helsesøster møter på de ulike utfordringene. At helsesøstrene møter negativ respons på tilbakemeldingen om barnets overvekt fra foreldrene, beskriver de som relativt vanlig, spesielt i skolehelsetjenesten. Helsesøstrene informerer foreldrene i de tilfellene hvor de avdekker overvekt, ved å ringe hjem til dem. Når samtlige helsesøstre i studien påpeker at de har mottatt negative tilbakemeldinger fra foreldrene er det grunn til å tro at denne formidlingen av barnets overvekt ikke er helt optimal.

Det fremkommer i studien at det er en forskjell i hvordan helsesøstrene på helsestasjonen formidler til foreldrene at barnet har en overvekt, i forhold til helsesøstrene i skolehelsetjenesten. På helsestasjonen bruker flere av helsesøstrene som tidligere nevnt teknikken med «å undre seg litt» i samhandlingen med foreldrene, mens

i skolehelsetjenesten beskriver helsesøstrene denne samhandlingen på en annen måte. Der får foreldre informasjon om barnets overvekt pr telefon. Dette kan, i følge med Tveiten (2007) oppleves som en paternalistisk vinkling fra helsesøstrene, selv om intensjonen kun er å informere. I følge Tveiten (ibid) kommer paternalismen nemlig til uttrykk når helsepersonell ikke bare gir hjelp med de behov som foreldrene melder at de har, men også definerer behovene. Gjennom telefonsamtalen kan det oppleves som at helsesøstrene har definert at foreldrene har et behov for hjelp fordi de har avdekket et overvektig barn, uten at foreldrene kanskje er over klar situasjonen eller er forberedt på det selv. At det kan komme uforberedt på foreldrene, beskrives av en helsesøster som: «...det var en ubehagelig telefon og piggene kommer ut» (4).

Empowerment tenkningen forutsetter en arena fri for bruk av makt, hvor likeverd og likestilling står i fokus (ibid). Når denne tenkningen kommer ut av balanse, slik som i eksemplet over, kan det tenkes at foreldrene ikke lenger opplever seg som likestilt med helsesøstrene, og arenaen er ikke helt fri for bruk av makt. Det kan tenkes at dette kan være en av årsakene til at helsesøstrene opplever negative reaksjoner fra foreldrene når de ringer. Tveiten (2007) peker på at det i noen tilfeller faktisk er behov for begge kompetanse, og at begge parters kompetanse må anerkjennes. Ut i fra funn i studien kan det se ut til at dette er enklere å oppnå når helsesøstrene «undrer seg litt» i samtale med foreldrene fremfor gjennom en telefonsamtale. Fordi overvekt er et sårbart og vanskelig tema for de fleste, er det av stor betydning at helsesøstrene som møter den overvektige familien har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming (Helsedirektoratet, 2010). Når helsesøstrene beskriver at de gruer seg for telefonsamtalen, kan dette bety at en telefonsamtale ikke er en optimal tilnærming for noen av partene. Derfor skal en ikke se bort fra at tilnærmingen til foreldre som får avdekket et barn med overvekt, kunne vært gjort på en annen måte i skolehelsetjenesten, men da beveger jeg meg utenfor denne studiens rammer.

Et funn i studien er at helsesøstrene i ulik grad involverte barnet i samtaler om sin egen overvekt. Flere helsesøstre ventet med å se på kurven til etter at foreldrene og barnet var gått, og innkalte foreldrene på nytt igjen dersom kurven var unormal. Veiing og måling i 3. og 8. klasse foregikk uten at barnet fikk vite verken høyde eller vekt. Hensikten med dette var i følge helsesøstrene å skjerme barnet for ubehagelige situasjoner fra blant

annet medelever. Resultatene ble formidlet til foreldrene pr telefon i ettertid i de tilfellene det ble avdekket overvekt. Bare en av helsesøstrene jeg snakket med beskrev hvordan hun innkalte til samtale og tok barnet med i samtalen sammen med foreldrene.

Å ekskludere barnet fra samtalen bidrar ikke til åpenhet, men derimot til at temaet overvekt forblir tabu og skambelagt, slik den ene helsesøsteren i studien påpeker. Dette er i samsvar med Helsedirektoratet (ibid) som anbefaler at man utforsker sammen med barnet hvordan barnet opplever sin egen overvekt, hvilke erfaringer barnet sitter inne med og hvorfor barnet eventuelt ønsker en vektreduksjon. Dette synliggjør den ene helsesøsteren ved å spørre barnet «Tenker du selv at du er tjukk?» noe barnet bekrefter med nikk. Det kommer også frem at barnet opplever kommentarer fra de andre barna i barnehagen. Helsedirektoratet (ibid) anbefaler at helsesøster i samråd med familien drøfter hvilke ord som er greit å bruke i denne sammenhengen, om det er overvektig, stor eller tung. For selv om helsesøstrene ikke inkluderer barnet i samtalen, er de bevisst på hvilke begrep de bruker om overvekten til barnet overfor familien. Anbefalingen fra Helsedirektoratet (ibid) er derfor i tråd med erfaringen flere av helsesøstrene sitter inne med, at man ikke unngår begrepene, men bruker de og «normaliserer» de i samtalene med barnet til stede. Det ser ut til at dette gjelder spesielt de mindre barna, mens de i skolealder i mange tilfeller har egne samtaler med helsesøster.

Helsesøstrene i denne studien har erfart at det er viktig å starte tidlig å snakke om kosthold og aktivitet med foreldrene. Å starte tidlig med helsefremmende og forebyggende tiltak mener Mæland (2010) er sentralt for at utviklingen av basal tillit hos barnet skal være en grunnleggende forutsetning for mental og kroppslig helse senere i livet, og at tiltak for å sikre en harmonisk utvikling er svært viktig i det forebyggende helsearbeidet (ibid).

Helsesøstrene peker på at ikke alle foreldrene har like mye kunnskaper om kosthold, slik at det er også viktig å kartlegge kunnskapsgraden rundt kosthold tidlig. Helsesøstrene beskriver at de snakker mye om måltider og betydningen av måltider i en familie, og at de mener dette er viktig. Det kan i dagens samfunn tenkes at viktigheten av måltidet for mange har måttet vike for tidsklemma. Særlig kommer dette til syne i prosentandelen som ikke spiser frokost daglig (Helland og Mathiesen, 2009). Selv om

det i følge undersøkelser ser ut til at de aller fleste faktisk spiser middag, sier ikke disse tallene noe om *hvordan* eller *hvor* middagen inntas (Helland og Mathiesen, 2009).

En helsesøster i studien peker på en sammenheng mellom manglende grensesetting og overvekt. Dette er i tråd med studien Bugge (2006) viser til, nemlig måltidet som en arena for grensesetting. Det kan derfor se ut til at når de faste, felles måltidene uteblir, uteblir også en viktig arena for å grensesette barn. Når helsesøstrene veileder om viktigheten av et måltid, og ber familiene reflektere rundt hvordan de tenker at måltidene skal være hjemme hos den enkelte familie, kan det se ut til at helsesøstrene ønsker å gi foreldrene denne arenaen tilbake.

Det kom ikke tydelig frem om det var en sammenheng mellom skilte barn og overvekt versus normalvektige barn med to foreldre som bor sammen. Helsesøstrene erfarte at når barnet har to hjem, kan dette by på utfordringer i ulike grad, men studien ga ikke et entydig svar på om disse barna var mer utsatt. Når helsesøstrene likevel peker på utfordringer, dreier det seg om kosthold, hvor den ene parten bruker usunn mat som virkemiddel for å være real overfor barnet, eller hvor de opplever at den ene parten får til en endring som den andre saboterer. Heller ikke fremmedkulturelle beskrev helsesøstrene som en gruppe som skilte seg ut.

I forhold til hverdagsaktivitet pekte flere helsesøstrene på at de ikke skulle tilby aktiviteter og tilbud som koster penger. Dette kan ha sin årsak i at det ses en klar sammenheng mellom mellom inntekt og helse i Norge, og at det følgelig er de med lavest inntekt som ser ut til å streve mest med overvekt (St.meld.nr.20, 2006-2007). Flere helsesøstre viser til at de i mange tilfeller oppfordrer foreldrene til å melde barnet sitt på en aktivitet, og det er nærliggende å tro at dette da dreier seg rundt foreldre med større tilgang på økonomiske ressurser. Men dette kommer ikke tydelig frem i studien.

Peterson (2005) peker på at motivasjon er et komplekst begrep, og ikke noe vi har eller ikke har. Helsesøstrene må tenke på familiens ulike mål, ønsker og ideer for å finne hva som kan være realistisk for denne familien å oppnå for eksempel i forhold til kostholdsendringer (ibid). Dette er i tråd med Barth, Børtveit og Prescott (2007) som viser til at foreldrene i tillegg til motivasjon også må ha tiltro til at de kan gjennomføre

de endringene de har bestemt seg for å gjøre. Helsesøstrene beskriver hvordan de satte små mål for foreldrene, for at foreldrene skulle klare målene og bygge opp en mestringfølelse rundt endringene. Dette er også i tråd med Barth et al. (2007) som peker på at endring av atferd er et langsomt og tidkrevende arbeid, men at små mål som er nådd øker tiltroen til mestring. Helsesøstrene ser ut til å jobbe systematisk, men innrømmer også at de selv har utfordringer i måten de selv jobber på. Når helsesøstrene på den ene siden peker på viktigheten av å gå sakte frem, er dette i kontrast med helsesøstrene som beskriver at de kan ha en tendens til å gå for fort frem. Det ble også synlig i prosjektarbeidet, hvor helsesøsteren sier at de i utgangspunktet hadde tenkt å bruke 6 måneder, men at de nå hadde landet på to år. Barth et al. (ibid) viser til at denne måten å jobbe på kan føre til at man blir enda mer motløs og oppgitt dersom forventningene ikke oppnås. I studien var det ingen av helsesøstrene som nevnte egen motivasjon, noe som kanskje kan tenkes som et funn.

Manglende motivasjon hos foreldrene var gjennomgående i beskrivelsene som helsesøstrene ga om samarbeidet med foreldrene. Det kommer frem i studien at helsesøstrene, og da spesielt i forbindelse med de ulike prosjektene, *utelukkende* valgte å jobbe med foreldre som anga å være motiverte til deltakelse. Dette til tross for at alderen på barnet ikke samsvarte med alderen de i utgangspunktet hadde tenkt. På den ene siden er det en forståelig vinkling at helsesøstrene velger deltagere som er motiverte for en endring, fordi de anses som enklere å jobbe med, og kan vise til raskere resultater. Og dette er i tråd med Wormnes og Manger (2005) som viser til at motivasjon er en nødvendig forutsetning for læring. Raske, gode resultater kan igjen gi flere midler til prosjekt. Men på den annen side utelukker denne utvelgelsen faktisk en stor gruppe barn som også trenger et tilbud, men som altså ikke får det fordi foreldrene ikke anses å være motiverte nok. I et folkehelseperspektiv kan dette bety at tiltak for å forebygge og redusere overvekt på individnivå ikke når frem til denne gruppen, og det kan tenkes at dette bidrar til et større sosialt skille. Særlig dersom det skulle vise seg at motivasjonen til foreldrene til gruppen har en sammenheng med grad av ressurser familien har til rådighet. Dette har jeg imidlertid ikke belegg for i denne studien.

Helsesøstrene beskrev også viktigheten av motivasjon hos barnet. Slik det fremkom i studien, dreier dette seg i hovedsak om barn i skolealder, og som etter tillatelse fra

foreldrene går til samtaler hos helsesøster. Helsesøstrene beskrev hvordan de strebet etter å finne barnets motivasjon for endringer i samråd med barnet, og barnas målsetninger dreide seg i hovedsak om ytre motivasjon i forhold til å passe klær og ikke føle seg ukomfortabel sammen med andre normalvektige. Dette er også i tråd med de faglige retningslinjene som viser til at barnets motivasjon ofte henger sammen med utseende (Helsedirektoratet, 2010). Etter hvert vil kanskje betydningen av den ytre motivasjonen reduseres, og det er endringen og mestringen i seg selv som kan virke stimulerende (Wormnes og Manger, 2005). Wormnes og Manger (ibid) peker på at en balansegang mellom indre og ytre motivasjon er det aller beste, med tanke på at de som er styrt av den indre motivasjonen klarer å holde på motivasjonen over lengre tid. Ved å fokusere på kortsiktige mål, og til dels ytre motivasjon slik som belønning for barnets oppnådde mål, kan helsesøstrene bidra til å øke mestringsfølelsen til barnet.

Helsesøstrene beskriver at i flere tilfeller hvor familier strever med overvekt, avdekker de også andre årsaker til at familien strever. De andre årsakene kan bidra til at foreldrene til det overvektige barnet ikke ser seg i stand til å ta tak i selve overvekten. Flere helsesøstre viser i denne sammenheng til overvekten som *et symptom* på at familien strever. Helsesøstrene peker på at dette særlig gjelder familier med små ressurser, og at de i tillegg til overvekt også strever med økonomi og grensesetting. På den annen side peker også helsesøstrene på andre symptomer enn de økonomiske, slik som ulike livskriser i form av dødsfall, skilsmisse, uførhet og arbeidsledighet. Slike kriser kan imidlertid forekomme i alle samfunnslag, og henger ikke sammen med økonomiske ressurser (St.meld.nr. 20, 2006-2007).

5.3 Å følge opp barnet

I de tilfellene helsesøstrene avdekker overvekt hos barnet, ser det ut til at flere av helsesøstrene ønsker at dette skal utløse en prosess for videre kommunal oppfølging. Dette til tross for at retningslinjene fastslår at det er helsesøsters ansvar å følge barnet opp videre, i samråd med fastlegen, så lenge barnet «bare» har overvekt og ikke påvist

fedme. Flere helsesøstre viser til at de i flere tilfeller ikke har nok kompetanse selv eller ressurser til å hjelpe familien. De faglige retningslinjene henviser til at behandling av overvekt og da særlig dersom barnet har fått påvist fedme, krever langtidsoppfølging, noe som innebærer at det lages en oppfølgingsplan, som fastlegen er ansvarlig for i samarbeid med familien (Helsedirektoratet, 2010). Dette er i kontrast til flere av helsesøstrene som påpeker at samarbeidet med fastlegen i mange tilfeller kunne vært bedre. Men det er ikke bare fastlegen helsesøstrene ønsker seg et bedre og tettere samarbeid med. Flere peker på at det er ønskelig med mer tverrfaglig samarbeid, gjerne opp i mot fysioterapeut, familieterapeut og ernæringsfysiolog. Helsesøstrene i studien har et gjennomgående ønske om at tilbudene til de overvektige barna kunne vært klarere, og at kommunen kunne hatt et bedre tilrettelagt tilbud. Slik helsesøstrene i studien beskriver situasjonen er det få kommuner som har et godt tilrettelagt tilbud til de overvektige barna. I følge de faglige retningslinjene skal barnet nemlig ha en alvorlig grad av fedme før spesialisthelsetjenesten kobles inn, men det kan se ut til at helsesøstrene i studien ønsker å kunne tilby dette tidligere.

5.4 Å jobbe med prosjekter

I studien min hadde flere helsesøstre erfaring fra ulike prosjekter rettet mot overvektige barn. Erfaringene og utfordringene fra prosjektene var flere, blant annet peker helsesøstrene på viktigheten av å komme tidlig inn, mens barna enda er små. Dette er i tråd med forskning som viser at tidlig forebygging og behandling av overvekt reduserer risikoen for overvekt i voksen alder betraktelig. Samtidig reduseres også risikoen ytterligere for hjerte- og karsykdommer (Oude et al., 2009). Til tross for at helsesøstrene utelukkende ønsket foreldre som var motiverte som deltagere i prosjektene, viser det seg i beskrivelsene fra helsesøstrene at motivasjon var blant de største utfordringene også i prosjektarbeidet, og ikke bare i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Flere helsesøstre beskrev at foreldrenes manglende motivasjon blant annet kom til uttrykk når de skulle endre vaner. Flere helsesøstre oppfordret for eksempel til familieaktiviteter i helgene,

men en av helsesøstrene beskrev: «...det var uventet vanskelig å få de til å endre vanene sine i helgene» (4). En studie viser likevel at familierett behandling for endring av livsstil reduserte KMI, etter seks og tolv måneder etter oppstart (Oude et al., 2009).

En positiv erfaring flere helsesøstre påpekte var at aktiviteten i prosjektene økte samspillet mellom foreldrene og de overvektige barna, og at barnas mestringsfølelse økte på flere områder.

5.5 Å finne veien videre

Flere helsesøstre påpekte at ressursene de hadde til rådighet ikke samsvarte med oppgavene de mente de var tildelt. En prioritering av oppgavene på grunn av reduserte ressurser var ikke ønskelig, fordi det kan føre til at noen familier ikke får den oppfølgingen helsesøstrene mener at de trenger. Dette er bekymringsfullt når helsestasjonen betegnes som et lavterskeltilbud som benyttes av familier i alle samfunnslag, og helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tenkt som et middel for å jevne ut sosiale helseforskjeller (St.meld.nr.20, 2006-2007). Det kan med andre ord se ut til at helsesøstrenes opplevelse av ressurser ikke samsvarer med myndighetenes målsetning.

Å finne veien videre innebærer å benytte de ressursene som er til rådighet på en mest mulig hensiktsmessig måte, og det opplever jeg at helsesøstrene i studien gjør. Med tanke på hvordan de tror barnas helse ser ut om 10 år, gir helsesøstrene delte beskrivelser. Noen helsesøstre tror at de sosiale skillene bare blir større, mens andre helsesøstre er optimistiske og har stor tro på at dette er en utvikling de selv og samfunnet som helhet kan klare å snu. Men de er samstemte i at forebygging av overvekt må skje tidlig, det er barna som må satses på.

6 Oppsummering og konklusjon

Jeg har i denne studien forsøkt å sette fokus på helsesøstrenes erfaringer og utfordringer i arbeidet med overvekt hos barn og unge. For å kunne belyse problemstillingen har jeg benyttet meg av intervju som metode. Mitt ønske om innsikt i helsesøstrenes arbeid med overvektige barn har blitt innfridd.

Helsesøstrene som deltok i studien har vist at de har forutsetninger for å delta som informanter i et intervju. De har vært villige og raus og delt av sin kunnskap ved å fortelle spontant, utdypende og detaljert om sine tanker, erfaringer og utfordringer rundt arbeidet med foreldrene og deres overvektige barn.

Jeg finner ulike temaer som beskriver forskjellige sider ved deres arbeid, og har forsøkt å lytte til materialet, sammenfatte, beskrive og tolke for å finne sammenhenger og kontraster. Etter å ha tolket og analysert helsesøstrenes uttalelser og beskrivelser, er det følgende funn som utkrystalliserer seg fra kategoriene: Å spille på lag med foreldrene, Å følge opp barnet, Å jobbe med prosjekter og Å avdekke overvekt. Funnene omhandler i stor grad utfordringer i samarbeidet med foreldrene, involvering av barnet i samtaler, utelukking av en gruppe overvektige barn, manglende motivasjon hos foreldrene og tilbudet til barna som er overvektige.

Helsesøstrene i studien gir uttrykk for at arbeidet med foreldrene til overvektige barn tidvis kan være krevende. Manglende motivasjon hos foreldrene bidrar til å vanskeliggjøre arbeidet med barna, og når ressursene helsesøstrene har til rådighet i tillegg oppleves som begrenset bidrar dette i stor grad til nye utfordringer i samarbeidet med foreldrene. I studien belyses dette spesielt når helsesøstrene gruer seg for å ringe til foreldrene for å informere om at barnet deres er overvektig, fordi de møter mange negative tilbakemeldinger fra foreldrene. Helsesøstrene bruker en teknikk for «å undre seg» i samtalene med foreldrene, noe som er i tråd med empowerment tenkningen. Dette viser at foreldrenes brukermedvirkning står sterkt i arbeidet med familiene, og står sentralt i gjennomføringen av samtaler og veiledning.

At barnet i liten grad ble involvert i samtalen med foreldrene og helsesøster, når temaet var barnets egen overvekt, beskrives ikke som en direkte utfordring hos helsesøstrene, men leder meg inn på skammen og tabuet mange overvektige kjenner på. Dette er et relevant funn i studien. Helsesøstrene ser i stor grad ut til å respektere foreldrenes ønske dersom foreldrene ikke vil at barnet skal være til stede i samtalen, og utviser at de har en utfordring når det gjelder å kommunisere med de minste barna. Det er bekymringsfullt at barnet ikke skal involveres i sin egen overvekt, med tanke på at alle endringer i kosthold og fysisk aktivitet i familien naturlig nok også omhandler barnet.

Manglende motivasjon hos foreldrene beskrev helsesøstrene som gjennomgående og som den største utfordringen, og helsesøstrene beskrev at de brukte mye tid på å sette små mål og på å endre vaner hos familien. I prosjektarbeidet ble gjennomgående foreldre som ble ansett som motiverte valgt til å delta, til tross for at alderen på barnet ikke samsvarte med alderen helsesøstrene så for seg. En slik type seleksjon utelukker en gruppe overvektige barn. En positiv erfaring flere helsesøstre sitter igjen med er det bedre samspillet mellom barna og foreldrene. I tillegg erfarte helsesøstrene at de ulike prosjektene i stor grad bidro til å øke barnets mestringsfølelse.

Helsesøstrene har erfart at tilbudet til de overvektige barna i mange kommuner er mangelfullt. Å henvise barna videre viser seg å være utfordrende fordi helsesøstrene i mange tilfeller ikke vet hvem de skal henvise til. I flere tilfeller gir de også uttrykk for at de skulle ønske at tilbudene kunne komme tidligere i barnets vektutvikling fordi de selv erfarer at de ikke besitter nok kompetanse til å klare det alene. Deres nærmeste samarbeidspartner, som er fastlegen, oppleves i mange tilfeller som «fraværende» selv om noen helsesøstre jobber med å bedre det tverrfaglige samarbeidet etatene imellom. De erfarer også at initiativet til samarbeid med fastlegen er ensidig fra helsesøstrene.

De faglige retningslinjene viste seg å være gjennomgående hele veien og blir i hele prosessen brukt av helsesøstrene. Til tross for ulike reaksjoner da de kom, er de til nytte og i daglig bruk i helsesøstrenes arbeid med å avdekke overvekt hos barn. Overordnet knytter erfaringene og utfordringene i bruken av retningslinjene seg til funnene som allerede er nevnt, slik at helsesøstrenes erfaring og utfordring i gjennomføringen av retningslinjene allerede er belyst.

Studien kan konkludere med at helsesøstrenes har erfart at arbeidet med overvektige barn og deres familier er et tidkrevende, ressurskrevende og tidvis utfordrende arbeid, spesielt i forhold til samarbeidet med foreldrene.

Litteraturliste

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Amilien, V. & Krogh, E. (2007). *Den kultiverte maten. En bok om norsk mat, kultur og matkultur*. Bergen: Fagbokforlaget

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2007). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bergström, H. & Bennet, P. R. (2012). «Jag är inte diktator – jag är också mamma». *Barn* (4), 41-55

Brekke, M. (Red). (2006). *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Bugge, A. (2006). *Å spise middag – en matsosiologisk analyse*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag AS

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget

Departementene. *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et sunnere kosthold*. Oslo: Departementene

Folkehelseinstituttet. (2012). Overvektige barn har annerledes spisemønster enn normalvektige barn. *Folkehelseinstituttet* [online]. Sitert 25.03.2013

Førde, R. (2010). Helsinkideklarasjonen. *F BIB Forskningsetisk bibliotek* [online]. Sitert 22.02.2013.

- Galvin, K. & Kvarme, L.G. (2003). *Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Oslo: Akribe AS
- Galvin, K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. (Red). (2009). *Fra tanke til handling*. Oslo: Akribe AS
- Golan, M. & Crow, S. (2004). Nutrition Grand Rounds. Parents Are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-related Problems. *Nutrition Reviews*, 62(1), 39-50
- Gilje, N. & Grimen, H. (2007). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helland, M.J. & Mathiesen, K.S. (2009). 13-15-åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse. *Rapport Folkehelseinstituttet*. (2009:1)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Folkehelseloven. Lov 24 juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hovengen, R., Meisfjord, J., Biehl, A. & Nordhagen, R. (2009). *Barns vekst i Norge 2008. Høyde, vekt og livvidde målt blant 3.-klassinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- IS-1734. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet
- IS-1736. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet
- IS-1881. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet
- IS-2036. (2012). *Utvikling i norsk kosthold 2012*. Oslo: Helsedirektoratet
- Júlíusson, P.B., Bjerknes, R. (2004). Hvordan skal vi måle og definere overvekt og fedme hos barn og unge? *Pediatrisk Endokrinologi*, 18, 24-30

- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag
- Klepp, K-I., Aarø, L.E. (Red). (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapssenteret. (2006). Høyde- og vektmåling av barn og unge. *Kunnskapssenteret* [online]. Sitert 25.03.2013
- Ludwig, D.S., Peterson, K.E. & Gortmaker, S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *PubMed.gov* [online]. Sitert 23. november 2012
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nowicka. P., Flodmark, C-E. (2006). *Barnövervikt i praktiken – evidensbaserad familjeviktsskola*. Lund: Studentlitteratur
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Flegal, K.M. (2008). *High body mass index for age among US children and adolescents, 2003 – 2006*. USA:JAMA
- Oude, L.H., et al. (2009). Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane Collaboration* [online]. Sitert 21. januar 2009.
- Peterson, Y. (2005) Family therapy treatment: Working with obese children and their families with small steps and realistic goals. *Acta Pædiatrica*, 94 (Suppl 448), 42-44
- Sletteland, N. & Donovan, R.M. (2012). *Helsefremmede lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Staffieri, J.R. (1967). *A study of social stereotype of body image in children*. J Pers Soc Psychol 7 (1): 101-104.
- St.meld.nr.20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thagaard, T. (2006). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2005). *Veiledning – mer enn ord...* Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Verdens Helseorganisasjon. (2011). Prevalensen av overvekt er stigende hos den voksne befolkningen, men også blant barn og unge. Sitert 21. mai 2011. <http://www.who.int/en/>
- Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mesterin*. Bergen: Fagbokforlaget
- Øen, G. (Red). (2012). *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Øverby, N.C., Torstveit, M.K. & Høigaard, R. (Red). (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Vedlegg

Vedlegg A	Epost til Fylkesmannen.
Vedlegg B	Godkjennelse av NSD.
Vedlegg C	Informasjon om studien.
Vedlegg D	Intervjuguiden
Vedlegg E	Tilbakemelding fra NSD om endring av intervjuguiden
Vedlegg F	Tekstanalyse - tabeller

Jannicke Bergan

Fra: Hagelskjær Solveig <Solveig.Hagelskjar@fmos.no>
Sendt: 16. september 2011 10:26
Til: postmottak@eidsberg.kommune.no; post@aremark.kommune.no;
post@hobol.kommune.no; post@marker.kommune.no;
post@moss.kommune.no; post@spydeberg.kommune.no;
postmottak@askim.kommune.no; postmottak@fredrikstad.kommune.no;
postmottak@halden.kommune.no; postmottak@hvaler.kommune.no;
postmottak@rakkestad.kommune.no; postmottak@romskog.kommune.no;
postmottak@sarpsborg.com; postmottak@skiptvet.kommune.no;
postmottak@trogstad.kommune.no; postmottak@valer-of.kommune.no;
postmottak@rade.kommune.no; servicetorget@rygge.kommune.no
Kopi: jannicke bergan; Elsie Brenne; Irene Teigen Paulsen; Andreassen Ann Kristin
Emne: SV: Prosjekt om barn og overvekt

Til postmottakene i kommunene - kan jeg be dere videresende denne e—posten til ledende helsesøster/leder av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunen i kommunen?**Til ledende helsesøstre**

Se vedlagte e- post fra Jannicke Bergan. Hvis dette er aktuelt- kan jeg be dere kontakte henne.

God helg
Mvh Solveig

Solveig Hagelskjær
Fylkesmannen i Østfold/Helsetilsynet i Østfold
seniorrådgiver på folkehelseområdet

Tlf: 69 247428
Web side :www.fylkesmannen.no

Fra: jannicke bergan [<mailto:jannicke.bergan@yahoo.no>]
Sendt: 15. september 2011 12:28
Til: Hagelskjær Solveig
Emne: Prosjekt om barn og overvekt

Hei. Jeg er en masterstudent ved Høgskolen i Akershus, "Mat, helse og ernæring", som skal skrive en oppgave om barn og overvekt. I den forbindelse har jeg fattet interesse for de ulike prosjektene rundt omkring i kommunene, og hvilke erfaringer helsesøster har når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid opp imot barn og familier. Jeg ønsker å intervjuv helsesøstre som er delaktige i disse prosjektene, og fikk et tips om at fylkesmannen har en oversikt over hvilke prosjekter som er pågående. Stemmer dette? Er det mulig å få en oversikt over hvilke helsestasjoner som har et tilbud til overvektige barn?

Kan mailen evt videresendes til rette vedkommende blir jeg glad.

På forhånd takk ☺

Mvh
Jannicke Bergan.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Ingrid Ruud Knutsen
Fakultet for helsefag
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St.Olavs plass
0130 OSLO

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 15.11.2011

Vår ref: 28260 / 4 / PB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.09.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 14.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28260	<i>Barn og overvekt - en kvalitativ studie om helsesøsters erfaringer</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ingrid Ruud Knutsen</i>
Student	<i>Jannicke Bergan</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Jannicke Bergan, Bredsandkroken 78, 1570 DILLING

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28260

Studiens formål er å hente frem helsesøstres erfaringer når det gjelder forebygging av overvekt og fedme hos barn i førskolealder.

Utvalget vil bestå av ca 8 helsesøstre med erfaring av forebyggende arbeid mht. overvekt hos barn. Informantene vil intervjues og intervjuene blir registrert på lydopptak som vil bli behandlet på pc. Intervjuene transkriberes på pc. Direkte identifiserende opplysninger i form av navn og kontaktopplysninger vil bli oppbevart atskilt fra det øvrige datamaterialet, men kan kobles til dette via en koblingsnøkkel. Senest ved prosjektsutt 31.05.2012 vil lydopptak og koblingsnøkkel slettes og datamaterialet for øvrig (transkripsjoner som eventuelt kan inneholde indirekte identifiserende opplysninger) vil slettes eller anonymiseres.

Det vil i forbindelse med intervjuer tas hensyn til informantenes profesjonelle taushetsplikt. Dermed vil man ta ut spørsmål som angår beskrivelser av konkrete fall fra intervjuguiden.

Personvernombudet for forskning mottok 14.11.2011 et revidert informasjonsskriv. Skrivet er stort sett tilfredsstillende, men ombudet har 15.11.2011 sendt studenten forslag til mindre endringer av skrivet og legger til grunn at endringene tas i bruk i det endelige informasjonsskriv.

Da det legges til grunn at informantene vil motta korrekt og tilstrekkelig informasjon om behandlingen av personopplysninger finner ombudet at behandlingen av personopplysninger kan hjemles i personopplysningsloven § 8 første ledd (samtykke).

Informasjon om intervjudeltakelse i forbindelse med en masteroppgave

En kvalitativ studie om helsesøsters erfaringer i møtet med overvektige barn og deres familier.

Bakgrunn

Jeg er student i masterprogrammet Mat, Ernæring og Helse ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og jeg holder på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er Barn og overvekt, og jeg vil undersøke hvilke erfaringer og opplevelser helsesøster har relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid i møtet med overvektige barn og deres foreldre.

Metode

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervjuer helsesøstre med fokus og interesse for helsefremmende og forebyggende arbeid relatert til overvekt hos barn, gjerne med erfaring fra prosjekter knyttet til tematikken, men også fra det daglige virke som helsesøster.

Spørsmålene vil i hovedsak dreie seg rundt dine erfaringer, refleksjoner og tanker vedrørende fremming av overvektige barns helse, og møtet med deres familier. Som helsesøster er du underlagt taushetsplikt, og kan ikke fortelle om konkrete barn og familier. Fokus under intervjuet og i masteroppgaven blir derfor på mer generelle erfaringer og utfordringer i ditt arbeid med overvektige barn og familier.

Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet er beregnet å ta ca 1 time. Jeg kommer til helsestasjonen etter avtale.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis i prosjektet, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, opptakene slettes og datamaterialet i sin helhet anonymiseres når oppgaven er ferdig.

Hvis det er noe du lurer på kan du sende mail til meg: jannicke.bergan@yahoo.no eller ringe meg på telefon: 951 50 642.

Min hovedveileder er høgskolelektor Ingrid Ruud Knutsen, som ved spørsmål kan kontaktes på mail: Ingrid.ruud.knutsen@hioa.no eller på telefon: 986 77 895.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Jannicke Bergan, masterstudent i Mat, Ernæring og Helse.

Intervjuguide

Innledning

- Takke for deltakelsen!
- Kort presentasjon av meg selv.
- Forklare formålet med intervjuet, og antyde hva jeg er interessert i å få vite noe om.
- Minne om taushetsplikten til helsesøster ift konkrete barn og familier.
- Minne om at vi kan ta pause ved behov.

Anonymisering.

- Minne om at opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, opptakene slettes og at datamaterialet i sin helhet anonymiseres når oppgaven er ferdig. Ingen andre enn meg vil få lytte til båndet. Kun jeg transkriberer.

Lydtest/stemmeprøve

➔ Sett på lydopptak

Fortell om din erfaring med overvektige barn!

- *Hva mener du som helsesøster er viktig når du møter foreldre med et overvektig barn?*
- *Hvordan henvender du deg til foreldrene? Hva slags respons får du (negativ/positiv)?*
- *Hvilke erfaringer har du gjort deg så langt i dette arbeidet?*

- *Hva er de største utfordringene du har møtt i møte med et overvektig barn? I møte med familien?*
- *Hvordan vil du beskrive din rolle?*
- *Hva er dine tanker/refleksjoner rundt de faglige retningslinjene for veiing og måling?*
- *Finnes det tilbud til overvektige barn i kommunen?*
 - *Hvis ja, fortelle om dem.*
- *Finnes det aktive samarbeidspartnere som er aktuelle i dette arbeidet, f eks et tverrfaglig samarbeid m/ fysio-ergoterapeut, fastlege, barnehage/lærer?*

Dersom erfaring fra prosjekt, fortell om prosjektet.

- *Hvilke andre tilbud finnes til overvektige barn i kommunen?*
- *Fortell om begrunnelsen for utvelgelsen av deltakere. Hvem henviste barna/familien? Hvordan fant de frem til deres prosjekt?*
- *Hvilken respons møter du fra barn/foreldre? Kan du gi et eksempel på en positiv respons/mindre positiv respons.*
- *Finnes det andre aktive samarbeidspartnere, tverrfaglig samarbeid m/ f eks fysio-ergoterapeut, fastlege, barnehage/lærer?*
- *Fortell om egne tanker i forkant av prosjektet, hvilke forventninger hadde du? Ble disse innfridd? Evt noen tanker om hvorfor ikke?*
- *Hva var mål og hensikt med prosjektet?*
- *Hva er de største utfordringene så langt?*
- *Hvilke erfaringer har du gjort deg så langt?*
- *Hvilke tilbakemeldinger får du fra barnet/foreldre/andre?*
- *Førte prosjektet til endringer evt hvilke, og var de faktiske resultatene som forventet?*

Hvilke muligheter ser du for en videre utvikling av et godt tilbud til overvektige barn?

Hva mener du er viktig å gripe tak i slik situasjonen er i dag?

Avsluttende spørsmål

Hvordan tror du barnas helse ser ut om 10 år? Tror du vi klarer å snu den negative trenden vi ser i dag?

Er det noe du vil tilføye?

→ Slå av lydopptaket

→ Hvordan var dette?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du si noe mer om det?

Hvorfor tror du dette er viktig/mindre viktig?

Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva som skjedde?

Har du flere eksempler på dette? Gode/mindre gode eksempler...

Hva skjedde?

Hvordan skjedde det?

Hva tenkte du i den situasjonen?

Hvordan håndterte du ...?

Kunne noe vært gjort annerledes?

jannicke bergan

Fra: Pernilla Bollman <pernilla.bollman@nsd.uib.no>
Sendt: 31. oktober 2011 11:19
Til: jannicke.bergan@yahoo.no
Emne: Prosjektnr: 28260. Barn og overvekt - en kvalitativ studie om helsesøsters erfaringer

Hei

Det vises til meldeskjema mottatt 30.09.11. Undertegnede er tildelt saksbehandleransvar for meldingen din og har i den forbindelse noen kommentarer og spørsmål.

Informasjonsskrivet:

Skrivet gir god informasjon om prosjektet og om behandlingen av personopplysninger, men setningen "jeg sender dette infoskrivet fordi du har sagt deg villig..." er ikke helt i tråd med intensjonen bak et informasjonsskrivet. Dvs. informasjonen som gis i et infoskriv skal egentlig ligge til grunn for nettopp et eventuelt samtykke. Det vil på en måte gå ut over frivilligheten å anta at vedkommende allerede har sagt ja til deltakelse. Dessuten er det unødvendig med et skriftlig samtykke i forbindelse med en intervjustudie. Aktiv deltakelse er det samme som et gyldig samtykke, forutsatt god informasjon. Hvis du likevel ønsker å innhente et aktivt samtykke, bør du helst fjerne all tekst i samtykkeslippen eller endre delsetning "at jeg er sikret full anonymitet" til "sikret full anonymitet *i publikasjoner*".

Tredje person:

Når det gjelder tredje person; helsesøstre vil være underlagt taushetsplikt og vil derfor være forhindret fra å nevne noe som kan identifisere enkeltindivider eller familier. Dermed faller denne problematikken bort for din del. Det kan være grunn til å minne helsesøstre om taushetsplikten og at de ikke kan beskrive konkrete fall overfor deg på en identifiserbar måte (eventuelt tilføyne noe om dette i infoskriv eller minne om det muntlig i forbindelse med intervju). Dermed vil det kanskje også være nødvendig å endre litt i intervjuguide mht. spørsmål om konkrete eksempler. Alternativet er at det innhentes samtykke fra enkeltpersoner/familier til at helsesøster kan fortelle om dem i intervju. Samtykke innhentes da av helsesøster, gjerne muntlig.

Vennligst send meg et noe revidert skriv mht. punktene over, før jeg ferdigbehandler meldingen din.

Mvh
Pernilla Bollman
Spesialrådgiver
(Special Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10
Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17
Faks: (+47) 55 58 96 50
Email: pernilla.bollman@nsd.uib.no
Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

Tabell 1			
	Opprinnelige kategorier		Nye kategorier etter 1. meningskondensering
1	Motivasjon/mestring	1	Motivasjon/mestring
2	Mat som virkemiddel ...kos, trøst...	2	Kosthold
3	Kostholdsveiledning/måltider viktig		
4	Livsstilsendring		
5	Fysisk aktivitet –hverdagsaktivitet-		
6	Foreldreveiledning «Den vanskelige samtalen»	3	Veiledning
7	«...det er via foreldrene man må uansett.»		
8	Dialogen		
9	«Vi er sånn i vår familie.»		
10	«Å kalle en spade for en spade»		
11	Grensesetting		
12	Foreldre som rollemodell	4	De faglige retningslinjene
13	De faglige retningslinjene		
14	Vektkurvene	5	Arbeidshverdagen
15	Forebyggende tiltak		
16	Helsesøsters rolle i det forebyggende arbeidet		
17	Er det noe du ønsker å tilføye?		
18	Utfordringer		
19	Andre erfaringer i det daglige arbeidet		
20	Utvikling av tilbud	6	Oppfølging
21	Tilbud til de overvektige barna		
22	Overvekt er komplekst		
23	Tverrfaglig samarbeid		
24	Holdninger/fordommer	7	Holdninger
25	Skammen		
26	Barnas egenoppfatning –psykososialt-		
27	Ressurser. ...eller mangel på sådan...	8	Ressurser
28	Foreldrenes økonomi/ressurser, sosial klasse		
29	Fremmedkulturelle		
30	Barnehage/SFO	9	Barnehage/SFO
31	Barnas helse om 10 år	10	Barnas helse om 10 år
32	Erfaringer fra prosjekt	11	Erfaringer fra prosjekt

Tabell 2		
Kategori	Meningskondensering/emner	Hovedkategori
De faglige retningslinjene	Å avdekke overvekt hos barnet på helsestasjonen	Å avdekke overvekt hos barnet
	Å avdekke overvekt hos barnet i skolehelsetjenesten	
Veiledning	Å kommunisere med foreldrene om barnets vekt	Å spille på lag med foreldrene til det overvektige barnet
Holdninger	Å involvere barnet	
Kosthold	Å veilede om kosthold og hverdagsaktivitet	
Motivasjon/mestring	Å gå sakte frem	
Ressurser	Å streve på flere plan	
Holdninger		
Oppfølging Barnehage/SFO ??	Å følge opp barnet	Å følge opp barnet
Barnas helse om 10 år	Utfordringer i fremtiden	Å finne veien videre
Erfaring fra prosjekt	Å jobbe med prosjekter	Å jobbe med prosjekter