

# Masteroppgave

Masterstudium i fysioterapi

Mai 2021

## «Å finne ut av hvor skoen trykker»

**En kvalitativ studie av fysioterapeuters arbeide med barn med overvekt og fedme**

**Kandidatnavn: Ingvill Kjelland Myrdal**

Kandidatnummer: 304

Emnekode: MAFYS5900

Antall ord: 19 503

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## Forord

Etter to veldig lærerike år på masterutdanningen i fysioterapi med fordypning innenfor barn- og unge, sitter jeg nå med en ferdig masteroppgave innenfor et felt jeg har stor interesse for. Arbeidsprosessen med masteroppgaven har vært lang og krevende, men også utrolig lærerik og givende.

Jeg vil rette en stor takk til fysioterapeutene som har stilt opp som deltagere i studien, og delt av deres erfaringer og refleksjoner. Samtalene med dere har gitt verdifull kunnskap og innsikt i hvordan fysioterapeuter arbeider med barn med overvekt og fedme, og har også personlig fått meg til å reflektere over egen måte å arbeide på.

Tusen takk til min dyktige veileder Gro Rugseth for konstruktive tilbakemeldinger, gode faglige diskusjoner, motiverende ord og uvurderlig støtte igjennom hele prosessen.

Tusen takk til biveileder Wenche Bjorbækmo for konstruktive tilbakemeldinger, gode tips og råd jeg har hatt stor nytte av underveis i prosessen.

Tusen takk til venner, familie og min kjære samboer som har heiet på meg og kommet med motiverende ord og støtte igjennom en krevende skriveprosess.

*Lierskogen, 16.05.2021*

*Ingvill K. Myrdal*

## Sammendrag

### «Å finne ut av hvor skoen trykker» - en kvalitativ studie av fysioterapeuters arbeide med barn med overvekt og fedme

**Bakgrunn:** Verdens helseorganisasjon anser overvekt og fedme som et stort folkehelseproblem. Helsedirektoratet har utviklet nasjonale faglige retningslinjene for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Her er kostholdsendring og økt fysisk aktivitet sentralt. Retningslinjene peker på fysioterapeuter som viktige i dette arbeidet. Foreliggende forskning viser begrensede resultater på tiltak og intervensjoner. Det foreligger lite forskning på fysioterapeuters erfaringer med å jobbe med dette feltet.

**Hensikt:** Hensikten med masteroppgaven er å belyse hvilke refleksjoner et utvalg fysioterapeuter i primærhelsetjenesten har om sitt ansvar og sine arbeidsoppgaver i møte med barn med overvekt og fedme, og herunder hvordan fysioterapeuters erfaringer aktualiserer innholdet i de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.

**Teori og metode:** Oppgaven anlegger et profesjonsteoretisk perspektiv og anvender begreper fra ulike kunnskapsparadigmer i fysioterapien. Studien er kvalitativ basert på semistrukturerte dybdeintervjuer av syv fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Dataene er analysert etter inspirasjon fra Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse.

**Resultater og diskusjon:** Resultatene viser at deltagerne er samstemte om at de som profesjon er viktige i arbeidet med barn med overvekt og fedme, og at deres hovedoppgave innenfor feltet er å fremme fysisk aktivitet og bevegelsesglede. Samtidig er de usikre på om det de har å tilby er tilstrekkelig i møte med kompleks livsstilsproblematikk. De etterlyser tydeligere føringer for hvordan fysioterapeuter kan jobbe med barn med overvekt og fedme i praksis. Livsstilsproblematikk stiller krav til deltagerne som profesjonutøvere. Selv om deltagerne ønsker å se helhetlig på barnet, vender de allikevel tilbake til de mer objektive biomedisinske forståelsene i møte med barna og familiene. Fysioterapeuter manøvrer i et helsevesen hvor kravene til profesjonene stadig er i endring og deltagerne utfordres av dette.

**Konklusjon:** Deltagerne arbeider med utgangspunkt i ulike kunnskapsparadigmer. På den ene siden er de preget av det biomedisinske kunnskapsparadigme, og på den andre siden psykososiale tilnærminger. Fysioterapiprofesjonens fragmenterte kunnskapsbase utfordrer deltagerne på å arbeide ut ifra en samlet og helhetlig kunnskapsplattform i møte med barn og unge med overvekt og fedme.

## Abstract

### **“How to know where the shoe pinches” - a qualitative study of physiotherapists' work with overweight and obese children**

**Background:** The World Health Organization considers overweight and obesity as a major public health problem. The Norwegian Directorate of Health has developed national professional guidelines for prevention and treatment for overweight and obesity in children and adolescents. Increased physical activity and change in diet are keywords in the guidelines, and physiotherapists are considered as an important profession in this field. The present research shows limited results in treatment and interventions. There is a lack of research available on physiotherapists' experiences of working in this field.

**Objective:** This master's thesis aims to explore how a selection of physiotherapists working in the primary care reflects about their responsibilities and way of working facing children with overweight and obesity, including how their experiences actualize the content of the national professional guidelines for prevention and treatment for overweight and obesity in children and adolescents.

**Theory and method:** Using a professional theoretical perspective and concepts from different knowledge paradigms in physiotherapy, the study draws on a qualitative approach using semi-structured interviews of seven physiotherapists working in the primary health care service. The material is analyzed using thematic analysis based on Braun and Clarke (2006).

**Results and discussion:** There were broad agreement among the participants that they considered themselves important in the interventions for children with overweight and obesity. They considered to promote physical activity and enjoyment of movement to be their main task in this field. At the same time, they are unsure whether what they have to offer is sufficient facing complex lifestyle issues. They demand clearer guidelines for suggestion how physiotherapists are expected to face overweight and obese children in their clinical practice. Lifestyle change place demands on the participants as professionals. Although the participants want to see the child holistically, they still return to the more objective biomedical understandings working with the children and their families. Physiotherapists maneuver in an ever-changing healthcare system, where the requirements for the professions are constantly in change and the participants are challenged by this.

**Conclusion:** The participants work from different knowledge paradigms. They are characterized by the biomedical model, but they are also using psychosocial approaches. The physiotherapy profession's knowledgebase is fragmented, and this challenges participants to work from a comprehensive and holistic knowledge platform in encounters with children and adolescents with overweight and obesity.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>3</b>
1.1 Hensikt og problemstilling .....	4
1.2 Oppgavens oppbygning .....	5
<b>2.0 Bakgrunn og foreliggende forskning .....</b>	<b>6</b>
2.1 Litteratursøking .....	6
2.2 Forekomst og helsekonsekvenser .....	6
2.3 Tidlig intervensjon og forebygging .....	7
2.4 Tiltak og behandling .....	8
2.5 Fysioterapeuters erfaringer .....	8
2.6 Barn og unges erfaringer med deltagelse på livsstilsendringsintervensjoner .....	9
2.7 Implementering av faglige retningslinjer .....	9
<b>3.0 Teorikapittel .....</b>	<b>11</b>
3.1 Profesjonsteori og fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag .....	11
3.2 Profesjonell jurisdiksjon og autonomi .....	12
3.3 Profesjonsetikk i fysioterapi .....	13
3.4 Kunnskapsbasert praksis i fysioterapi .....	14
3.5 Et helsevesen i forandring .....	16
3.6 Det biomedisinske kunnskapsparadigme .....	17
3.7 Den biopsykososiale modell .....	19
3.8 Kroppssyn og profesjonell identitet .....	20
3.9 Oppsummering teori .....	21
<b>4.0 Metodekapittel .....</b>	<b>22</b>
4.1 Kvalitativ metode og intervju .....	22
4.2 Utvalg og rekruttering .....	22
4.3 Kontekst .....	24
4.4 Intervjuprosessen .....	24
4.4.1 Kvalitetssikring av intervju .....	26
4.5 Transkripsjon .....	26
4.6 Tematisk analyse .....	27
4.7 Analyseprosessen .....	28
4.8 Etske overveielser .....	31
4.9 Etske refleksjoner .....	32
4.10 Prosjektorganisasjon .....	33
4.11 Metodiske refleksjoner .....	34

4.11.1	<i>Utvalg og intervjuprosessen</i> .....	34
4.11.2	<i>Forskerens rolle og egen forforståelse</i> .....	35
4.12	Studiens pålitelighet og gyldighet .....	36
4.13	Studiens generaliserbarhet.....	36
<b>5.0</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>37</b>
5.1	Livsstilsendingsgruppenes utforming .....	37
5.2	«Vi er kjempeviktige i arbeide med barn med overvekt og fedme».....	38
5.3	«Overvekten er ofte en del av et større bilde».....	39
5.3.1	<i>«Det handler om hele livet - hele familiedynamikken»</i> .....	40
5.3.2	<i>«Vi krever at familiene er motiverte»</i> .....	42
5.3.3	<i>«Vi gjør dette til noe litt for fysisk»</i> .....	44
5.4	«Vi snakker ikke mye om overvekten, men heller det som er nyttig» .....	45
5.4.1	<i>«Det er viktig å berøre temaet, da barna nok vet at de er store»</i> .....	46
5.4.2	<i>«Når man selv ikke opplever å besitte kompetansen»</i> .....	47
5.5	Oppsummering resultater .....	49
<b>6.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>50</b>
6.1	Profesjonell autonomi utfordres av statlige føringer .....	50
6.2	Praktiske synteser knytter kunnskapsparadigmer sammen .....	51
6.3	Organisatoriske utfordringer og kunnskapsbasert praksis.....	54
6.4	Profesjonsetiske utfordringer.....	55
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>58</b>
<b>8.0</b>	<b>Kliniske implikasjoner</b> .....	<b>59</b>
<b>9.0</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>60</b>
<b>Vedlegg</b>	.....	<b>66</b>
	Vedlegg 1: Intervjuguide	
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	
	Vedlegg 3: Meldeskjema for behandling av personopplysninger	

## 1.0 Introduksjon

Verdens helseorganisasjon (heretter WHO) anser overvekt og fedme som et betydelig folkehelseproblem, assosiert med en rekke kroniske tilstander som hjerte- og karsykdommer, diabetes og muskel- og skjelettsykdommer, samt negativ påvirkning på psykososial helse (WHO, 2019). Utover dette er det bekymring knyttet til økonomi, da overvekt og fedme anses som en av de mest kostbare folkesykdommene i Norge (Aamo, Lind, Myklebust, Stormo, & Skogli, 2019). På bakgrunn av en økende forekomst av overvekt og fedme hos barn og unge nasjonalt (Meyer & Vollrath, 2017) og internasjonalt (UNICEF & WHO, 2020) har Helsedirektoratet utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (heretter omtalt som «de nasjonale retningslinjene») (Helsedirektoratet, 2010). I retningslinjene vektlegges særlig endringer i kosthold og fysisk aktivitetsnivå som betydningsfullt i både forebygging og behandling, og fysioterapeuter trekkes frem som sentral bidragsyter for å fremme fysisk aktivitet hos barn (Helsedirektoratet, 2010).

Den vanligste behandlingen for barn med overvekt og fedme er tverrfaglige sammensatte livsstilstiltak som retter seg mot hele familien (Boff, Liboni, Batista, de Souza, & Oliveira, 2017; Elvsaa, Giske, Fure, & Juvet, 2017). Når det gjelder tiltak og behandling viser både enkeltstudier og systematiske oversikter at det per nå er lite evidens på at forebyggende intervensjoner hos barn har den ønskede effekten, som er å motvirke at overvekten utvikles til fedme senere i livet (Donkor et al., 2019; Gregory, 2019). Det er imidlertid påpekt at det er etisk utfordrende å gjøre barn med forhøyet vekt til pasienter og gripe inn i deres hverdagsliv med tiltak, uten at de føler seg syke eller har diagnostiserte følgesykdommer (Hofmann, 2016).

Fysioterapeuter er tildelt deler av ansvaret for å ivareta barn med overvekt og fedme av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2010). Det foreligger lite kvalitativ forskning på hvordan fysioterapeuter arbeider med barn med overvekt og fedme, og hvilke refleksjoner de gjør seg omkring sine arbeidsoppgaver. I studier som undersøker fysioterapeuters erfaringer med fedmebehandling av voksne, påpekes det at fysioterapeuter opplever at de er viktige innenfor

feltet, og fysisk aktivitet og trening trekkes frem som et sentralt bidrag (You, Sadler, Majumdar, Burnett, & Evans, 2012).

Som fysioterapeut og masterstudent med fordypning innenfor barn og unge, har jeg fattet stor interesse for feltet barn med overvekt og fedme. Denne interessen utviklet seg allerede etter en praksisperiode på grunnutdannelsen, der jeg deltok på en treningsgruppe for barn med overvekt og fedme. Noe som gjorde spesielt inntrykk på meg var en uttalelse fra et barn som sa at hun så gjerne ville hoppe tau med medelevene i friminuttet, men at hun ikke deltok på dette da hun ikke fikk det til. Etter å ha jobbet sammen med barnet og øvet på dette, mestret hun etter hvert å hoppe tau. Å se gleden barnet opplevde når hun fikk det til var veldig givende. Selv har jeg ikke spesifikk arbeidserfaring i fra feltet, men jeg har erfaring i fra å jobbe med barn på sykehus. Under masterutdanningen har det vært mange interessante forelesninger, og spennende faglige diskusjoner. Dette har bidratt til økt refleksjon omkring eget profesjonsansvar og egen måte å arbeide med barn på. En av de faglige diskusjonene under masterutdanningen som virkelig fanget min interesse, og minnet meg på opplevelsen fra praksisperioden, handlet om hvordan barn med overvekt og fedme møtes i helsevesenet. Dette fikk meg til å resonere yttligere over fysioterapeuters rolle i feltet.

## **1.1 Hensikt og problemstilling**

På bakgrunn av at overvekt og fedme hos barn og unge anses som et utbredt folkehelseproblem, at det er en rekke utfordringer knyttet til tiltak og intervensjoner, samt at fysioterapeuter har en sentral rolle innenfor feltet, er det nødvendig å utvikle kunnskap om hvordan fysioterapeuter som møter barn med overvekt og fedme i behandlingssituasjoner arbeider. Derfor har jeg valgt følgende problemstilling og underspørsmål for masteroppgaven:

### **Hvilke refleksjoner har fysioterapeuter om sitt ansvar og sine arbeidsoppgaver i møte med barn med overvekt og fedme?**

- Hvordan aktualiserer fysioterapeuters erfaringer innholdet i de nasjonale faglige retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge?



Hensikten med masteroppgaven er å undersøke hvordan et utvalgt fysioterapeuter i primærhelsetjenesten opplever sitt ansvar og sine arbeidsoppgaver i møte med barn med overvekt og fedme og deres familier. Herunder ønsker jeg å undersøke hvilke utfordringer fysioterapeutene støter på i sitt arbeide, og hva de har god erfaring med. Jeg ønsker også å belyse hvordan innholdet i de nasjonale retningslinjene gjøres aktuelle via fysioterapeuters erfaringer med å arbeide med barn med overvekt og fedme.

## **1.2 Oppgavens oppbygning**

Først vil jeg redegjøre nærmere for bakgrunn og foreliggende forskning som er relevant for problemstillingen. Deretter vil jeg i teorikapittelet redegjøre for masteroppgavens teoretiske perspektiv. I metodekapittelet vil forskningsdesign og metode beskrives. Her vil jeg også reflektere over den metodiske tilnærmingen samt etiske overveielser jeg har gjort meg underveis i prosessen. I resultatkapittelet vil funnene jeg har fått frem gjennom analysen presenteres. Videre vil jeg i diskusjonen diskutere funnene opp mot teoretisk perspektiv og relevant forskning. Til slutt presenteres noen avsluttende betraktninger i form av konklusjon og kliniske implikasjoner.

## 2.0 Bakgrunn og foreliggende forskning

### 2.1 Litteratursøking

For å finne litteratur med relevans for problemstillingen har jeg gjort et systematisk søk i flere databaser; Chinal, Medline, PubMed og Svemed. Søkeord som er brukt er blant annet: overweight, obesity, paediatric obesity, children, physiotherapy, physical therapy, qualitative studies, stigma, treatment og interventions. Det ble også søkt noe mer usystematisk i OsloMet`s søkedatabase Oria, samt brukt litteratur i fra pensumlisten til masterutdanningen. Utover dette ble det gjort kjedesøk der relevante artikler har blitt funnet i referansehenvisninger ifra allerede leste artikler; eksempelvis hvis jeg ønsket å finne originalkilden eller hvis en artikkel henviste til en annen interessant artikkel. Veileder har også bidratt med gode tips til relevant litteratur.

### 2.2 Forekomst og helsekonsekvenser

Overvekt og fedme hos barn og unge har økt betydelig de siste 30 årene (Aamo et al., 2019) og ifølge Folkehelseinstituttet er 14% av barn og ungdom i Norge overvektige eller har fedme. Overvekt hos barn defineres som alders- og kjønnsjustert kroppsmasseindeks (heretter iso-KMI) over eller lik 25. Fedme hos barn defineres som iso-KMI over eller lik 30 (Elvsaa et al., 2017). Ifølge Helsedirektoratet skyldes overvekt og fedme en langvarig positiv energibalanse, og arvelige faktorer gir ulik evne til å regulere denne balansen. Utviklingen av overvekt er sammensatt; arvelige faktorer, disponerende miljøfaktorer, samt psykososiale og sosioøkonomiske faktorer anses å ha en påvirkning. De nasjonale retningslinjene vektlegger særlig kosthold og fysisk aktivitet som viktig i intervensjoner for barn og unge med overvekt og fedme. Inaktivitet, skjermbruk og uheldige kostvaner anses av Helsedirektoratet som medvirkende faktorer til økt overvekt hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet og WHO påpeker at overvekt kan ha en negativ påvirkning barnas helse. De er særlig bekymret for at overvekt assosieres med økt risiko for sykdom senere i livet, og påpeker at overvekt er forbundet med sykdom som nedsatt glukosetoleranse, muskel- og skjelettplager, noen type kreftformer, insulinresistens, diabetes type-2, høyt blodtrykk,

ugunstige fettverdier i blodet og hjerte- og karsykdom (Helsedirektoratet, 2010; WHO, 2019). Utover dette er det bekymring omkring overvektens mulige påvirkning av psykososial helse. Studier viser at barn med overvekt er utsatt for stigmatisering, og at de er mindre foretrukket som venner (Di Pasquale & Celsi, 2017). I en studie av barn med overvekt rapporterte 36% av guttene og 34% av jentene at de har opplevd erting eller mobbing forbundet med overvekten (Griffiths, Wolke, Page, & Horwood, 2006). Studier viser at det å leve med overvekt har stor innvirkning på livene til barn og unge, og det rapporteres om fysiske, psykiske og sosiale vansker herunder; nedsatt selvfølelse og kroppsbilde, smerteproblematikk, dårlig fysisk form, utmattelse, lav selvtillit, depresjon, mobbing, problemer med å finne passende aktiviteter og sosial angst (Morinder, Biguet, Mattsson, Marcus, & Larsson, 2011; Rees, Caird, Dickson, Vigurs, & Thomas, 2014). Derfor er det fokus på at overvektbehandling, bør ha som målsetting å bedre barnets selvfølelse og kroppsbilde, utover mål om vektstabilisering (Helsedirektoratet, 2010; Wardle, Waller, & Fox, 2002).

### **2.3 Tidlig intervensjon og forebygging**

Helse og omsorgsdepartementet belyser i folkehelsemeldingen at tidlig innsats for barn og unge er noe de spesielt ønsker å styrke, og har dette som et viktig satsningsområde. Det fremheves at å skape gode rammer for oppveksten og utviklingen til barn og unge er en av de viktigste oppgavene i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Retningslinjene påpeker også at overvekt og fedme er krevende og behandle, og det bør derfor legges stor vekt på forebyggingsstrategier blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2010). Samtidig blir det stilt spørsmål ved betydningen av tidlig intervensjon hos barn med overvekt og fedme i fag- og forskningslitteratur (Gregory, 2019). Pandita og medarbeidere (2016) hevder at det er lettere å forebygge overvekt enn å behandle overvekt (Pandita et al., 2016). Stokkeland (2019) etterlyser i sin artikkel mer satsning på et bedre behandlingstilbud for overvektige barn både i spesialist- og primærhelsetjenesten, og ønsker mer fokus på forebygging (Stokkeland, 2019). Slike påstander og oppfordringer står i kontrast til dokumenterte, begrensede behandlingsresultater i fra intervensjoner for barn med overvekt og fedme. De viser lite til moderat effekt målt på barnets iso-KMI eller kroppsvekt (Elvsaa et al., 2017). Forebyggende tiltak ser heller ikke ut til å forhindre at overvekt utvikles til fedme (Donkor et al., 2019; Elvsaa et al., 2017; Gregory, 2019).

## 2.4 Tiltak og behandling

Den vanligste behandlingen for barn med overvekt og fedme er tverrfaglige sammensatte livsstilstiltak som inneholder økt fysisk aktivitet, redusert stillesittende aktivitet, kostholdsendringer og adferdsendringer. De fleste intervensjonene retter seg mot både barnet, foreldrene og hele familien (Boff et al., 2017; Elvsaaas et al., 2017). Det foreligger mye kvantitativ forskning som ser på effekter av intervensjoner for barn med overvekt og fedme, og det vanligste er å bruke barnets kroppsvekt eller iso-KMI som effektmål (Han, Fu, Copley, & Sanders, 2018; Milne, Choy, Leong, Hughes, & Hing, 2015). Noen intervensjoner måler effekt ved å bruke standardiserte tester for motoriske ferdigheter, men Han og medarbeidere (2018) ser i sin systematiske oversiktstudie, at disse effektmålene utgjør en svært liten del, sammenlignet med bruk av kroppsvekt og iso-KMI. De taler for mer fokus på motorisk funksjon fremfor kroppsvekt, da barn med overvekt har lavere score på fundamentale bevegelsesferdigheter, sammenlignet med barn med normalvekt, samt at intervensjoner med trening og fysisk aktivitet er effektive for å bedre motoriske ferdigheter (Han et al., 2018).

## 2.5 Fysioterapeuters erfaringer

I litteratursøkingen for masteroppgaven er det ikke funnet noen kvalitative studier som ser på fysioterapeuters erfaringer med å arbeide med barn med overvekt og fedme, men det foreligger studier hvor det ses på fysioterapeuters erfaringer med å arbeide med voksne med overvekt og fedme. You og medarbeidere (2012) ser i sin studie at det var sterk enighet blant fysioterapeuter om at deres bidrag er viktig i fedmebehandling. De fremhever trening, funksjonell mobilitetstrening og utholdenhetstrening som sentralt i intervensjoner for personer med overvekt og fedme (You et al., 2012). Groven og Heggen (2018) har i sin studie intervjuet fysioterapeuter om deres erfaringer i arbeide med overvektige pasienter. En av utfordringene de påpeker er den todelte rollen der fysioterapeuter både skal motivere pasientene, men også være de som måler og tester deltagerens progresjon. De etterlyser mer kritisk tenkning blant fysioterapeuter, samt fokus på innsikt, for at man som terapeut kan fremme empowerment fremfor følelse av stigma og skam hos overvektige pasienter (Groven & Heggen, 2018). Groven og Dahl-Michelsen (2017) hevder i et annet studie at det i fysioterapiprofesjonen har vært lite diskusjon omkring de etiske aspektene omkring livsstils

intervensjoner med et stort fokus på vekttap og vektkontroll, og særlig ved intervensjoner for barn og unge (Groven & Dahl-Michelsen, 2017). Setchell og medarbeidere (2016) støtter dette og etterspør et mer nyansert bilde av hvordan overvektige pasienter føler seg i møte med fysioterapeuter, samt mer innsikt i de komplekse årsakene til overvekt (Setchell, Watson, Gard, & Jones, 2016).

## **2.6 Barn og unges erfaringer med deltagelse på livsstilsendringsintervensjoner**

Studier som undersøker barn og unge med overvekt og fedme sine opplevelser med å delta på livsstilsendringsintervensjoner, viser at barna hadde positive opplevelser med å delta på fysisk aktivitet når de følte seg inkludert og opplevde mestring. Vektnedgang oppleves ikke som en motiverende faktor for deltagelse, men derimot det sosiale og det å føle seg som en del av en gruppe. Støtte og oppmuntring fra helseprofesjonene, familie og noen som var i samme situasjon, var viktig for motivasjon hos barn og ungdom (Lewis, Fraser, & Manby, 2014; Rees et al., 2014). Rees og medarbeidere (2014) fremhever at overvektige ungdommer opplever frustrasjon over å måtte ha et stort fokus på matinntaket, og at det var demotiverende hvis de la på seg igjen.

Flere studier har undersøkt hva som kan fremme og hemme deltagelse i intervensjoner for barn og ungdom med overvekt. Hemmende faktorer er stigma assosiert med overvekt, sosiale barrierer, mangel på tilbud og ressurser, samt barrierer rundt det tverrfaglige samarbeidet. Fremmende faktorer er en positiv tilnærming til barnet og familien, støtte til kostnader, strategisk markedsføring og egen interesse for feltet hos helseprofesjonene (Kelleher, Harrington, Shiely, Perry, & McHugh, 2017; Smith, Straker, McManus, & Fenner, 2014).

## **2.7 Implementering av faglige retningslinjer**

Studier viser at helsesykepleiere synes det er problematisk å definere overvekt ut fra iso-KMI som mål, da de som ligger rett over grensen for overvekt ikke alltid synes å være overvektige (Helseth, Riiser, Holmberg Fagerlund, Misvaer, & Glavin, 2017). En av de største utfordringene ved å implementere de norske retningslinjene for barn med overvekt og fedme var ansvaret for oppfølgingen og mangel på ressurser. Det opplevdes utfordrende for

helsesykepleierne å snakke med ungdommene om overvekt da det er et sensitivt tema. På den annen side mente de også at det var viktig med tidlig intervensjon for å forebygge at overvekt utviklet seg til fedme (Helseth et al., 2017). En lignende studie om implementering av retningslinjer for barn med overvekt i Nederland viser at det er usikkerhet blant helseprofesjoner hvilke roller de har i behandlingen av barn med overvekt og fedme. Helseprofesjoner opplever også her mangel på kompetanse og kunnskap om emnet (Schalkwijk, Nijpels, Bot, & Elders, 2016).

## 3.0 Teorikapittel

Problemstillingen i masteroppgaven vil belyses med et profesjonsteoretisk perspektiv og herunder ulike kunnskapsparadigmer i fysioterapiprofesjonen. Først vil jeg gjøre rede for profesjonsteori i fysioterapi og fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag. Deretter vil jeg redegjøre for ulike profesjonsteoretiske begreper med relevans for problemstillingen. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for ulike kunnskapsparadigmer i fysioterapiprofesjonen, herunder kunnskapsbasert praksis, den biomedisinske- og biopsykososiale modell.

### 3.1 Profesjonsteori og fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag

Begrepet profesjon er omstridt, og det står strid om hvordan det skal forstås. Ifølge Molander & Terum (2008) kan begrepet profesjon forstås som en type yrkesmessig organisering av arbeid. Selve ordet profesjon kommer i fra det latinske ordet «*professio*» og betyr «offentlig erklært erverv» (Smeby, 2021). Profesjoner er yrkesgrupper som har en spesialisert kunnskap, og de gis retten til å utføre visse arbeidsoppgaver i samfunnet. Profesjonenes kunnskapsgrunnlag er sammensatt og inneholder teoretiske perspektiver i fra forskjellige fagområder, samt praktiske ferdigheter basert på erfaring (Abbott, 1988; Molander & Terum, 2008). Det politiske felleskapet har tillitt til at yrkesgruppen, i kraft av sin kompetanse, vil kunne ivareta oppgaver av allmenn interesse. Videre er det tillit til at profesjonene kan garantere at disse oppgavene blir utført i henhold til standarder for god yrkesutøvelse. Dermed knyttes det bestemte normative forventninger til en profesjon (Molander & Terum, 2008).

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og innehar en profesjon som gir kompetanse for selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasientsituasjoner (Norsk fysioterapeutforbund, 2012). Fysioterapeuter er underlagt Helsepersonelloven og dette innebærer at de skal utøve en faglig praksis som er forsvarlig etter bestemte retningslinjer og lovverk. Dette innebærer også et krav om til enhver tid å være faglig oppdatert (Helsepersonelloven, 2020). Kjernekunnskapen til fysioterapeuter er innenfor kropp, bevegelse og funksjon (Wikström-Grotell & Eriksson, 2012). Fagprofesjonens arbeid retter seg mot å fremme god helse, behandle og forebygge skader og sykdom, samt jobbe mot at pasientene kan leve aktive liv. Å bistå pasienter i rehabiliteringsprosesser, som innebærer å

bevare, utvikle eller gjenvinne funksjonsevnen sin er sentralt i fysioterapi. Utover dette har fysioterapeuter kunnskap om menneskers helse og funksjon gjennom livsløpet, og har kjennskap til at kroppslige, mellommenneskelige og samfunnsmessige faktorer påvirker helse og sykdom (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Det teoretiske grunnlaget for profesjonen er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap. Fysioterapi anerkjenner at det er mange ulike faktorer som bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom, herunder psykiske, fysiske, sosiale og kulturelle forhold (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012; Nicholls, 2018)

I tråd med dette betegner Grimen (2008) profesjoners kunnskapsbase som heterogen, da den er satt sammen av elementer i fra forskjellige kunnskapsfelt (Grimen, 2008). Det eksisterer relasjoner og spenninger imellom de ulike kunnskapsfeltene (Alvsvåg, 2009). Grimen (2008) bruker begrepet integrasjon om sammenhengen mellom de ulike elementene i en kunnskapsbase. En kunnskapsbase er sterkt integrert hvis alle dens elementer henger logisk sammen i et system, og den er sterkt fragmentert hvis den består av områder som har få eller ingen logiske forbindelser med hverandre. Da fysioterapiprofesjonens teoretiske kunnskapsbase er satt sammen av heterogene elementer, risikerer den å fremstå som fragmentert, i betydningen at de ulike innslagene risikerer å være svakt integrert og mangle en logisk sammenheng. Grimen (2008) påpeker imidlertid at de ulike kunnskapsområdene kan få sin sammenheng i praksis, og behøver derfor ikke nødvendigvis å henge godt teoretisk sammen. Ved begrepet praktiske synteser, menes det at det praktiske styrer hvordan kunnskap henger sammen i profesjonene, og at det er de utfordringene profesjonene møter i praksis som bestemmer hvilke kunnskapselementer det er relevant å knytte sammen. Profesjoners arbeide beskrives ofte som skjønnsbasert, og fysioterapeuter må ofte foreta ulike etiske overveielser, basert på moralsk, politisk og juridisk skjønn (Grimen & Molander, 2008). Det faglige skjønnnet er viktig i profesjonell praksis, og bygger bro imellom de ulike kunnskapsparadigmene profesjonene arbeider ut ifra (Alvsvåg, 2009).

### **3.2 Profesjonell jurisdiksjon og autonomi**

Fysioterapeuter har råderett over faget fysioterapi, og har makt til å definere hva som er riktig kunnskap på feltet. Dermed har de også makt til å bestemme hva som er riktig behandling for



pasienter i en gitt situasjon. På denne måten får fysioterapeuter kontroll over visse samfunnsoppgaver. Sammenhengen mellom profesjonen og dens definerte arbeidsområde kalles jurisdiksjon (Abbott, 1988; Molander & Terum, 2008). En slik profesjonell jurisdiksjon etableres når politiske myndigheter gir en yrkesgruppe mandat til å utføre visse arbeidsoppgaver. Når fysioterapeuter gjør krav på jurisdiksjon, er dette også et krav om bruk av statsmakt, og når de tildeles retten til å utføre enkelte oppgaver er det en særbehandling i forhold til andre. Profesjonen fysioterapi delegeres myndighet av staten, og tar på seg ansvaret for at oppgavene utføres med god kvalitet. Dette danner grunnlaget for interaksjonen mellom den enkelte yrkesutøver og pasienten (Molander & Terum, 2008). Fysioterapeuter som arbeider med barn og unge med overvekt og fedme, er tildelt deler av ansvaret for denne gruppen pasienter av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2010), og det er derfor en forventning om at fysioterapeuter utfører dette arbeidet, som alt annet arbeid, faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 2020).

Samfunnets instruksjoner har blitt avhengige av spesialisert kunnskap, og profesjonene er satt til å løse praktiske problemer ved hjelp av denne kunnskapen. I tillegg til å forvalte kunnskap forvalter profesjonene store samfunnsressurser. De har definisjonsmakt og de tar beslutninger med ofte store konsekvenser for menneskers ve og vel. Begrepet profesjonell autonomi refererer til profesjoners muligheter til å gjøre selvstendige beslutninger i arbeidet (Molander & Terum, 2008). Profesjonutøvere møter mange ulike krav og forventninger fra borgerne. De må lokalt ta stilling til hvilke behov som skal imøtekommes, og dermed fungerer de som portvakter i velferdsstaten. Det er dermed mulig å forstå profesjonene som yrkesgrupper som utfører faget sitt i et spenningsfelt mellom fag og administrasjon (Molander & Terum, 2008).

### **3.3 Profesjonsetikk i fysioterapi**

Profesjonene innehar en maktposisjon da de sitter på kunnskap som den andre parten ønsker å få tilgang til, og dermed kan man si at klientene legger sine saker i profesjonsutøverens hender. Dette tillitsbaserte ansvaret innebærer samtidig et krav om rettferdiggjøring for å sikre at makten ikke misbrukes (Molander & Terum, 2008). Det stilles strenge krav til profesjonsutøveres etiske fremferd, og det forventes at fysioterapeuter handler for pasientenes beste og holder en høy etisk standard i sitt arbeide. Med autonomi følger et ansvar for at

pasientene er godt informert om fordeler, ulemper og potensiell skade en intervensjon har (Herbert, Mead, Chalmers, Hagen, & Jamtvedt, 2011). Profesjonsetikken skal verne den svake parten i profesjonelles relasjoner og sikre tillitten til profesjonen. Fysioterapeuters profesjonsetiske retningslinjer beskriver den profesjonelle standarden som det forventes at fysioterapeuter innfrir. Herunder å respektere grunnleggende menneskerettigheter og humanistiske verdier, samt at fysioterapeuter skal bidra til å utvikle et helsefremmende, inkluderende og universelt samfunn (Dahl-Michelsen, Groven, Aadland, & Nitter, 2018). Når fysioterapeuter arbeider med barn med overvekt og fedme, er de også her, forpliktet til å forholde seg til profesjonens etiske retningslinjer.

Hofmann (2016) påpeker at det er en rekke etiske utfordringer i arbeidet med barn og unge med overvekt og fedme. Å gjøre barn med høy vekt til pasienter, uten at de føler seg syke, eller har følgesykdommer, utfordrer de etiske aspektene ved tiltakene. Det pekes også på at det å gjøre barn oppmerksom på vekt, kan øke kroppspress og medvirke til et negativt syn på kroppen. En etisk innstilling i utøvelsen av helsetjenester innebærer å vurdere tiltakenes effekt opp mot nytte, og nytten skal videre vurderes opp mot risiko for skade. Når det gjelder barn med overvekt og fedme foreligger det liten sikker kunnskap om slike forhold og sammenhenger (Hofmann, 2016). At det foreligger lite sikker kunnskap fordrer en særlig varhet fra fysioterapeuter i møte med barnet, for hvordan behandlingen blir mottatt og forstått. Videre bør det reflekteres over barns reduserte selvbestemmelsesrett (Hofmann, 2016). Kun i sjeldne tilfeller vil det være barnet selv som initierer kontakt med helsevesenet. Det er et ansvar som hviler på foreldre og på den enkelte profesjonutøver å forvalte på en forsvarlig måte på vegne av barnet. Samtidig er barn tildelt rettigheter og skal bli hørt i forhold som angår dem direkte (Bjorbaekmo, Stendal Robinson, & Engebretsen, 2018; FN, 1989). Dette er utfordringer som fysioterapeuter er pliktige til å reflektere over i sin kliniske praksis, og som profesjonutøver har de også et ansvar for å kunne svare for seg og gi gode grunner for sine handlinger.

### **3.4 Kunnskapsbasert praksis i fysioterapi**

Den økonomiske, politiske og sosiale konteksten som fysioterapeuter opererer i har endret seg betraktelig det siste århundre, og det har vært et stort fokus på å kunne begrunne

fysioterapiens grunnlag i evidensbasert praksis og forskning (Nicholls 2018). Kravet om «kunnskapsbasert praksis» står i dag sterk når profesjonene skal gi gode grunner for sine handlinger (Molander & Terum, 2008). Kunnskapsbasert praksis har sin opprinnelse i begrepet kunnskapsbasert medisin (Sackett, 2000), og er en anerkjent arbeidsmåte og virkemiddel for god kvalitet og pasientsikkerhet i hele den norske helsetjenesten (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2015). Kunnskapsbasert praksis i fysioterapi innebærer at fysioterapeuter bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Det vil si å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning. Herunder å ta hensyn til pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Kunnskapsbasert praksis innebærer også å kunne kritisk vurdere forskning, samt reflektere over og evaluere egen praksis (Herbert et al., 2011).

Selv om kunnskapsbasert praksis er anerkjent i helsevesenet i dag, kritiseres det også for å bruke for snevre begreper om kunnskap og praksis, og hva som betegner gyldig evidensbasert kunnskap problematiseres (Dahl-Michelsen & Groven, 2018; Ekeland, 2009). Modellen kritiseres for at forskningsbasert kunnskap favoriseres fremfor de andre aspektene av kunnskapsbasert praksis. Under evidensbasert kunnskap problematiseres evidens-hierarkiet, ved at kvantitativ forskning med randomiserte kontrollerte studier og systematiske oversikter troner høyest. Dette kritiseres da kvalitativ forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap nedvurderes og kommer i bakgrunnen (Dahl-Michelsen & Groven, 2018; Ekeland, 2009; Greenhalgh, Howick, & Maskrey, 2014; Grimen, 2009). Dette gjør seg gjeldende når kliniske retningslinjer utvikles. Herunder også de nasjonale retningslinjene for barn med overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2010), som hovedsakelig er skrevet ut ifra kvantitative studier, som igjen kan tilskrives den økte bruken og anerkjennelsen av kunnskapsbasert praksis i helsevesenet (Jamtvedt et al., 2015). Hvordan en skal integrerer kunnskap i fra alle de tre områdene modellen omfatter, og samtidig ta hensyn til kontekstuelle forhold er en utfordring i bruk av modellen (Bjorbækmo & Evensen, 2021; Greenhalgh et al., 2014).

Flere studier kritiserer fysioterapiprofesjonen for å lene seg for mye på den evidensbaserte forskningen, herunder effekter av intervensjoner basert på kvantitativ forskning, og hevder at profesjonen mangler et tilstrekkelig teoretisk rammeverk (Nicholls, 2018; Wikström-Grotell

& Eriksson, 2012). Dermed fremmes viktigheten av å knytte filosofiske, sosiale og psykologiske teorier til kunnskapsbasert praksis, med henblikk på å oppnå en bedre forståelse for de komplekse problemstillingene fysioterapeuter møter i klinisk praksis, og dermed bidra til å tette gapet mellom teori og praksis. Det påpekes at dette kan hjelpe fysioterapeuter til å få en bedre forståelse for helheten rundt pasientene, samt et bredere syn på helse (Nicholls, 2018; Wikström-Grotell & Eriksson, 2012). Alvsvåg og Grimen taler for at teori ikke kan overføres direkte til praksis, men at teorien vil fortolkes underveis, og profesjonsutøverens faglige skjønn blir sentralt i denne prosessen (Alvsvåg, 2009; Grimen, 2008). Faglig skjønn virker som en formidlende instans imellom de ulike kunnskapssøylene i profesjonen, og avgjør hvilken type kunnskap som har relevans i situasjonen. Herunder både vitenskapelig kunnskap, erfaringsbasertkunnskap og profesjonell praksis (Alvsvåg, 2009).

### **3.5 Et helsevesen i forandring**

Fysioterapeuter manøvrerer i et helsevesen som er i forandring, og stadig blir mer kompleks (Nicholls & Gibson, 2010). Siden fysioterapiens oppstart og utvikling, har både helsevesenet og samfunnet vært i stor forandring, og grensene mellom syk og frisk har forskjøvet seg (Thornquist, 2018). Ansvarsområdet til helsevesenet har utvidet seg betraktelig og rettet seg mer mot levekår, arbeidsmiljø, fokus på folkehelseperspektivet og livsstil, samt interesse for sosial ulikhet i helse både faglig og politisk. Et samfunn som stadig er i forandring stiller nye krav til helsepersonell, og profesjonene endres og utvikles som svar på, eller etter krav fra, samfunnets skiftende verdier og normer (Brænd & Larsen, 2019). Profesjonene står dermed i et grunnleggende spenningsforhold. På den ene side blir det moderne samfunnet mer og mer avhengig av de profesjonelle sine tjenester, på den annen side stilles det spørsmålsteget ved ekspertisens evne til å følge med i kunnskapsracet (Lahn & Jensen, 2008). Fysioterapeutenes rolle i behandling og intervensjoner av overvekt og fedme, er et godt eksempel på at profesjonene har fått nye oppgaver i dagens helsevesen. Organiseringen av helsevesenet er også i endring, og produktivitet og effektivitet blir stadig mer styrende for arbeidet helseprofesjonene gjør. Brænd og Larsen (2019) hevder at faglighet på et strukturelt nivå, i stadig større grad forskyves i fra å ha bakgrunn i profesjonell opparbeidet viten til å bli styrt av generelle standarder. Transformasjonen av velferdsstaten med dens organisasjonsmåter og ulike institusjoner har stor betydning for profesjonene og deres arbeid (Brænd & Larsen, 2019).

Forståelsen av barn i helsevesenet har også endret seg betraktelig i nyere tid. Barn skal forstås som individuelle subjekter, og det skal anerkjennes at de har egne meninger, følelser og kunnskap om situasjonene de befinner seg i (Bjorbaekmo et al., 2018; Christensen, 2000). Å anerkjenne barna som kompetente subjekt, er av stor betydning for deres selvfølelse, på lik linje med at dette er viktig for voksne (Sartain, Clarke, & Heyman, 2000).

### **3.6 Det biomedisinske kunnskapsparadigme**

Fysioterapi har historisk blitt utformet og utviklet i tett tilknytning til medisin og det biomedisinske kunnskapsparadigme (Nicholls, 2018; Thornquist, 2014). Det biomedisinske kunnskapsparadigme springer ut ifra en naturvitenskapelig forståelse og knyttes til objektivitet, årsaksforklaringer og evidensbasert vitenskap (Thomassen, 2006). Innenfor den biomedisinske modell defineres helse som fravær av sykdom, og sykdom ses på som et avvik i fra det normale og normal funksjon. Modellen fokuserer på objektive spesifikke funn som knyttes til årsaksforklaringer for sykdom (Boorse, 1977; Lundström, 2008). I et biomedisinsk perspektiv blir en overvektig kropp hos barn definert ut ifra iso-KMI, hvor grensen for å være normalvektig er en iso-KMI som er mindre enn 25 (Helsedirektoratet, 2010). Dermed vil en overvektig kropp i et biomedisinsk perspektiv være avviket i fra normalen. En biomedisinsk kropp vil også ha fokus på funksjon og bevegelse, hvilket er sentrale ord innenfor fysioterapiprofesjonen (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012).

Fysioterapeutenes ansvarsoppgaver har historisk fra profesjonens begynnelse vært å stå for den fysiske rehabiliteringen av kroppen, og det biomedisinske objektive synet på kroppen har vært helt sentralt i både i utdanning og praksis, og utgjør en viktig del av fysioterapeuters profesjonelle identitet. Videre har profesjonen vært opptatt av å definere hva som er normalt, og unormalt, ved å se etter avvik og deretter tilby en behandling (Nicholls, 2018; Nicholls & Gibson, 2010). Dette gjør seg i stor grad fortsatt gjeldende i dag, og spiller en stor rolle i utdanning og praksis. Fysioterapeutstudies oppbygning er preget av biomedisinske uttrykk som; funksjon, anatomi, fysiologi, kropp og bevegelse (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Selv om det teoretiske grunnlaget til fysioterapiprofesjonen er forankret i både humanistiske, sosiale og biomedisinske paradigmer, så kritiserer studier

profesjonen for å fortsatt fokusere mest på de biomedisinske perspektivene, og at dette kommer i forgrunnen (Nicholls, 2018; Praestegaard & Gard, 2013; Setchell, Nicholls, & Gibson, 2018; Thornquist, 2014). Setchell og Abaraogu (2018) eksemplifiserer dette med at ordlyden i definisjonen av fysioterapi i flere land er preget av et språk med biomedisinske begreper, og at andre kunnskapsgrunnlag får liten plass. De trekker frem begreper som «fysisk», «trening» og «skade» som hyppig brukt. Videre antyder de at det blant fysioterapeuter er en underliggende antagelse om at fysiske problemer krever fysiske tester og fysiske behandlinger (Setchell & Abaraogu, 2018). Det må allikevel fremheves at det er forskjell i hvordan fysioterapi forstås og utøves i de ulike landene, så disse studiene er ikke helt relaterbart til norsk fysioterapipraksis. I Norge og de nordiske landene er utdanningene opptatt av å lære fysioterapistudentene om ulike vitenskapsteoretiske grunnlag som eksempelvis pedagogikk, psykologi, samfunnsvitenskap og sosialvitenskap (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Dermed er fysioterapeuter utstyrt med en rekke andre vitenskapsteoretiske perspektiver som kan brukes i samspill med den biomedisinske tilnærmingen.

Selv om det biomedisinske synet i fysioterapiprofesjonen kritiseres for å ofte komme i forgrunnen, påpekes det også at denne forståelsen er viktig i flere av fysioterapeutenes ansvarsoppgaver, og at en biomedisins tilnærming ikke nødvendigvis ser bort i fra de andre aspektene omkring helse og sykdom (Setchell & Abaraogu, 2018). Nicholls og Gibson (2010) fremhever også at den biomedisinske kroppsførståelsen kan ha medvirket til at fysioterapiyrket har oppnådd større faglig sikkerhet og anerkjennelse, men de påpeker at det også kan ha resultert i et yrke som mangler verktøy for å følge med i et helsevesen som stadig er i endring, og møte alle de komplekse sidene ved sykdom og helse (Nicholls & Gibbons, 2010). Dette gjør seg gjeldene ved at fysisk aktivitet og livsstil i nyere tid har blitt et helsepolitisk satsningsområde, som helsevesenet i dag er opptatt av og tar ansvar for. Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2010), som legger føringer for hvordan fysioterapeutene arbeider med barn med overvekt og fedme. Fysioterapeuter har med sin kunnskap om kroppens fysiologi, folkehelse, rehabilitering og trening, blitt sentrale i intervensjoner for personer med overvekt og fedme (Setchell et al., 2016).

Den biomedisinske kunnskapsbasen i fysioterapien blir utfordret i møte med kompleks livsstils problematikk, og flere studier etterlyser et mer nyansert syn hos fysioterapeuter, og mer innsikt i kompleksiteten omkring pasienter med overvekt og fedme (Groven & Heggen, 2018; Setchell et al., 2016). Rugseth og Engelsrud (2020) kritiserer retningslinjene for å omtale overvekt hos barn på en stigmatiserende måte, ved å fremstille barna og familiene som mennesker uten ressurser. De oppfordrer helsepersonell og fysioterapeuter til å arbeide med å utvikle et språk om barn med overvekt som ivaretar den andre som et kunnskapsrikt og erfarende subjekt (Rugseth & Engelsrud, 2020). Dette er begreper hentet fra en mer fenomenologisk forståelse av kroppen og kroppslige erfaringer (Thornquist, 2018). Setchell og medarbeidere (2016) har i sin studie fått frem at fysioterapeuter, på linje med samfunnet for øvrig, har stigmatiserende holdninger til overvektige personer, og at dette får betydning i måten de møter pasienter på. De oppfordrer fysioterapeuter til å reflektere over hvordan deres egne fordommer om overvekt, kan påvirke deres møte med pasientene (Setchell et al., 2016).

### 3.7 Den biopsykososiale modell

Den biopsykososiale modell ble i sin tid utviklet som et svar på kritikken av det biomedisinske vitenskapssynet hvor kropp og sjel er skilt i fra hverandre (Engel, 1977). Modellen er i dag høyt anerkjent og brukes av både WHO og Helsedirektoratet for å forklare aspektene omkring sykdom og helse (WHO, Kith, & Helsedirektoratet, 2006). Ved å ta utgangspunkt i Bertalanffy sin systemteori (Bertalanffy, 1975), mente Engel at sykdom og helse er et resultat av påvirkning av forskjellige faktorer, som på forskjellige nivåer gjensidig påvirker hverandre. Modellen tar utgangspunkt i at det er et samspill mellom kropp, sjel og omgivelser, og ifølge Engel kan det å se slike forhold i sammenheng sikre en mer helhetlig forståelse av sykdom og helse (Engel, 1977). WHO definerer helse som «*En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse*» (WHO, 1948). Definisjonen bærer preg av den biopsykososiale modell hvor sykdom og helse forstås som helhetlig, og må ses i sammenheng med biomedisinske, psykologiske og sosiale aspekter.

Borrell-Carrió og medarbeidere (2004) hevder at den biopsykososiale modell bidrar til å utvide klinikerens blikk i møte med komplekse problemstillinger ved å ha fokus på de mange aspektene av sykdom og helse (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). Modellen danner

også grunnlaget for utviklingen av Internasjonal klassifikasjon av funksjonshemming og helse (heretter ICF), som er anerkjent i helsevesenet nasjonalt og internasjonalt. ICF har til hensikt å se de ulike perspektivene av helse; herunder biologiske, individorienterte og sosiale faktorer. Den enkeltes funksjonsevne ses i samspill med kroppsfunksjoner- og kroppsstrukturer, miljøfaktorer, aktivitet og deltagelse (WHO, 2001). Innenfor muskel- og skjelett feltet har den biopsykososiale modell fått godt fotfeste, og en rekke kliniske retningslinjer anbefaler bruk av en biopsykososial tilnærming til pasienter (Ng et al., 2021), og Helsedirektoratet anbefaler modellen blant annet i sin veileder for rehabilitering og habilitering (Helsedirektoratet, 2020).

Til tross for at den biopsykososiale modellen vektlegger en helhetlig tilnærming til helse og sykdom, så har den fått kritikk for å ikke ta tilstrekkelig hensyn til pasienters subjektive opplevelse av egen sykdom. Den er også kritisert for å mangle tilstrekkelig vitenskapsfilosofisk grunnlag til å kunne veilede klinikere til å reflektere over egen rolle i møte med pasientene, samt forhold som empati, tillit, nysgjerrighet og pålitelighet i pasient-terapeut relasjonen. Paradoksalt nok blir den også kritisert for å favorisere den biomedisinske modellen, som den i sin tid var en reaksjon på (Benning, 2015; Borrell-Carrió et al., 2004).

### **3.8 Kroppssyn og profesjonell identitet**

Nicholls og Gibson (2010) hevder at selv om fysioterapiprofesjonen prøver å implementere flere teoretiske aspekter som pasientsentrert behandling, den biopsykososiale modell og ICF, har profesjonen mer eller mindre akseptert den biomedisinske kroppen som en tatt-for-gitt sannhet. Fysioterapi innebærer nøye observasjon av kropp, og pasientene gjøres ofte oppmerksomme på kroppen sin, med mål om å gjøre endringer. Studier hevder at fysioterapeuter ofte ser på kroppen med et biomedisinsk syn, og det oppfordres til mer oppmerksomhet på andre perspektiver å se på kroppen på, som eksempelvis menneskelige erfaringer med kropp, samt sosiale og kulturelle aspekter på kropp (Nicholls & Gibson, 2010; Setchell & Abaraogu, 2018). I likhet med dette hevder studier at fysioterapi som profesjon, har oversett de mange andre synene på helse og velvære, som innebærer blant annet psykologiske, kulturelle, økonomiske, sosiale og politiske aspekter, og oppfordrer fysioterapeuter til å rette oppmerksomheten mot «det hele mennesket» og hva som beriker og



påvirker et menneskeliv i møte med pasientene (Nicholls et al., 2016; Nicholls & Gibson, 2010; Setchell et al., 2018).

Nicholls (2018) hevder at det å anerkjenne de andre synene på kroppen setter fysioterapeuter i et dilemma; det å behandle pasientene mer helhetlig, vil innebære å bevege seg utenfor grensene for deres profesjonelle identitet. Det synes vanskelig å forene de andre synene på kroppen med det biomedisinske synet som står så sterkt i profesjonen (Nicholls, 2018). Gibson og medarbeidere (2018) antyder at det vedvarende fokuset på biovitenskapelige prinsipper og evidensbasert praksis, opprettholder en praksis som i beste fall bare delvis oppfyller behovene til pasientene fysioterapeuter møter i sin jobbhverdag (E Gibson, A Nicholls, Synne Groven, & Setchell, 2018).

### **3.9 Oppsummering teori**

Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om hvordan fysioterapeuter forholder seg til sitt profesjonsansvar i møte med barn med overvekt og fedme. Derfor kan en studie av hvordan et utvalg fysioterapeuter erfarer dette arbeidet belyse hvordan statlige føringer, ulike kunnskapsparadigmer og profesjonsutøvelse virker sammen og former et felt som har stor helsepolitisk oppmerksomhet.

## 4.0 Metodekapittel

I metodekapittelet beskrives hvordan jeg har kommet frem til resultatene i masteroppgaven, herunder vil jeg gjøre rede for forskningsdesign, utvalg, rekruttering, datainnsamling og analyse.

### 4.1 Kvalitativ metode og intervju

For å belyse problemstillingen er det relevant med en kvalitativ forskningstilnærming. Da jeg er ute etter fysioterapeuters refleksjoner og erfaringer er semistrukturerte dybdeintervju en godt egnet metode da det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å få frem menneskers erfaringer og opplevelser rundt et tema (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015).

### 4.2 Utvalg og rekruttering

Jeg ønsket å rekruttere 5-7 fysioterapeuter med erfaring i fra å arbeide med barn med overvekt og fedme i primærhelsetjenesten. Inklusjonskriteriene for deltagelse var at fysioterapeutene måtte jobbe med barn med overvekt og fedme i primærhelsetjenesten i en kommune på Østlandet. Med barn med overvekt og fedme menes barn og unge i alderen 0-18 år med en iso-KMI på over eller lik 25. Det var ønskelig å rekruttere fysioterapeuter av begge kjønn, og med noe variert erfaring innenfor feltet.

Rekrutteringsprosessen ble startet opp så fort godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) forelå (se vedlegg 3). Først kontaktet jeg leder for fysioterapi-tjenesten for barn og unge i de kommunene det var ønskelig å rekruttere i fra. Privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd knyttet til barn- og unge kontaktet jeg direkte. Jeg ga innledningsvis en kortfattet informasjon om prosjektet og ba om kontaktinformasjon til de fysioterapeutene som kunne være aktuelle å rekruttere. Deretter kontaktet jeg de ulike fysioterapeutene og ga kortfattet informasjon om prosjektet over telefon. I noen tilfeller sendte jeg e-post med kortfattet informasjon, dersom den som ble kontaktet ikke var tilgjengelig på telefon. Deretter spurte jeg om tillatelse til å sende mer utfyllende informasjon om prosjektet over e-post. Dersom fysioterapeutene stilte seg positive til å motta utfyllende

informasjon sendte jeg dette via e-post med gjentatt kortfattet informasjon om prosjektet og et vedlagt mer utfyllende informasjonsskriv. De som ønsket å delta tok så selv kontakt tilbake via e-post med skriftlig svar på henvendelsen. Samtykkeskjema ble utfylt i forkant av intervju.

Jeg startet i utgangspunktet å høre med fysioterapeuter i fra tre forskjellige kommuner. Da erfarte jeg at flere av de som ble spurt takket nei til å delta, noen på grunn av problemer med å sette av tid til det i en hektisk hverdag, andre da de følte at de ikke hadde tilstrekkelig erfaring med målgruppen eller slett ikke arbeidet med barn med overvekt og fedme, og noen oppga ingen grunn. Jeg erfarte at det var vanskeligere å rekruttere fysioterapeuter i fra privat praksis enn de som arbeidet kommunalt. Derfor bestemte jeg meg for å utvide rekrutteringen ved å spørre flere fysioterapeuter i flere kommuner. I alt ble fysioterapeuter i fra syv forskjellige kommuner på Østlandet forespurt.

Utvalget ble til slutt bestående av syv fysioterapeuter i fra tre forskjellige kommuner. Alle deltagerne er ansatt i kommunen, enten innenfor skolehelsetjenesten, helsestasjonen eller på frisklivssentral. Seks av syv deltagere arbeider i kommuner hvor de har gruppetilbud til familier med barn med overvekt og fedme. Samtlige deltagere har erfaring i fra livsstilsendingsgrupper for barn med overvekt og fedme. Fem av deltagerne er kvinner, og to er menn. Oversikt over deltagerne ses i tabell 1. Deltagerne ble gitt et fiktivt navn, som det også henvises til i resultatene.

**Tabell 1: Oversikt over utvalget**

<b>Deltager</b>	<b>Nåværende arbeidsplass</b>	<b>År for autorisasjon som fysioterapeut</b>	<b>Erfaring med å arbeide med barn med overvekt</b>	<b>Kjønn</b>	<b>Fiktivt navn</b>
1	Skolehelsetjenesten	2017	3 år	Kvinne	Anne
2	Skolehelsetjenesten	2016	4 år	Kvinne	Lena
3	Frisklivsentral	2003	3 år	Kvinne	Ida
4	Skolehelsetjenesten	2020	6 måneder	Mann	Ole
5	Frisklivsentral og helsestasjon	2015	3,5 år	Kvinne	Berit
6	Helsestasjon	2017	3 år	Mann	Olav
7	Helsestasjon	1996	8-10 år	Kvinne	Line

*Tabell 1: Viser oversikt over deltagerne som utgjør utvalget i masterprosjektet.*

### 4.3 Kontekst

Intervjuene hadde en varighet på inntil en klokke time. Fem av intervjuene ble utført ved personlig oppmøte ved deltagerens egen arbeidsplass, og to av intervjuene over telefon på grunn av smittevern hensyn forbundet med covid-19 pandemi. Intervjuene på deltagerens arbeidsplass ble utført på et møterom uten andre forstyrrelser. Ved telefonintervjuene ble deltagerne oppfordret til å sitte på et sted uten forstyrrelser. Jeg gjorde lydopptak av intervjuene ved bruk av Diktafon-app utviklet av Tjenester for sensitive data (TSD). Før det første intervjuet testet jeg det tekniske utstyret for å sikre at lydopptaket fungerte.

### 4.4 Intervjuprosessen

For å sikre at de viktigste områdene studien skulle belyse ble besvart, utarbeidet jeg en intervjuguide med forslag til sentrale temaer og spørsmål (se vedlegg 1). Temaene som ble tatt opp var: fysioterapeutens rolle og arbeidsoppgaver, hvor fysioterapeutene henter kunnskap i fra, samarbeid med familien, tverrfaglig samarbeid med andre helseprofesjoner og

stigmatisering omkring det å være overvektig. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) skal intervjuet være deskriptivt, og dermed er det viktig å oppfordre intervjupersonene til å beskrive det de opplever, føler og erfarer, så nøyaktig og detaljert som mulig. Dette er noe jeg prøvde å ha fokus på hele veien underveis i intervjuene, og jeg etterstrebet å stille oppfølgings spørsmål på det som ble sagt for å få dypere og erfaringsnære beskrivelser. Eksempler på oppfølgings spørsmål jeg stilte var «*kan du si noe mer om det?*» eller «*har du eksempler på en slik situasjon?*» og «*Hvordan opplevde du det?*».

Forskerens rolle er av stor betydning i kvalitativ forskning og ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er forskeren selv det viktigste redskapet for å innhente kunnskap under intervjuet. Selve intervjuet er en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess hvor kunnskap produseres i en samtalerelasjon mellom deltagerne og meg som forsker. Underveis i prosessen opplevde jeg å utvikle meg i forskerrollen. Jeg fikk mer erfaring med å være i en intervjusituasjon, og erfarte at det etter hvert ble lettere å frigjøre seg i fra intervjuguiden, og å snakke mer fritt omkring temaene. Allerede ved det første intervjuet oppdaget jeg at deltagerne kom inn på de fleste temaene av seg selv, og dette ga en god betryggelse på at temaene jeg ønsket å belyse var relevante. De første intervjuene ga også innsikt i, og nye refleksjoner omkring temaer som ble tatt opp av deltagerne, som jeg i utgangspunktet ikke hadde tenkt på. På denne måten ble intervjuguiden endret noe etter de to første intervjuene. Etter hvert intervju skrev jeg et refleksjonsnotat om tanker jeg gjorde meg direkte etter intervjuet, og tanker om hva jeg eventuelt skulle gjøre annerledes til neste intervju.

Forskerens egne verbale og kroppslige responser kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015) påvirke deltagernes svar under en intervjusituasjon. Etter å ha hørt på lydopptaket etter det første intervjuet ble jeg oppmerksom på at jeg enkelte ganger kommenterte spontant på noe som ble sagt, uten å direkte stille spørsmål tilbake til deltagerne. Dette fikk meg til å reflektere yttligere over hvordan mine kommentarer kunne påvirke intervjusituasjonen. I de neste intervjuene tilstrebet jeg å omformulere kommentarene mine til spørsmål som vente tilbake til deltagerne, slik at jeg fikk deres refleksjoner omkring temaet jeg spontant ønsket å kommentere på. På denne måten opplevde jeg at det å forfølge det som fanget min interesse, var en fin metode til å stille oppfølgende spørsmål. Selv om jeg hadde fokus på å holde mine

egne synspunkter tilbake, vil allikevel min tilstedeværelse være merkbar og prege intervjusituasjonen (Kvale et al., 2015).

#### 4.4.1 Kvalitetssikring av intervju

Underveis i intervjuprosessen har jeg forholdt meg til Kvale og Brinkmann (2015) sitt forslag til sjekklister for kvalitetssikring av kvalitative intervjuer. Intervjuets kvalitet kan vurderes ut ifra om man får spontane, innholdsrike og relevante svar i fra deltagerne, og jeg har derfor hatt fokus på å ikke stille ledende spørsmål. Korte spørsmål og lange svar i fra deltagerne er et kvalitetstegn (Kvale et al., 2015), og dette er noe jeg etter de første intervjuene merket meg som en kvalitetssikring av intervjuguiden. Deltagerne snakket flytende i lengre tid før jeg hadde behov for å komme med et nytt spørsmål, og dette indikerte at intervjuguiden fungerte, da jeg så at jeg fikk informative, relevante og spontane svar i fra de spørsmålene jeg stilte.

Oppfølgende spørsmål om relevante temaer er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) viktig, og dette ble ivaretatt da jeg under intervjuene løpende stilte oppfølgende spørsmål da deltagerne kom inn på noe jeg oppfattet som interessant. Underveis i analysen reflekterte jeg over at det enkelte steder hadde vært relevant med flere oppfølgingsspørsmål. Som ny i forskerrollen vil man alltid ha et forbedringspotensial, og det kan tenkes at jeg hadde fått enda dypere beskrivelser og refleksjoner hvis jeg hadde stilt flere oppfølgende spørsmål. Intervjuerens evne til å tolke underveis i intervjuet, samt å verifisere tolkningene av deltagerens svar er også en viktig kvalitetssikring for studiens validitet (Kvale et al., 2015). Dette hadde jeg med meg under intervjuene, og brukte spørsmål som «*forstår jeg det du sier riktig når..?*» Dette opplevde jeg som positivt da jeg fikk bekreftet mine tolkninger underveis.

#### 4.5 Transkripsjon

Transkripsjon er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst. Intervjuene ble transkribert kort tid etter utførelse. Ved at intervjuene blir transkribert, blir intervjusamtalene strukturert slik at de bedre egner seg for analyse. Det er viktig å være bevisst at det ikke-verbalet språket, herunder kroppsspråk, samt andre språklige elementer som for eksempel stemmeleie og ironi, uteblir ved omforming av

det muntlig intervjuet til en transkripsjon (Kvale et al., 2015). Jeg har utført samtlige transkripsjoner selv, og dette anser jeg som en styrke i studien da jeg lærte mye om min egen intervjuerstil underveis, og kunne starte analysen allerede under transkripsjonen.

Transkripsjonen ble utført ordrett, og pauseord, lyder som for eksempel latter, samt pauser ble notert. Dette valgte jeg da en direkte gjengivelse opplevdes mest lojalt ovenfor deltagerne samt for å bevare transkripsjonenes gyldighet.

#### **4.6 Tematisk analyse**

For å analysere datamaterialet tok jeg utgangspunkt i Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse. Jeg valgte å bruke tematisk analyse på bakgrunn av at den betegnes som en grunnleggende og studentvennlig analysemetode, som kan brukes både for seg selv og i kombinasjon med ulike teorier og perspektiver (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2018). Metoden er siden den ble lansert videreutviklet og kalles nå reflektiv tematisk analyse. Braun og Clarke understreker i nyere artikler viktigheten av forskerens subjektivitet som analytisk ressurs og forskerens refleksive engasjement med teori, data og tolkning (Braun & Clarke, 2019, 2020).

I tematisk analyse ser man etter temaer i dataene ved å se etter en gruppering av data med viktige fellestrekk. Temaene skal til sammen utgjøre svaret på forskningsspørsmålet. Tematisk analyse er en trinnvis prosess og består av til sammen seks trinn, hvor man starter med å gjøre seg kjent med datamaterialet og danne seg en oversikt. Deretter lages det koder, som etter hvert utvikles til egne temaer. Temaene skal vurderes kritisk, og til slutt defineres og tydeliggjøres. Analysen avsluttes ved at man skriver temaene frem til resultatdelen i oppgaven (Braun & Clarke, 2006). Selv om tematisk analyse er en trinnvis prosess, påpeker Braun og Clarke (2020) at trinnene ikke nødvendigvis må følges kronologisk. Etter hvert som den analytiske ferdigheten utvikles hos forskeren, vil fasene blandes noe sammen. Dette er noe jeg erfarte underveis i analyseprosessen. Jeg startet med å følge trinnene i kronologisk rekkefølge, men oppdaget fort at analyseprosessen ble en dynamisk prosess hvor jeg stadig flyttet meg imellom trinnene.

## 4.7 Analyseprosessen

Analysen startet allerede under transkriberingen. Her skrev jeg ned tanker og refleksjoner som dukket opp underveis som jeg hørte på intervjuene. Deretter ble alle transkripsjonene lest igjennom, og jeg skrev ned notater underveis i et eget dokument. Allerede her dukket det opp forslag til temaer og ting jeg oppfattet som relevant og interessant. Ved gjennomlesning nummer to av transkriberingene, gullet jeg ut det som fanget interesse og skrev så et lite notat i margen som oppsummerte hva som var interessant ved denne markeringen. Underveis i gjennomlesningen hadde jeg spørsmål i bakhodet som «*hva handler dette om?*», «*hva er det de sier, når de sier det de sier?*» og «*hva trekker deltagerne frem?*». Jeg opplevde at stikkordene jeg skrev i margen gjorde det lettere å finne tilbake til relevante og viktige poeng. Refleksjoner og innfall jeg fikk underveis ble igjennom hele analysen notert i et eget dokument.

Jeg opplevde at jeg gullet ut mye ved første gjennomlesning av transkripsjoner, gjerne flere setninger og avsnitt. Derfor anså jeg denne første markeringen som en grovkoding, og leste igjen over med tanke om at jeg skulle gå dypere i materialet og kode essensen av det som var viktig. På denne måten ble kodingen mer detaljert underveis. I tabell 2 viser jeg eksempler på hvordan kodingen foregikk.



**Tabell 2: Eksempler på koding:**

Sitater	Notater/oppsummeringer
<p><i>Men det er ikke sånn at jeg prater mye om den overvekten. Jeg prater heller om det som er nyttig, litt om det å være i fysisk aktivitet og hva det fremmer av fysisk og psykisk helse og kroppen generelt da. For å takke ja til dette så forplikter det at alle er med; altså mor og far, og barnet. Og at de deltar hver gang så sant at man ikke er syk.</i></p>	<p>Ikke fokus på overvekten.</p> <p>Ønsker å snakke om fysisk aktivitet og kroppen.</p> <p>Stiller krav til at hele familien deltar.</p>
<p><i>Og det vi ofte ser da er jo at det er en overvekt, det er jo det som er avviket, det er jo det som er fanget opp. Også kommer de inn til oss. Til inntakssamtaler og man får kartlegget litt, og hørt om litt mål de har, så vi kan følge opp det. Men så er det jo, når man blir kjent med disse familiene, så er det jo at det er mange andre faktorer som spiller inn.</i></p>	<p>Barna fanges opp pga. overvekten.</p> <p>Sammensatt problem og mange faktorer påvirker.</p>
<p><i>Det er det å være god på fysisk aktivitet. Motivere, og legge opp aktivitet som er lystbetont. Vite om hva som er normalt for en 3. klassing motorisk. Kunne så mye om kropp og hodet, og hvordan det henger sammen. Fremme dette med mestring. Så jeg tenker at vi er kjempeviktige</i></p>	<p>Fysioterapeuters oppfatning av egen rolle.</p> <p>Fysioterapeuter er gode på fysisk aktivitet og har kunnskap om kroppen.</p>

Tabell 2 eksempel på koding

Etter første grovkoding, og deretter en mer detaljert koding, ble transkriberingene lest igjennom på nytt og sitatene som var gule ut, ble klippet ut og satt under foreløpige temaer. Jeg starter med mange overordnede temaer, og etter første forsøk på å dele inn i temaer, satt jeg igjen med 33 temaer. Jeg forsto fort at mange av disse kunne slås sammen, da de inneholdt mye av de samme sitatene. Det ble tydelig at noen temaer skilte seg ut som mer viktige, da store deler av datamaterialet havnet under disse kategoriene. På denne måten fikk jeg et inntrykk av hva som kunne være hovedtemaer i materialet.

I valg av hovedtemaer har jeg valgt de temaene som fyller størst del av datamaterialet mitt, men jeg har også valgt etter hva jeg opplever som interessant å belyse. Dette er i tråd med Braun og Clarke (2006) sine anbefalinger, da det ikke er noen fasit-svar på når noe kan regnes

som et tema i materialet. Det er opp til forskerens dømmekraft å anerkjenne hva et tema er, da temaene gjerne fanger opp noe viktig i forhold til forskningsspørsmålet. Selv om det er en fleksibel metode, er det viktig at man er konsekvent underveis i analysen i det man velger å gjøre (Braun & Clarke, 2006), og dette har jeg hatt fokus på at skal bli ivaretatt underveis i analysen.

For å få en oversikt over hva som var essensen i hvert tema, skrev jeg oppsummeringer under hver av de 33 temaene. Etter å ha gjort dette så jeg at mange av temaene gikk over i hverandre, og dette gjorde jobben med å slå sammen temaer betydelig lettere. Etter nøye gjennomgang av oppsummeringene, kortet jeg ned til 14 temaer. Deretter slo jeg sammen igjen og forkastet noe jeg ikke syntes var av så stor interesse og ente opp på syv temaer, som jeg igjen slo sammen til tre overordnede temaer. Jeg hadde underveis i analyseprosessen tett dialog med veileder, hvor vi diskuterte det som kom frem underveis, samt diskuterte de ulike temaene.

Da jeg hadde bestemt meg for de tre hovedtemaene jeg ønsket å fokusere på, startet jeg prosessen med å skrive frem resultatene til en sammenhengende tekst. Her satt jeg også sammen med veileder, og brøt deler av teksten i fra hverandre, setning for setning, for å på best mulig måte få frem empirien i resultatene. Dette var en lang prosess, og jeg opplevde at analysen ble en dynamisk prosess hvor jeg flyttet meg imellom de ulike trinnene i analysen, for på best mulig måte å få frem meningsinnholdet. Jeg har vært opptatt av å beholde meningsinnholdet i sitatene og har tilstrebet at de skal være ordrett det som ble sagt. Enkelte ganger har jeg skrevet de litt på en annen måte, for å gjøre teksten mer tilgjengelig for leseren. Dette gjorde jeg kun hvis det jeg ønsket å få frem ble sagt på en veldig muntlig måte som fremsto uklart på tekst. Her har jeg vært veldig nøye på at meningsinnholdet i sitatene skal forbli det samme. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann`s (2015) anbefalinger om å fremstille sitater på en sammenhengende måte, for å hindre at deltagerne sitt muntlige språk blir direkte gjengitt i tekst, da dette noen ganger kan fremstå rotete og kan i verste fall føre til stigmatisering av deltagerne.

Under analysen ønsket jeg i hovedsak å jobbe emirinært og være åpen for det som fanget oppmerksomheten min underveis. Dermed startet jeg analysen etter en induktiv metode, hvor dataene kodes uten å få de til å passe inn i en teoretisk ramme eller mine egne analytiske forutsetninger (Braun & Clarke, 2006). På denne måten er analysen datadreven, og det ble kodet med tanke på at forskningsspørsmålet ble formet underveis i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006). Jeg merket allikevel at min forforståelse, og tanker om teoretisk perspektiv, påvirket det jeg synes var interessant og hva jeg har sett etter i materialet. Dermed er jeg som forsker med å former datamaterialet. Dette er i tråd med Braun og Clarke`s (2019) tematiske analyse da de fremhever at forskeren ikke kan legge vekk sin egen forforståelse og teoretiske kunnskap, men heller fremmer viktigheten av forskerens subjektivitet som analytisk ressurs. På denne måten trenger ikke analysen å være enten induktiv eller deduktiv, men en kombinasjon av begge metoder (Braun & Clarke, 2019). Dette benyttet jeg meg mer spesifikt av da jeg hadde bestemt meg for de tre hovedtemaene, og skrevet resultatene til en sammenhengende tekst. Da leste jeg igjennom resultatene på nytt med et profesjonsteoretisk blikk, samt med de ulike kunnskapsparadigmene jeg har som teoretisk rammeverk for masteroppgaven i bakhodet. Dette gjorde at jeg så resultatene med et nytt teoretisk blikk, som ble en ressurs for å se yttligere analytiske poeng som jeg senere har trukket frem i diskusjonen.

#### 4.8 Ethiske overveielser

Det vil alltid være etiske problemstillinger som bør tas stilling til i et masterprosjekt, herunder etiske overveielser under rekruttering, intervjuet, bearbeidelse og oppbevaring av data (Kvale et al., 2015). Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Norsk senter for forskningsdata, 2019). All forskning skal være basert på et frivillig og informert samtykke (Fangen, 2010). Det ble utarbeidet utfyllende informasjonsskriv og skriftlig informert samtykke i henhold til NSD sine retningslinjer (se vedlegg 2). Deltagerne måtte underskrive samtykkeskjema i forkant av intervjuet. De har hatt mulighet til og når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, og dette vil ikke ha noen negative konsekvenser.

Data ble lagret på OsloMet sin Tjeneste for sensitive data (TSD), for å sikre at personidentifiserende data oppbevares på en trygg måte (Bakketeig & Magnus, 2002). Det ble ikke ansett som nødvendig å søke Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk, da prosjektet ikke defineres under Helseforsikringsloven og kun retter seg mot fysioterapeutene sitt arbeid. Det skal verken skal forskes på mennesker eller innhentes helseopplysninger om de som deltar i studien.

Konfidensialitet i forskning vil si at man ikke skal offentliggjøre data som kan avsløre den personlige identiteten til den det skrives om (Fangen 2010). Derfor ble deltagerne aidentifisert ved å fjerne personnavn, stedsnavn, organisasjonsnavn og annet som kan avsløre enkeltindividers identitet. Navn og kontaktopplysninger på deltagerne ble erstattet med en kode som ble lagret på egen navneliste adskilt fra øvrige data på innlåst sted. Deltagerne ble tildelt nummer 1-7, og fikk etter hvert et fiktive navn.

Lyddopptak av intervju ble innhentet via Diktafon-app utviklet av TSD. Lydfilen ble mellomlagret på telefonen og sendt i kryptert form inn til TSD via et nettskjema. Det har ikke vært mulig å spille av intervjuet på telefonen. Når intervjuene ble transkribert, ble de direkte anonymisert og aidentifisert.

I forbindelse med tilgang til TSD utførte jeg en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse). I personvernforordningen (GDPR) fremkommer det at prosjekter skal gjennomføre en risikovurdering før personopplysninger skal behandles (Personopplysningsloven, 2019). En risikovurdering vil avdekke de sårbarheter som finnes og som kan oppstå i prosjektet. På bakgrunn av dette skal det iverksettes tiltak for å forebygge hendelser med uakseptabel høy risiko. Dette var nyttig for å bli bevisst hvilke risikoer som forelå, og for å systematisk tenke igjennom hvordan jeg som forsker kan minimere denne risikoen for at datamaterialet og personidentifiserende opplysninger kommer på avveie. ROS-analysen viser at prosjektet vil sikre trygg datalagring, og ivareta deltageres personvern på en god måte.

#### **4.9 Ethiske refleksjoner**

Etikk har grunnleggende betydning for intervjuforskning, og er sentralt i alle delene av arbeidet med masteroppgaven. Det er flere etiske og moralske problemstillinger som må tas hensyn til og reflekteres over underveis prosessen og samt ved ferdigstilling av

masteroppgaven (Kvale et al., 2015). Selv om kunnskapen som skapes i intervjuet er et samspill mellom meg som forsker og deltagerne, vil det være et asymmetrisk maktforhold der jeg som forsker har bestemt tema for intervjuet på forhånd og det er jeg som stiller spørsmålene (Kvale et al., 2015). Da jeg selv er fysioterapeut og har satt meg godt inn i temaet det skal snakkes om, kan dette påvirke til at deltagerne kan føle seg forpliktet til å si det de tror at jeg ønsker å høre fremfor å snakke helt fritt ifra egne erfaringer.

De kan også oppleve at de må svare for seg, ved at jeg kan ha utfordret de på deres faglighet og satt i gang refleksjoner de kanskje ikke hadde forutsett at skulle komme underveis i intervjuet. I etterkant av et intervju kan det også dukke opp refleksjoner omkring hva man sa, og en usikkerhet på om det ble tolket slik deltagerne ønsket å få det frem. Deltagerne er fysioterapeuter og er vant til å jobbe selvstendig og har en faglig autoritet. Denne autoriteten kan bli utfordret da deltagerne i en intervjusituasjon er den som blir spurt spørsmål, og dette kan være en sårbar setting for fysioterapeuter som vanligvis er de som styrer samtalen og har «kontrollen» i rommet som helsepersonell. Det må også reflekteres over at deltagernes egen selvforståelse ikke nødvendigvis stemmer overens med mine resultater. Jeg har underveis i prosessen tilstrebet at deltagerne skal ivaretas etisk, både under intervju, i videre analyse og i fremstilling av resultater.

#### **4.10 Prosjektorganisasjon**

Masteroppgaven er en del av studiet Master i fysioterapi ved OsloMet. Veileder er førsteamanuensis II Gro Rugseth ved Norges idrettshøyskole og biveileder er professor Wenche Bjorbækmo ved OsloMet. Masteroppgaven skrives som en monografi.

## 4.11 Metodiske refleksjoner

I de neste avsnittene vil ulike metodiske refleksjoner jeg har gjort meg utover det som nevnes i metodekapittelet gjøres rede for og drøftes.

### 4.11.1 Utvalg og intervjuprosessen

Jeg kunne med fordel ha fått et bredere bilde av hvordan fysioterapeuter arbeider med barn med overvekt og fedme i primærhelsetjenesten hvis jeg hadde hatt et mer variert utvalg; herunder mer variasjon i erfaring, arbeidsplasser og kjønnsfordeling av deltagerne. På grunn av masteroppgavens omfang og tidsaspekt, ble det ikke satt mer spesifikke krav for variasjon i utvalget da det viktigste var å få rekruttert noen som kunne gi interessant informasjon til å besvare problemstillingen. Jeg mener allikevel at det er en styrke at utvalget består av deltagere med ulik lenge erfaring innenfor feltet, at de er i fra forskjellige kommuner samt en kjønnsfordeling med både kvinner og menn.

To av intervjuene ble utført over telefon på grunn av smittevern hensyn i forbindelse med koronapandemi. Resterende intervjuer ble utført ved fysisk oppmøte. Dermed er ikke alle intervjuene helt sammenlignbare, da det er en vesentlig forskjell på telefonsamtale og fysisk samtale. Jeg opplevde at telefonintervjuene ble noe mer spørsmål-svar preget enn de fysiske intervjuene der det var lettere å få til en flyt i samtalen. Over telefon får man ikke se non-verbal kommunikasjon, og dette kan ha påvirket min evne til å lese deltagerne, og kan ha ført til at jeg raskere kom med oppfølgingsspørsmål enn jeg kanskje ville ha gjort ved et fysisk intervju. Ved de fysiske intervjuene ble det også mer rom for uformell samtale i forkant og etterkant av intervju. Denne småpratene før selve intervjuet, opplevde jeg som nyttig for å få en god relasjon til deltagerne, og intervjusettingen ble dermed ikke så kunstig som den kanskje kan oppfattes som når man går rett til spørsmålene. I ettertid ser jeg at en bedre løsning kunne være å benytte seg av elektronisk videointervju, da dette gir mer rom for non-verbal kommunikasjon, samt at det å se et ansikt under intervjuet kan tenkes å være mer tillitsskapende. Det er mulig at dette ville ha gitt noen andre funn, men jeg opplevde allikevel å få mye interessant ut av telefonintervjuene.

#### 4.11.2 Forskerens rolle og egen forforståelse

Vel vitende om at foreliggende forskningen på feltet, viser begrensede effekter for intervensjoner for barn med overvekt og fedme, var dette noe jeg har undret meg mye over i forkant av prosjektet. Jeg har også reflektert mye over hvordan barn med overvekt og fedme møtes i helsevesenet, og hvordan de nasjonale retningslinjene er utformet og legger føringer for fysioterapeuter. Egen forforståelse vil alltid påvirke resultatene i kvalitativ forskning da det ikke er mulig å legge forforståelsen i fra seg (Kvale et al., 2015). Dermed har min forforståelse hatt en påvirkning igjennom hele forskningsprosessen, helt fra forberedelse av intervju, under intervju- og analyseprosessen, og har vært medvirkende for hva som til slutt ble de tre overordnede temaene som utgjør resultatene.

Jeg erkjenner at jeg som masterstudent er ny i forskerrollen, og min manglende erfaring med kvalitativ forskning vil kunne påvirke i alle deler av prosessen. Min bakgrunn som fysioterapeut vil eksempelvis påvirke intervjusituasjonen. At jeg har intervjuet fysioterapeuter kan være positivt ved at vi snakker det samme faglige språket. Det kan også ha påvirket i negativ retning da det kan tenkes at en som ikke har fysioterapeutisk bakgrunn vil kunne ha belyst temaet på en mer utenforstående måte. Selv om jeg er fysioterapeut, har jeg ikke selv noe særlig erfaring med å jobbe med barn med overvekt- og fedme. Dette tenker jeg at kan være en styrke, da jeg kanskje har lettere for være åpen for det som dukket opp underveis enn en som har mye erfaring innenfor feltet. Under intervjuene har min forforståelse og egen interesse for feltet har hatt betydning for hvilke spørsmål jeg stilte og hvordan jeg tolket underveis. Min forforståelse har også gjort seg gjeldene i analysen, og jeg har underveis reflektert mye over min egen rolle som forsker. Jeg etterstrebet et klart skille på hva deltagerne faktisk sa, og hva som etter hvert ble min tolkning av det de sa. Det profesjonsteoretiske perspektivet, kunnskap om ulike kunnskapsparadigmer i fysioterapi og interesse for helsepolitiske føringer har hatt avgjørende betydning for hva jeg har oppfattet som interessant i valg av temaer. Jeg anerkjenner, i tråd med Kvale og Brinkmann (2015), at det ikke finnes en korrekt fortolkning av analysen, og det kan tenkes at en annen forsker ville ha trukket frem noe annet som sentrale funn.

#### **4.12 Studiens pålitelighet og gyldighet**

Reliabilitet i kvalitativ metode omhandler forskningsresultatenes pålitelighet og troverdighet. Validitet sier noe om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, altså gyldigheten av funnene. Validering gjøres i alle fasene i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015). Jeg har etterstrebet å detaljert forklare i metodekapittelet hvordan jeg har kommet frem til resultatene, og på denne måten sikre at studien er transparent for leseren.

#### **4.13 Studiens generaliserbarhet**

Studiens generaliserbarhet sier noe om hvorvidt resultatene kan overføres til andre kontekster og situasjoner (Kvale et al., 2015). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan leseren ved en analytisk generalisering vurdere om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon, basert på detaljerte kontekstuelle beskrivelser av studien. Jeg har i metodedelen hatt fokus på detaljert beskrivelse av hvordan jeg har kommet frem til resultatene, og dette er en styrke når leseren skal evaluere studiens troverdighet. Da utvalget er lite bør man generalisere til andre kontekster med forsiktighet. Studien er uansett med å belyse et relevant tema som muligens kan knyttes til ulike situasjoner fysioterapeuter kan kjenne seg igjen i, men det blir det opp til leseren å vurdere om studiens funn er relaterbart til egen praksis.



## 5.0 Resultater

I de neste avsnittene vil jeg presentere masterprosjektets resultater. Fysioterapeutene jeg har hatt samtaler med gjør seg mange refleksjoner over sitt arbeide i møte med barn med overvekt og fedme, og her vil jeg presentere de ulike temaene som analysene har fått frem.

Innledningsvis vil jeg beskrive den generelle konteksten for livsstilsendingsgruppene deltagerne arbeider med. Resultatene er deretter organisert etter tre overordnede temaer, hvor jeg har valgt å bruke beskrivende sitater som navn på temaene. Det første temaet omhandler fysioterapeutens opplevelse av egen rolle innenfor feltet. Det andre temaet belyser kompleksiteten ved å arbeide med feltet, og det tredje temaet beskriver fysioterapeutenes refleksjoner omkring samtaler de har med barna de møter i praksis.

### 5.1 Livsstilsendingsgruppenes utforming

Livsstilsendingsgruppene deltagerne arbeider med er alle tverrfaglige og familiesentrerte. Alle gruppetilbudene har med fagpersonene fysioterapeut og helsesykepleier. Noen har også med ergoterapeut, ernæringsfysiolog og psykolog. I gruppene møtes de 1 x per uke, noen i ett helt skoleår, andre i 8-12 uker. Livsstilsendingsgruppene er et tilbud for barn i 1.-7. klasse. Noen har grupper for barn fra 1.-4. trinn, mens andre i fra 3.-5, eller 3.-7. klasse. Det stilles krav til at både barn og foreldre deltar. Gruppene inneholder ulike aktiviteter, samt samtalegrupper og undervisning for foreldrene. Temaene som tas opp på samtalegruppene er blant annet; fysisk aktivitet, kosthold, grensesetting, hva som er bra for kroppen og følelser knyttet til mat. Felles for alle livsstilsendingsgruppene er at fysioterapeuten har ansvaret for fysisk aktivitet og trening. Det overordnede målet med gruppene er at barna og familiene skal introduseres for et spekter av ulike aktiviteter de kan gjøre sammen som familie, eller at barna finner en fritidsaktivitet de trives med. At barna får oppleve mestring med å være i aktivitet, samt opplevelse av bevegelsesglede er sentralt i formålet med gruppene. Gruppene skal være preget av lek og moro, uten et konkurransepreg. Enkelte av gruppene har også fokus på å øve på motoriske ferdigheter, med mål om at barna skal kunne delta mer i aktivitet med jevnaldrende.

## 5.2 «Vi er kjempeviktige i arbeide med barn med overvekt og fedme»

Det er stor enighet blant deltagerne om at de ser på fysioterapeuter som viktig i arbeide med barn og unge med overvekt og fedme, som Line sier: «*Jeg tenker at vi er kjempeviktige i det tverrfaglige arbeide omkring barn med overvekt og fedme*». Når fysioterapeutene snakker om sitt ansvarsområde innenfor feltet trekker de frem det å fremme fysisk aktivitet som deres hovedoppgave. De trekker også frem evne til å motivere og legge opp til lystbetont aktivitet for å fremme mestring. Herunder å bidra til å finne ulike aktiviteter som barna trives med, samt aktiviteter som familien kan gjøre sammen. Når Line snakker om formål med livsstilsendingsgruppen, sier hun: «*Så håper jo jeg da, at selv om ikke de går ned i vekt, så vet vi at det å være i fysisk aktivitet, er jo mye viktigere enn å være veldig slank og inaktiv*». Her understreker Line at hennes mål som fysioterapeut er at barna skal bli mer fysisk aktive, og at dette er viktigere enn målet om å gå ned i vekt.

Det å legge til rette for at barna skal føle mestring og bevegelsesglede oppfattes av alle fysioterapeutene som en sentral del av deres oppgave innenfor feltet. For at barna skal få kjenne mestring i aktivitet, mener fysioterapeutene at det er viktig å kunne tilpasse nivået til hvert enkelt barn. Dette er en ferdighet fysioterapeutene opplever at de som faggruppe er gode på, som Line uttrykker: «*Det å vite så mye om kroppen og motorikk at vi kan tenke; nå ser jeg at dette barnet ikke kan stupe kråke, hvilket ledd skal jeg videre igjennom da i forkant for å få det til, slik at barnet kjenner mestring*». Line vektlegger fysioterapeuters kunnskap om kropp og motorikk. Hun fremhever hvordan hun bruker denne kunnskapen til å analysere barnets bevegelser til å finne ut av hva som er vanskelig, og som de kan øve mer på for å få til. Hun uttrykker med dette en forståelse av at fysioterapeutenes kunnskap om hvordan instruere og planlegge for motorisk ferdighetstrening, er et sentralt bidrag i livsstilsendingsopplegg for barn med overvekt og fedme.

Fysioterapeutene opplever at mange av barna med overvekt og fedme ikke har fått kjenne på så mye mestring i aktivitet og bevegelse. Når Anne snakker om dette med mestring, trekker hun frem at hun opplever at mange av barna hun møter kun har kroppsøvingstimen på skolen som assosiasjon til fysisk aktivitet: «*Det kan være ganske begrenset hva barn blir eksponert for av aktivitet*». Videre ytrer hun at det er varierende hvordan kroppsøving ivaretas i skolen,

og for noen er det mye fokus på for eksempel ballspill. Hvis barnet ikke mestrer ballspill og dette er det eneste de blir eksponert for, vil de heller ikke oppleve glede ved å være i fysisk aktivitet. Her mener Anne at hun som fysioterapeut har mye å bidra med: «*Så det å være en profesjon som kan et spekter av aktiviteter og som kan hjelpe barna til å finne et område hvor de kjenner mestring i bevegelse synes jeg er meningsfylt.*» For Anne blir oppgavene som fysioterapeut meningsfulle når hun opplever at barna får til ting. Hun opplever at hun har mye kunnskap om fysisk aktivitet, som hun kan bruke i arbeidet med barna, og er særlig opptatt av å kunne bidra til at barn med overvekt og fedme opplever bevegelsesglede og mestring.

Lena opplever også at arbeidet hennes som fysioterapeut blir meningsfylt når barna får til noe de ikke har kunnet før. Når hun snakker om dette trekker hun frem eksempler hvor barna mestrer nye motoriske ferdigheter som det å hinke eller hoppe tau. Det kan også være opplevelser barna forteller om, eksempelvis at de har klart å gå en fjelltur uten å få vondt i bena. Dette opplever Lena som givende: «*Det føles så godt betalt, når man har jobbet med noe over tid og ser den gleden barna får når de mestrer.*» Lena er opptatt av at det arbeidet hun som fysioterapeut legger ned i livsstilsendingsgruppene, føles verdt alt arbeidet og de utfordringene hun støter på, når hun ser gleden barna uttrykker når de mestrer.

### **5.3 «Overvekten er ofte en del av et større bilde»**

Fysioterapeutene omtaler det å jobbe med barn med overvekt og fedme som komplekst. Selve ordet «kompleks» kommer i fra latin og betyr «å slynge seg om, sammenfatte, inneholde.» Det at noe er *komplekst* betyr at det er sammensatt av mange elementer eller er mangesidig (Rzadkowska, 2020). Begrepet *kompleksitet* defineres følgende av store norske leksikon: «*Et problem med mye kompleksitet er et innviklet og uoversiktlig problem man ikke kan finne løsningen på med én gang*» (Eilertsen & Zawadzka Persvold, 2019). Når fysioterapeutene snakker om at det å jobbe med barn med overvekt- og fedme er komplekst, nevner de flere eksempler. Det at overvekten kan være et symptom på noe annet, og en del av et større bilde, er noe som nevnes av samtlige deltagere. Når Lena bruker begrepet «komplekst» snakker hun om at det er en utfordrende gruppe barn å jobbe med fordi hun opplever at utfordringene barna og familiene har ofte er sammensatt: «*Det vi ser ganske ofte er at overvekten kan være et symptom på noe annet, og er ikke alltid hovedårsaken til de utfordringene barnet har.*»

Med dette påpeker Lena at barna de får henvist for overvekt, ofte har andre utfordringer utover overvekten. Når Olav snakker om årsaker til overvekt hos barn, påpeker han, i likhet med Lena, at det ofte er sammensatt: *«Jeg opplever at det er mange årsaker som kan spille inn på overvekten. At ikke det nødvendigvis er at man har spist for mye eller beveger seg for lite. Det synes jeg at vi møter ganske sjeldent.»* I likhet med Olav og Lena er alle fysioterapeutene opptatt av at det sjelden er et fasitsvar i forhold til hva som forårsaker overvekten, og det blir viktig å se det hele bildet rundt barnet.

Selv om fysioterapeutene ønsker å se konteksten rundt barnet, opplever de at dette er utfordrende i praksis og etterlyser mer tydelige føringer. Når Ole snakker om retningslinjene de har å forholde seg til, trekker han frem at det er en generell enighet om at tiltak som kosthold og aktivitet er elementært, men han opplever det som lite gjennomarbeidet med tanke på hvordan man skal jobbe i praksis: *«Implementeringen av det er veldig vanskelig, for vi ser at det er ikke så svart og hvitt som det fremstår i tiltak, det er mer komplekst enn som så, og effekten av tiltakene som gjøres vet vi at er lav.»* Med dette påpeker Ole en opplevelse av at noe mangler i de føringene fysioterapeutene har. Lena og Ida uttrykker også at de savner noen oppdaterte retningslinjer for hvordan man som fysioterapeut kan jobbe med barn med overvekt og fedme. Lena opplever at det er lite forskning på feltet, og uttrykker en fortvilelse over manglende tilgang på nyttig kunnskap som kan overføres til praksis, som hun sier: *«Vi blir ikke noe «klokere» på det, så vi må prøve oss litt frem.»*

### **5.3.1 «Det handler om hele livet - hele familiedynamikken»**

Fysioterapeutene opplever at en stor del av kompleksiteten i arbeide med barn med overvekt og fedme, er å finne ut av hvor man som fysioterapeut kan gjøre en forskjell og hvor man kan bidra. For å kartlegge dette erfarer Line at det er viktig å bruke tid på å bli kjent med familiene: *«Så er det noe med å bli litt kjent med familiene, slik at de blir trygge nok på oss til å faktisk fortelle hvor det er skoen egentlig trykker?»* Her påpeker Line viktigheten av å etablere en god relasjon til familiene ved å få i gang en kommunikasjon basert på tillit for få de til å føle seg trygge nok til å fortelle om seg og sin situasjon. Line er opptatt av å få til en gjensidig samtale med familiene, om hvilke utfordringer de tenker at de har i familien, og om dette kan ha en sammenheng med barnets overvekt. Det å ha en god relasjon til familien er

noe som trekkes frem av alle fysioterapeutene. Ole er opptatt av familieperspektivet: *«Man må jo alltid inkludere familien. Så tiltakene er basert på familieperspektivet.»* Lena er opptatt av det samme: *«For dette barnet er jo ikke selvstendig, det er jo i en familiesetting som man må ta hensyn til.»* Her påpeker Lena at barnet ikke kan ses som et helt selvstendig individ, men at barnet må ses i en familiesetting.

Fysioterapeutenes ansvar er å veilede og hjelpe familier til å gjennomføre livsstilsendringer. Berit påpeker at slike endringer forutsetter at mye annet i familiens hverdagsliv fungerer godt: *«Hvis det er mye kaos i en familie, og de ikke helt har hverdagen på plass fra før, så er det veldig vanskelig å i tillegg skulle gjøre en endring på livsstil.»* Kaos innad i familien og et hverdagsliv med mangel på struktur mener Berit er eksempler på vanskelige forutsetninger for å få til endring i livsstil. Hun mener at når familier har vanskelig for å få livet til å henge sammen, så blir livsstilsendring en tilleggsbyrde og mer en belastning enn til hjelp. Berit uttrykker en forståelse for at det kan være vanskelig å prioritere overvekten til barnet i en familie med sammensatte utfordringer. Line påpeker også at livsstilsendring er vanskelig, da det på mange måter handler om hele livet til familien: *«Det er så sammensatt, og det handler om hele livet - hele familiedynamikken. Så jeg tror ikke at det er nok å komme her og trene en gang i uken for å få til endring.»* Her vender Line igjen tilbake til begrepet sammensatt, når hun viser til livsstilsendringen. Den mener hun utfordrer familiens samspill og dynamikk. Det får Line til å tvile på at det hun kan tilby, som er trening en gang i uken, har særlig betydning for å få til endring. Line uttrykker dermed en liten tiltro til at de tiltakene som gjøres for barn med overvekt- og fedme i hennes kommune, er tilstrekkelig for å oppnå en varig endring i familiene.

Fysioterapeutene erfarer at deltagelse på livsstilsendringsgrupper kan være utfordrende for familiene da det i utgangspunktet er vanskelig å få tiden til å strekke til i en travel hverdag. Gruppene Ida administrere er ofte lagt ganske tett på vanlig arbeidstid. Det opplever hun at kan føre til et stort frafall: *«For da kommer jo folk halsende etter jobb, med lillesøster på slep fordi de rakk ikke hjemom, og er du alene om omsorgen for mer enn dette barnet så går det jo rett og slett ikke».* Ida påpeker at det å skulle stille i en gruppetime sammen med barnet etter arbeidstid er krevende for familiene da det krever barnepass av eventuelle søsken, og at foreldrene selv har en arbeidstid som passer med opplegget. Dette får Ida til å tvile på om det

de har å tilby familier med barn med overvekt og fedme, er godt nok tilpasset de rammene familielivet forutsetter.

For å bedre kunne nå alle barn med helsefremmende tiltak, ytrer flere av fysioterapeutene ønske om mer fokus på forebyggende arbeid på samfunnsnivå inn mot de arenaer hvor barn befinner seg, herunder skole- og barnehage. Berit er opptatt av at helse og fysisk aktivitet skal fremmes på befolkningsnivå: «*Fordi da kunne man gjøre noe på befolkningsnivå istedenfor å jobbe på enkeltsakene.*» Ole er av samme oppfatning: «*Når man er på skolen så når man jo alle. Og da er det ingen som ikke kan på grunn av tid eller penger.*» Ole påpeker at en mer strukturert tilnærming inn mot skolen på et generelt nivå, vil være mer inkluderende, da faktorer som ressurser og økonomi ikke blir et hinder for deltagelse. Line opplever at forebyggende arbeid ikke prioriteres i hennes kommune, som hun sier: «*Det handler om ressurser, og når budsjettene skal strammes inn, så går det ofte utover det forebyggende arbeide.*» Olav påpeker også økonomiske utfordringer, og at det ofte ikke er satt av egne midler i kommunene til barn med overvekt og fedme. Det inngår som en del av fysioterapitjenesten i kommunen: «*Vi har jo ikke noe avsatt tid eller ressurser til spesifikt denne målgruppen, så det er jo stadig vekk litt sånn, hvor mye skal man legge i det?*» Med dette hevder Olav at det er opp til hver enkelt kommune hva som faktisk gjøres for barn med overvekt og fedme, da de må velge hvordan ressursene skal prioriteres.

### 5.3.2 «*Vi krever at familiene er motiverte*»

Selv om fysioterapeutene anerkjenner at det kan være vanskelig for familiene å gjennomføre et livsstilsendingsopplegg, og snakker om at livsstilsendring og overvekt er komplekst, er de tydelige på at motivasjon hos foreldrene er avgjørende for å lykkes med intervensjoner for barn med overvekt- og fedme, som Ida sier: «*Hvis du har motstand i prosessen, så er det ikke så mye vi kan gjøre, fordi vi krever av familiene at de er motiverte når de kommer hit.*». Line er også opptatt av at livsstilsendingsgruppene er et tiltak for hele familien, og det krever at familien forplikter seg til at både barnet og foreldrene deltar. Berit er av samme oppfatning: «*Når foreldrene er positivt innstilt til endring og er flinke til å møte opp på gruppen, så får de ofte veldig gode resultater.*» Med dette understreker fysioterapeutene et krav om motivasjon for deltagelse på livsstilsendingsgruppene.

Fysioterapeutene er opptatt av at barna er plassert i livsstilsendingsgruppene av foreldrene sine, og at denne deltagelsen ikke er noe de har valgt selv. Når Ida snakker om at «barna er plassert» i disse gruppene trekker hun frem ulike faser i en endringsprosess. Hun snakker om at foreldrene er i en handlingsfase, mens barna er i en helt annen fase. Det å reflektere over de ulike fasene i en endringsprosess, mener Ida at kan være nyttig i møte med familiene med barn med overvekt og fedme: *«Det å reflektere over at barna er plassert her, det tenker jeg at er ganske viktig å ha med seg når man skal gå inn i et sånt familieprosjekt. Her er foreldre og barn på forskjellig sted. Og det må man tåle.»* Ida opplever at samtaler omkring endringsfasene kan bidra til en bedre forståelse i situasjoner der foreldrene møter motstand i fra barna ved at de for eksempel ikke ønsker å endre på kostholdet eller smake på nye ting.

Flere av fysioterapeutene er opptatt av at barna ikke selv er ansvarlige for sitt kosthold, men at dette er noe som styres av foreldrene, som Anne sier: *«Barna er så avhengige av den maten de blir presentert, altså den maten foreldrene kjøper inn. Så veldig mye er styrt av det de blir tilbudt».* Lena snakker ut ifra den samme forståelsen: *«Det jo foreldrenes ansvar i hovedsak da det er foreldrene som handler inn den maten de har og som styrer matinntaket.»* Berit er også av samme oppfatning: *«Fordi det er jo foreldrene som styrer hva barnet spiser i hvertfall når de er så små».* Berit er opptatt av at det er foreldrene som setter grenser for barna, og når hun snakker om kosthold påpeker hun at det ikke alltid er like lett å si nei: *«Hvis man synes at det er vanskelig å si nei til barnet, så blir det til at barnet får bestemme hva det skal spise, også blir det kanskje mye usunn mat fordi barnet for eksempel ikke vil spise grønnsaker.»* Her snakker Berit ut ifra en forståelse om at hvis foreldrene har det vanskelig med grensesetting, så har det lett for å bli mye usunn mat i en familie.

Flere av fysioterapeutene anerkjenner at foreldrene ofte har mye kunnskap om kosthold og aktivitet, som Ida påpeker: *«Mange av de som blir henvist hit har et ganske høyt kunnskapsnivå i forhold til kost, også kan det være andre ting da som påvirker hva de spiser.»* Ida mener dermed at det ikke er mangel på kunnskap som påvirker hva de spiser, men at det kan være andre ting som har innflytelse på matinntaket. Ole forteller at han observerer det samme og trekker frem at også barna allerede vet mye om hva som er sunt og usunt når de kommer på livsstilsendingskurset: *«Barna vet faktisk veldig mye om hva som er sunt og lurt*

*å gjøre, og de lærer jo om kosthold på skolen.»* Med dette uttrykker Ole en anerkjennelse av at barna har kunnskap om sunnhet, kosthold og hva som er bra for kroppen.

### 5.3.3 «Vi gjør dette til noe litt for fysisk»

Fysioterapeutene trekker frem psykososiale utfordringer blant barna som utfordrende. Ida reflekterer over om livsstilsendringstilbudets de har for barn med overvekt og fedme, i for liten grad tar hensyn til at barna har utfordringer utover overvekten: *«Jeg tenker på mange måter at vi gjør dette med barn og overvekt til noe litt for fysisk.»* Ida problematiserer dermed innholdet i tilbudet hun har et faglig medansvar for og spør seg om det vektlegger det rent fysiske i for stor grad. Olav erfarer mye av det samme, da mange av barna han møter i sin praksis allerede er i kontakt med barne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud, før de henvises til fysioterapi for overvekten: *«Sist så var vi en gruppe på ni barn, og halvparten av de gikk til eller ble henvist til BUP.»* Når Olav snakker om dette, reflekterer han over om det tilbudet han som fysioterapeut gir, er det riktige tilbudet for disse barna, som ofte har psykososiale utfordringer ved siden av overvekten. Han opplever at hvis det generelt er lite aktivitet hos barnet og store matporsjoner, så kan han som fysioterapeut medvirke til å påvirke i riktig retning; *«Da kan man alltid prøve å endre forholdet mellom fysisk aktivitet og matinntak noe, og se om det kan føre til en endring i vekt eller en interesse for å være i aktivitet.»* Videre understreker Olav at hvis barnet har behov for hjelp eller veiledning på det psykososiale området, så blir det mer utfordrende: *«Hvis barnet har behov for å snakke med en familieveileder eller psykolog, så stiller det seg en del andre utfordringer som er vanskelige å håndtere.»* Olav opplever at han som fysioterapeut kan bidra på det mer konkrete fysiske området, som fysisk aktivitet og kosthold, men kommer til kort på det psykososiale feltet.

Ida forteller at hun noen ganger møter barn som kommer i fra veldig aktive familier, men som allikevel strever med overvekt: *«Av og til møter vi en kjempesporty og sprek familie, der hvor du har ett barn i den familien som er overvektig.»* Når Ida møter disse familiene, så reflekterer hun over hvordan det oppleves for barnet å være den eneste i sin familie som er overvektig: *«Det å være overvektig kan være en ganske stor følelsesmessig belastning for et barn; å føle at de ikke hører til i sin egen familie.»* Her påpeker Ida at det å være overvektig, kan få barnet



til å føle at de ikke passer inn i sin egen familie, og hun understreker at det kan være en påkjenning for barnet. Ida utdyper at hun erfarer at noen foreldre har en forutinntatthet til sitt eget barn om at barnet for eksempel er lat, eller ikke gidder å bli med på aktiviteter med familien: *«For jeg ser jo noen ganger en sånn holdning i fra foreldrene som for eksempel; vi vet ikke hva det er for alle i familien liker å gå på ski, men ikke hun. Hun blir bare sur og vil være hjemme, og kan finne på å spise frosne boller fra fryseren.»* Ida påpeker at hun i disse situasjonene opplever at barnet ekskluderes i fra sin egen familie, ved å være den ene i familien som ikke vil delta på en aktivitet som de andre i familien trives med. Når Ida hører slike uttalelser i fra foreldre, så forteller hun at det setter i gang tanker og refleksjoner omkring hvorfor barnet gjør som det gjør, eksempelvis som hun sier: *«Det er ikke vanlig å ha et sånt søtsug at du spiser frosne boller, så hva er det som gjør at dette barnet oppfører seg på denne måten?»* Her påpeker Ida viktigheten av å undre seg sammen med familiene, for å komme frem til bakenforliggende årsaker som kan være medvirkende til barnets oppførsel.

#### **5.4 «Vi snakker ikke mye om overvekten, men heller det som er nyttig»**

Fysioterapeutene har mye kunnskap om kroppen, og de er opptatte av å snakke om hva kroppen kan. Det å kunne formidle «den funksjonelle kroppen» til barna, og bidra til et positivt syn på kroppen oppleves som sentralt. Lena er opptatt av at barna skal få kjennskap til hva som skjer med kroppen under fysisk aktivitet, eksempelvis når man løper og kjenner at hjertet dunker fortere og man blir andpusten. Hun forteller om gode erfaringer med å snakke med barna om dette: *«Vi prøver å normalisere det. For det er jo ikke alle som nødvendigvis har hatt så veldig høy puls før, og kan oppleve det som skremmende. Det er ikke alle som er så glade i å bli slitene heller, men det øver vi litt på.»* Med dette understreker Lena en forståelse for at det å være sliten av fysisk aktivitet, kan oppfattes som skremmende, og hun fremmer derfor viktigheten av å snakke med barna om kroppen på en forståelig måte.

Anne erfarer også at det oppleves som meningsfullt å kunne formidle til barna hvordan kroppen fungerer. Særlig i situasjoner der hvor barna hun møter har fått høre negative kommentarer om kroppen sin i fra andre barn. Da opplever Anne at det å sette seg ned med barnet og fortelle om hvordan kroppen er satt sammen, rent anatomisk på et kroppslig nivå, kan være et godt redskap til å formidle til barnet hva kroppen faktisk kan, som hun uttrykker i

dette eksempelet: «*For det var noen som hadde slengt en kommentar til han på skolen om at hele kroppen hans var bare fett. Og bare det å snakke med dette barnet om hvordan kroppen er satt sammen; hvordan skjelettet ditt må være sterkt fordi du er tyngre og har større belastning og du har muskulatur ellers så hadde du ikke klart å bevege deg, og bare se hvordan han lysner til.*» Anne har dermed en tro på at hun som fysioterapeut, kan bidra til at barna får et annerledes syn på kroppen sin.

#### ***5.4.1 « Det er viktig å berøre temaet, da barna nok vet at de er store »***

Fysioterapeutene ønsker ikke å snakke om selve overvekten med barna, men heller fokusere på en funksjonell kropp og hva kroppen kan. Enkelte av fysioterapeutene gir allikevel uttrykk for at det er viktig å snakke med barna om overvekten. Line er opptatt av at barna får en forståelse for hvordan en tung kropp påvirker funksjonen: «*Slik at barna får en forståelse for at når jeg er litt tyngre enn den andre så er det ikke så rart at jeg løper litt saktere og jeg blir fortere sliten.*» Videre snakker hun om det å forklare barna sammenhengen mellom kosthold og aktivitet: «*Ved å spise litt mindre porsjoner, så kan det hende at jeg vokser også er vekten på samme nivå, også blir det kanskje litt lettere for meg å være i aktivitet.*» Med dette påpeker Line viktigheten av å snakke med barna om overvekten på et språk som barna forstår. Videre trekker hun frem at dette er noe de sammen med familien må finne ut av hvordan man skal prate om.

Berit erfarer at det er veldig forskjellig hvordan foreldrene snakker med barna sine om overvekt. Noen berører ikke temaet i det hele tatt, mens andre snakker mer åpent med barna om at de er overvektige. Hun problematiserer det å unnlate å snakke med barna om hvorfor de deltar på gruppen: «*Kanskje mamma og pappa ikke har turt å fortelle de hvorfor de er der, og så ser de rundt seg og ser andre store barn, men de ser ikke nødvendigvis på seg selv som store.*» Berit uttrykker dermed en forståelse for at det kan være forvirrende for barna å delta på en livsstilsendringsgruppe, uten å vite hvorfor de er med, og påpeker viktigheten av å snakke med barna om det.

Line opplever at det å dele erfaringer foreldre imellom er nyttig, og også lærerikt for de som jobber med dette feltet. Hun mener at det er viktig å berøre temaet, da det er stor

sannsynlighet for at barna allerede vet at de er overvektige: «*Det at de er større enn de andre barna, er nok noe de allerede vet, og som kommer frem på ulike måter i hverdagen i sammen med andre. Kanskje de har fått kommentarer fra andre barn på at de for eksempel løper saktere enn de andre fordi de er store.*» Lena mener det samme: «*Jeg tror egentlig at når foreldrene kommer til det punktet at de tørr å snakke med barna sine om det, så har barna visst det lenge.*» Hun begrunner dette med at barna gjerne har fått kommentarer i fra andre barn. Lena understreker viktigheten av å snakke med barna om overvekten, da de gjerne har gjort seg noen tanker om dette selv: «*For hvis barnet har tenkt på dette selv, og ingen tørr å snakke om det, så kan det oppfattes som et ikke-tema for barna, og det er jo heller ikke bra. Så det å møte de litt på det de faktisk ser, tenker jeg at er viktig.*» Her påpeker Lena viktigheten av å anerkjenne at barna har egne tanker, følelser og meninger, og at det også må tas med i betraktningen i møte med barna.

Anne er også opptatt av å få barnet i tale. Når Anne snakker om betydningen av å få barnet i tale bruker hun metaforen om «å nøste opp» i noe. Anne uttrykker at denne nøstingen vil kunne egne seg til å finne mer ut av barnets perspektiv, eksempelvis når hun sier at: «*Det å nøste opp i hva barnet har som mål og hva barnet ønsker*». Anne uttrykker med dette en tiltro til at barnet hun møter i behandling har egne mål og ønsker: «*Barnets mål er ikke alltid hva de voksne eller kurven deres sier at de skal gjøre.*» Hun utdyper: «*Barnet er ikke bare opptatt av å slanke seg eller å bli tynn*». Mens livsstilsendringen er rettet mot barnets vekt påpeker Anne at barnet selv ikke nødvendigvis er så opptatt av det. Hun viser til eksempler på hva barnet kan være mer opptatt av: «*Ofte har jeg opplevd at det handler mer om at barna ønsker å kunne løpe like fort som vennene sine eller at de ønsker å kunne gå opp trapper uten å bli så sliten fordi det er flaut.*» Anne ser at barn har andre mål enn det opplegget er rettet mot. Fra barnets perspektiv er det viktig å være som de andre, å få til de tingene som det er forventet at barn skal få til, og som kreves for å henge med i lek og aktiviteter i hverdagslivet.

#### **5.4.2 «Når man selv ikke opplever å besitte kompetansen»**

Fysioterapeutene opplever at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å snakke med barna om de vanskelige tingene. Når fysioterapeutene snakker om «de vanskelige tingene», mener de det som kan oppfattes som vanskelig for et barn, herunder psykososiale utfordringer knyttet til overvekten. Olav kjenner på en manglende kompetanse: «*Når man selv ikke opplever å besitte*

kompetansen, så ønsker man jo gjerne å gi det ansvaret til noen man opplever at har det». Ida er av samme oppfatning: «Jeg har jo ikke noen bakgrunn i samtaleteknikk, hvis man sammenligner med for eksempel en familieterapeut eller psykolog, som er mer drevne innenfor dette.» Med dette påpeker Olav og Ida en opplevelse av at de som fysioterapeuter, mangler noen redskaper innenfor det å kunne snakke om det som oppfattes som vanskelig, og at denne oppgaven bør gis til noen som har bedre forutsetninger til å ta disse samtaleene. Lena trekker frem helsesykepleier som en viktig samarbeidspartner: «Hvis barna kommer til meg med noe de kjenner på, så kan jeg si; dette kan du snakke med helsesykepleier om.» Her uttrykker Lena en opplevelse av at helsesykepleier er mer kompetent enn henne som fysioterapeut til å ta en slik samtale som barnet har behov for.

Utover en opplevelse av å mangle kunnskap om samtaleteknikker, erfarer også fysioterapeutene at det er lite rom for å snakke om de vanskelige tingene knyttet til overvekt i de settingene de møter barna, som Lena sier: «Når vi møter barna i en treningssetting, så er det er ikke sikkert at vi legger opp til at de får muligheten til å snakke med oss om det.» Her erkjenner Lena at det de har å tilby barna på livsstilsendingsgruppene, ikke legger til rette for individuelle samtaler med fysioterapeutene. Line erfarer mye av det samme. Hun forteller at barna noen ganger «kaster ut» ting, som hun opplever at de ønsker å snakke om, eksempelvis: «Det kan nok komme noen sånne, de kaster det ut liksom; ja, jeg er jo også dårlig til dette eller stor i kroppen og sånn.» Når Line opplever slike utsagt fra barna, så prøver hun å følge opp med spørsmål om hvorfor barnet sier sånn, og hva de tenker om det. Dette oppleves allikevel som en utfordring i praksis, som hun sier: «Vi har ikke så mye rom for det, fordi det er så mange andre der.» Videre forteller Line om at de i hennes kommune, har et ønske om mer tid til individuelle samtaler med barnet og foreldrene, for å kunne gi en tettere oppfølging. Dette har de nylig søkt om midler til, og er i gang med en prosess med formål om å få mer tid til individuell oppfølging. Lena er i likhet med Line opptatt av å følge opp det barna plutselig «kaster ut», og trekker frem viktigheten av å møte barna hvis de kommer til deg med noe de ønsker å snakke om. Hun påpeker at hvis man ikke tør å snakke med barna om de vanskelige tingene, så blir barna sittende alene med det: «Da må man jo møte de på det de føler og tørre å snakke om det, uavhengig om hvem du er, eller hvilken utdanning du har. Det er jo ikke noe de skal sitte med alene.» Med dette påpeker Lena en erkjennelse av et ansvar man har, både som voksenperson, og profesjonutøver, i møte med barna.

## 5.5 Oppsummering resultater

Resultatene viser at fysioterapeutene oppfatter sin rolle i arbeidet med overvekt og fedme hos barn unge som hovedsakelig å være ansvarlig for å fremme fysisk aktivitet og mestring. De er opptatte av å fremme en funksjonell kropp, og at barna skal kjenne på bevegelsesglede.

Fysioterapeutene utfordres av ulike sammensatte problemstillinger som de møter i praksis i arbeide med barna og familiene, og de er usikre på om det de har å tilby er tilstrekkelig i møte med kompleks livsstilsproblematikk.

## 6.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere resultatene i lys av studiens teoretiske perspektiv, herunder profesjonsteori og ulike kunnskapsparadigmer i fysioterapiprofesjonen. Resultatene vil også diskuteres opp mot relevant foreliggende forskning, samt i lys av statelige føringer, herunder de nasjonale retningslinjene. Diskusjonen er strukturert i fire overordnede temaer basert på et profesjonsteoretisk perspektiv.

### 6.1 Profesjonell autonomi utfordres av statlige føringer

Resultatene viser at deltagerne er opptatt av å snakke med barna om den funksjonelle kroppen. Selv om kunnskapsgrunnlaget til fysioterapiprofesjonen er forankret i flere kunnskapsparadigmer (Norsk Fysioterapeutforbund, 2012), synes det biomedisinske synet å være det som tar størst plass innenfor intervensjoner for barn med overvekt- og fedme. Den biomedisinske kroppen er konkret og forholdsvis enkel å forholde seg til, og deltagerne drar nytte av dette perspektivet i møte med barna. Dette er gjenkjennbart i studiers antagelser om at fysioterapeuter favoritterer den biomedisinske kroppen fremfor andre måter å se kroppen på, og dermed kan risikere å operere med et for snevert syn på hva kroppen er i sin helhet (Nicholls, 2018; Nicholls & Gibson, 2010; Praestegaard & Gard, 2013; Setchell et al., 2018; Thornquist, 2014).

Det biomedisinske synet gjør seg også gjeldende i utformingen av de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010), og i intervensjoner for barn med overvekt og fedme (Boff et al., 2017), hvor fokus på økt fysisk aktivitet og kostholdsendringer er sentralt. I lys av profesjonsteori er det etablert en profesjonell jurisdiksjon mellom Helsedirektoratets retningslinjer og fysioterapeuter som er satt til å utføre visse arbeidsoppgaver innenfor feltet. Dermed legger de nasjonale retningslinjene føringer for fysioterapeuters måte å arbeide på, og dette utfordrer deres profesjonelle autonomi til å selvstendig ta faglige beslutninger (Molander & Terum, 2008).

Resultatene viser flere eksempler på dette. Deltagerne fremhever at å spise for mye og bevege seg for lite oppfattes som «det minste problemet» i denne settingen. I retningslinjene kommer

ikke dette like tydelig frem. Der blir det påpekt at den overordnede årsak til overvekt er at energiinntaket er større enn energiforbruket (Helsedirektoratet, 2010). Dermed problematiserer deltagerne på sin side retningslinjenes fremstilling av dette. De er også i tvil om det de har å tilby er tilstrekkelig for å hjelpe barna og familiene, da de ser at det kan være mange andre faktorer som spiller inn på barnets overvekt. Som en del av profesjonsansvaret må de allikevel bidra i tiltakene på områder som retter seg mot årsaksforklaringer på overvekt og fedme, som eksempelvis økt fysisk aktivitet. Her utfordres deltagerens profesjonelle autonomi til å selvstendig velge hva som er best for pasientene i en gitt situasjon (Molander & Terum, 2008), og de statelige føringene gis forrang. Situasjonen får frem hvordan deltagerne står i et faglig dilemma imellom egen faglige refleksjon, hvor de ønsker å se barnet som et erfarende subjekt, se konteksten og barnets perspektiv, og på den annen side trekkes de mot de føringene de har å forholde seg til. Brottveit & Femdal (2019) hevder at profesjonutøvers autonomi svekkes når statelige føringene gis forrang og blir styrende for hvordan profesjonutøveren tar profesjonelle valg i møte med pasientene. Deltagerne befinner seg dermed i et spenningsforhold mellom egen faglig autonomi og forventninger til hvordan deres arbeid skal utføres.

Deltagerne er opptatt av at barna skal kjenne mestring og glede over å være i aktivitet, hvilket også trekkes frem i retningslinjene som viktig (Helsedirektoratet, 2010). Mestring i aktivitet er på mange måter viktigere for fysioterapeutene, enn at barna sin vekt stabiliseres, som er det overordnede målet til Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2010). Selv om deltagerens faglige autonomi ser ut til å komme i bakgrunnen av de nasjonale retningslinjene, benytter de seg allikevel av sin profesjonelle autonomi når de tar selvstendige valg i behandlingssituasjoner, og setter egne mål med barna og familiene.

## **6.2 Praktiske synteser knytter kunnskapsparadigmer sammen**

Resultatene viser at deltagerne ser på egen profesjon som viktig i arbeidet med barn med overvekt og fedme, og trekker det å fremme fysisk aktivitet frem som deres hovedoppgave innenfor feltet. Dette stemmer overens med hva You og medarbeidere (2012) ser i sin studie. Flere studier problematiserer hvordan fysioterapeuter arbeider med overvekt og fedme, og etterspør mer kritisk og reflekterende tenkning omkring de komplekse årsakene til overvekt, og hvordan profesjonen kan bidra til at pasientene opplever mestring, og mindre stigma i møte

med fysioterapeuter (Groven & Heggen, 2018; Setchell & Abaraogu, 2018). Andre studier argumenterer for at fysioterapiprofesjonen mangler redskaper til å ta tak i komplekse problemstillinger, som innebærer det psykososiale feltet, og legger det vedvarende fokuset på det biomedisinske synet til grunn for dette (Nicholls & Gibson, 2010; Shaw & DeForge, 2012). Deltagerne påpeker, i likhet med disse studiene, at de opplever å mangle redskaper til å ta tak i komplekse problemstillinger. Fysioterapeuter som profesjon er satt til å kunne løse praktiske utfordringer (Grimen 2008), og må ta i bruk nødvendig kunnskap til å bidra med å oppfylle profesjonenes samfunnsmandat. Praktiske synteser muliggjør forsvarlig profesjonsutøvelse og bidrar til at fysioterapeuter skal kunne beherske ulike kunnskapsparadigmer, og for at de sammen skal danne meningsfulle sammenhenger i praksis (Grimen 2008).

Resultatene viser at deltagerne strever med å finne logiske forbindelser imellom de ulike kunnskapsparadigmene de har å forholde seg til. Deltagerne har faglig innsyn til å se at barna de møter i praksis har behov for noe mer utover det rent fysiske, men de strever med å finne logiske sammenhenger mellom det de ser barna har behov for og hva de utøver i praksis. I lys av Grimen`s begreper kan det se ut til at deltagerne opplever en brist i deres praktiske synteser i møte med de komplekse problemstillingene de møter hos barna og familiene. Dette kan forklares med at fysioterapiens kunnskapsbase er fragmentert (Grimen, 2008), og består av områder som har få logiske forbindelser med hverandre, og dette skaper utfordringer for deltagerne i praksis. For at fysioterapeuter skal kunne arbeide imot en større grad av integrasjon i sin kunnskapsbase trekkes faglig skjønn frem som viktig, og kan fungere som limet imellom ulike kunnskapsparadigmer (Alvsvåg, 2009), og sammen med praktiske synteser avgjøre hvilke kunnskapselementer det er relevant å knytte sammen (Grimen, 2008). Så når deltagerne møter ulike problemstillinger i arbeide med barn med overvekt og fedme, kreves det at de benytter seg av sitt faglige skjønn til å avgjøre hvilken kunnskap som er best egnet å benytte seg av i de ulike situasjonene.

At en fragmentert kunnskapsbase skaper utfordringer for deltagerne gjør seg gjeldende i studier som problematiserer fysioterapeuters måte å arbeide på. Studier påpeker at det biomedisinske kunnskapsparadigme ofte kommer i forgrunnen og det er vanskelig å finne logiske sammenhenger til de kunnskapsparadigmene som ikke står like sterkt i



fysioterapiprofesjonen (Nicholls & Gibson, 2010; Shaw & DeForge, 2012). På den annen side har særlig de nordiske landene implementert et bredere teoretisk kunnskapssyn i fysioterapiprofesjonen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004) og resultatene viser at deltagerne reflekterer over mange aspekter som har sine grunnlag i andre kunnskapsparadigmer utover det biomedisinske. Deltagerne bruker blant annet psykologiske, pedagogiske, filosofiske og sosiale teorier i fra deres faglige kunnskapsbase og kobler det sammen med det de møter i praksis.

Deltagerne jobber med barna og familiene ut ifra de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2010), men de opplever å støte på mye mer sammensatte problemstillinger i praksis enn retningslinjene legger føringer for. Rugseth og Engelsrud (2020) kritiserer de nasjonale retningslinjene for å omtale overvekt hos barn på en stigmatiserende måte, ved å fremstille barna og familiene som mennesker uten ressurser. Deltagerne ser på sin side både barna og familiene som personer med ressurser, og anerkjenner at de har mye kunnskap om hva som er bra for kroppen. Dermed bruker deltagerne sitt faglig skjønn til å omforme den kunnskapen de har med seg i fra retningslinjene til det de faktisk gjør i praksis; å se barna og familiene som selvstendige og erfarne subjekt. Dette er et godt eksempel på hvordan deltagerne bruker praktiske synteser til å gi teori sammenheng i sin kliniske praksis; de utjevner den biomedisinske forståelsen av overvekt og kropp ved å trekke inn andre teoretiske syn på kropp og mennesker som de har med seg i sin kunnskapsbase innenfor fysioterapiprofesjonen.

Deltagerne gir uttrykk for å arbeide ut ifra et biopsykososialt perspektiv. Dette gjør seg gjeldende når de eksempelvis snakker om barnet som et selvstendig subjekt, med egne meninger, tanker og følelser, og er opptatt av mestring og deltagelse. Den biopsykososiale modell trekkes frem av WHO og Helsedirektoratet som helt sentral i å forklare aspektene omkring sykdom og helse (WHO, 2001). Den er også bakgrunnen for utviklingen av ICF, som er en implementert del av fysioterapeuters kunnskapsgrunnlag, og gjør seg gjeldende både utdanning og praksis (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Deltagerne trekkes imidlertid også mot det biomedisinske perspektivet hvor de fremhever at for å hjelpe barna med mestring, må de lære motoriske ferdigheter, trinn for trinn og introduserer de for ulike fysiske aktiviteter. Den biopsykososiale modell kritiseres for å favorittiserer det

biomedisinske vitenskapssynet, samt å mangle tilstrekkelig vitenskapsfilosofisk grunnlag (Benning, 2015; Borrell-Carrió et al., 2004). Utfordringene deltagerne støter på med å finne logiske forbindelser imellom ulike kunnskapsgrunnlag kan ses i lys av disse kritiske studiene. Da et utilstrekkelig vitenskapsfilosofisk grunnlag i kombinasjon med et fragmentert kunnskapsgrunnlag stiller store krav til den enkelte profesjonutøvers faglige skjønn når kliniske beslutninger skal tas. Studier hevder at et økt fokus på å knytte filosofiske, sosiale og psykologiske teorier til fysioterapeuters kunnskapsbase, vil kunne hjelpe fysioterapeuter til å oppnå en bedre forståelse for de komplekse problemstillingene de møter i praksis, og dermed bidra til å tette gapet mellom teori og praksis (Nicholls, 2018; Wikström-Grotell & Eriksson, 2012).

### **6.3 Organisatoriske utfordringer og kunnskapsbasert praksis**

I lys av resultatene blir diskusjonen omkring kunnskapsbasert praksis høyst aktuell, da måten fysioterapeuter arbeider med barn med overvekt og fedme på, kan kritiseres for å favorisere evidensbasert forskning, foran de andre områdene innenfor kunnskapsbasert praksis (Nicholls, 2018; Wikström-Grotell & Eriksson, 2012). Dette gjør seg gjeldene i resultatene i form av et stort fokus på det biomedisinske vitenskapssynet, samt i statelige føringer da de nasjonale retningslinjene er skrevet hovedsakelig på bakgrunn av kvantitative studier og systematiske oversikter som ligger høyest i evidenshierarkiet (Dahl-Michelsen & Groven, 2018; Ekeland, 2009; Greenhalgh et al., 2014; Grimen, 2009). Dette kan tilskrives den økte bruken og anerkjennelsen av kunnskapsbasert praksis i helsevesenet (Jamtvedt et al., 2015). Kritikken går også på at faglige retningslinjer ikke tilstrekkelig tar hensyn til individuelle forskjeller hos pasientene, og dermed hevder studier at kunnskapsbasert praksis i like stor grad handler om å vurdere når en bør velge å ikke følge retningslinjene (Bjorbækmo & Evensen, 2021; Greenhalgh et al., 2014).

Resultatene viser at deltagerne opplever å ikke ha avsatt nok tid til individuelle samtaler med barna, hvor det kan være rom for å ta opp ting barna ønsker å snakke om, samt å sette individuelle mål med familiene. Enkelte av deltagerne påpeker ønske om mer avsatt tid til dette, og har søkt om midler fra kommunen for å få til en endring av tilbudet. Dette er et godt eksempel på fysioterapeuters profesjonelle autonomi til å selv bestemme tiltak ut ifra en faglig

vurdering av pasientens behov. De er allikevel avhengige av organisering i helsevesenet og kommunen for å få bevilget midler til dette. De må sende søknader, og kravet i profesjonsteorien om «å svare for seg», samt begrunne sine handlinger blir sentralt (Molander & Terum, 2008) for å få bevilget midler. Da kravene om kunnskapsbasert praksis står høyt i helsevesenet, byr dette på utfordringer da intervensjoner for barn med overvekt og fedme viser begrensede resultater på vektreduksjon (Donkor et al., 2019; Elvsaa et al., 2017; Gregory, 2019). Deltagerne på sin side er opptatte av subjektive mål som økt bevegelsesglede, mestringsfølelse og økt deltagelse i hverdagen. Dette står i stil med hva studier viser at barn med overvekt og fedme er opptatt av. De motiveres mer av subjektive mål som eksempelvis å oppleve mestring, samt delta mer sosialt, fremfor objektive mål med fokus på vektnedgang (Lewis et al., 2014; Rees et al., 2014). Dette gjør seg også gjeldende i resultatene der deltagerne erfarer at barna er opptatt av mål knyttet til mestring og deltagelse i hverdagen.

Selv om deltagerne trekker subjektive mål frem som viktig kan det se ut til å komme i bakgrunnen da det er kjent at studier med objektive mål, som i denne settingen er vekt og iso-KMI, troner høyest i evidenshierarkiet (Dahl-Michelsen & Groven, 2018; Ekeland, 2009; Greenhalgh et al., 2014; Grimen, 2009), og er ofte førende for hva det bevilges penger til og ikke. Her befinner deltagerne seg igjen i et spenningsfelt mellom egen faglig refleksjon og økonomiske rammer. Deltagerne påpeker at manglende avsatte midler til arbeide med barn med overvekt og fedme fører til at det blir tilfeldig hvilket tilbud barna får i de ulike kommunene. Dette er et uttrykk for at ansvaret individualiseres, og det stilles krav til at fysioterapeuter lokalt må ta stilling til hvilke behov som skal imøtekommes i de tjenestene de utøver (Molander & Terum, 2008). Derfor er det ut ifra resultatene og foreliggende forskning på feltet, et behov for at fysioterapeuter skal kunne argumentere for en bredere forståelse av kropp og overvekt, og hvordan dette kan ha en påvirkning på dagliglivet, utover å vise til objektive mål med begrensede resultater.

#### **6.4 Profesjonsetiske utfordringer**

Fysioterapeuter er forpliktet til å forholde seg til profesjonens etiske retningslinjer, og her påpekes det at nytte av tiltak alltid skal veies opp mot risiko for skade (Dahl-Michelsen et al., 2018). At effektene av tiltakene for barn med overvekt og fedme er høyst usikker (Hofmann,

2016), skaper etiske problemstillinger for deltagerne som arbeider innenfor feltet. Dette gjør seg gjeldene i resultatene når deltagerne reflekterer over om det de har å tilby i form av fysisk aktivitet en gang i uken, er av særlig betydning for å oppnå en livsstilsendring. Videre undrer deltagerne seg over om intervensjoner for barn med overvekt og fedme fokuserer for mye på det fysiske, da de ser at mange av barna strever med utfordringer utover overvekten. Studier viser i liket med dette at barn med overvekt og fedme ofte har psykososiale utfordringer (Morinder et al., 2011; Rees et al., 2014). De psykososiale utfordringene beskrives av deltagerne som vanskelig å håndtere som fysioterapeut.

Deltagerne er opptatt av at barna ikke selv har bestemt deltagelse på livsstilsendingsgruppene, og påpeker dermed viktigheten av å se barnets perspektiv. I lys av barnas reduserte selvbestemmelsesrett (Hofmann, 2016), er dette et ansvar som ivaretas av foreldrene og den enkelte profesjonutøver. Dette stiller krav til deltagerne om å faglig vurdere nytten av tiltakene, opp mot hva som er det beste for hvert enkelt barn (Dahl-Michelsen et al., 2018). Fysioterapiprofesjonens etiske retningslinjer ivaretas gjennom deltagernes evne til å reflektere over barnas perspektiv.

Resultatene viser også at deltagerne opplever å mangle kompetanse i hvordan de skal samtale med barna om overvekt, og påpeker at de mangler redskaper til dette. Deltagerne er imidlertid ikke alene om å synes at samtale om sensitive temaer er utfordrende; studier viser at det å snakke med barn om overvekt oppleves som utfordrende også blant helsesykepleiere og andre helseprofesjoner (Helseth et al., 2017; Schalkwijk et al., 2016). Det å snakke om en overvektig kropp fremstår i resultatene og foreliggende forskning som tabubelagt, og som et område helseprofesjoner opplever som utfordrende. Resultatene viser imidlertid at deltagerne antar at barna som deltar på livsstilsendingsgruppene allerede vet at de er overvektige eller store. De påpeker viktigheten av at dette snakkes om, da de ikke ønsker at barna skal sitte alene med eventuelle negative tanker om egen kropp. Stigmatisering av barn med overvekt og fedme er kjent i fra studier (Di Pasquale & Celsi, 2017; Griffiths et al., 2006), og dette er medvirkende til at overvekt oppfattes av helsepersonell som et sensitivt tema å snakke om (Helseth et al., 2017; Schalkwijk et al., 2016).

Barn har krav på å anerkjennes som kompetente subjekt med egne meninger, erfaringer og kunnskap om situasjoner de befinner seg i (Bjorbaekmo et al., 2018; Christensen, 2000). En slik forståelse utfordres når deltagerne opplever at overvekten er noe de ikke kan snakke direkte med barna om. Deltagerne er bekymret for at det å gjøre barna oppmerksomme på overvekten kan medføre et negativt syn på kroppen. Det er imidlertid kjent fra forskning at det å anerkjenne barn som kompetente subjekt er av stor betydning for deres selvbilde (Sartain et al., 2000). Barn har rett til å bli hørt i saker som omgår dem direkte, og helsepersonell er pliktig til å sørge for at barnet får tilstrekkelig informasjon om behandling og intervensjon på et språk som de forstår (FN, 1989). Ved å unngå å snakke med barna om overvekt med henblikk på å skåne de for et eventuell endret selvbilde, risikeres det å ikke tilstrekkelig ivareta å møte barna som selvstendige subjekt. I lys av dette trekkes deltagerne imellom hva som forventes av de som profesjonutøver og egne refleksjoner over hva som kjennes riktig og galt i situasjonen, og de befinner seg igjen i et spenningsfelt hvor faglig skjønn blir avgjørende for deres etiske og faglige beslutning (Grimen & Molander, 2008).

## 7.0 Konklusjon

Studien viser at deltagerne er samstemte om at de som profesjon er viktige i arbeidet med barn med overvekt og fedme, og at deres hovedoppgave innenfor feltet er å fremme fysisk aktivitet og bevegelsesglede. Samtidig er de usikre på om det de har å tilby er tilstrekkelig i møte med kompleks livsstilsproblematikk. De etterlyser tydeligere føringer for hvordan fysioterapeuter kan jobbe med barn med overvekt og fedme i praksis. Resultatene viser at deltagerne problematiserer innholdet i de nasjonale retningslinjene da de legger føringer for intervensjoner som retter seg mot årsaksforklaringer, herunder økt fysisk aktivitet og fokus på kosthold, mens deltagerne ser at det er mange flere faktorer som påvirker barnets overvekt. Deltagerne er opptatt av at barna skal kjenne mestring, og gir mening til arbeidet sitt i form av oppnåelse av subjektive mål basert på barnas deltagelse i hverdagslivet. Dette står i motsetning til de føringene de har i fra de nasjonale retningslinjene, hvor det overordnede målet er stabilisering av vekt (Helsedirektoratet, 2010). Deltagerne befinner seg dermed i et spenningsfelt imellom profesjonell faglig refleksjon og statelige føringer. Utover dette viser resultatene at deltagerne støter på en rekke etiske utfordringer i møte med barn med overvekt og fedme, og dette stiller krav til de som profesjonutøver.

Studien viser også at deltagerne arbeider med utgangspunkt i ulike kunnskapsparadigmer. På den ene siden er de preget av det biomedisinske kunnskapsparadigme som også er styrende for de nasjonale retningslinjene, og på den andre siden psykososiale tilnærminger. Deltagerne utfordres på å finne logiske forbindelser imellom de ulike kunnskapsparadigmene, eksempelvis ved at har faglig innsyn til å se at barna de møter i praksis har behov for noe mer utover det rent fysiske, men de strever med å danne praktiske synteser mellom det de ser barna har behov for og hva de utøver i praksis. Fysioterapiprofesjonens fragmenterte kunnskapsbase utfordrer dermed deltagerne på å arbeide ut ifra en samlet og helhetlig kunnskapsplattform i møte med barn og unge med overvekt og fedme.

## 8.0 Kliniske implikasjoner

Forebygging og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge krever helhetlig tilnærming. I studien fremstår fysioterapeutenes bidrag fragmentert og avgrenses til å hovedsakelig gjelde fysisk aktivitet. Resultatene utfordrer både fysioterapiutdanningens kvalifisering til å arbeide med livsstilsproblematikk, og faggruppens ansvar for kontinuerlig faglig oppdatering og utvikling. På bakgrunn av nedslående behandlingsresultater (Donkor et al., 2019; Elvsaa et al., 2017; Gregory, 2019), så trenger fysioterapeuter å tenke annerledes og nytt om sine tilbud til barn med overvekt og fedme.

## 9.0 Referanseliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 4(3), 216-220. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0104
- Bakketeig, L. S., & Magnus, P. (2002). What is a research protocol and why is it necessary? *Tidsskrift Norsk Laegeforening*, 122(25), 2464.
- Benning, T. B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Adv Med Educ Pract*, 6(default), 347-352. doi:10.2147/AMEP.S82937
- Bertalanffy, L. (1975). *Perspectives on General System Theory*. New York: George Braziller
- Bjorbaekmo, W., Stendal Robinson, H., & Engebretsen, E. (2018). Which knowledge? An examination of the knowledge at play in physiotherapy with children. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(10), 773-782. doi:10.1080/09593985.2018.1423654
- Bjorbækmo, W., & Evensen, K. A. I. (2021). Samarbeid mellom forskning og klinikk for kunnskapsbasert praksis i primærhelsetjenesten. *Barnestafetten nr. 91*.
- Boff, R. d. M., Liboni, R. P. A., Batista, I. P. d. A., de Souza, L. H., & Oliveira, M. d. S. (2017). Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: a systematic review. *Eat Weight Disord*, 22(2), 211-229. doi:10.1007/s40519-016-0309-1
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of science*, 44(4), 542-573. doi:10.1086/288768
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*, 2(6), 576-582. doi:10.1370/afm.245
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*, 11(4), 589-597. doi:10.1080/2159676X.2019.1628806
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative research in psychology*, 1-25. doi:10.1080/14780887.2020.1769238



- Brænd, J. A., & Larsen, K. (2019). "Transformasjon av en profesjon - sykehuset mellom penger og pasienter" i *Kritiske perspektiver i helsefagene : utdanning, yrkespraksis og forskning*. Oslo: Cappelen Damm akademisk NOASP.
- Christensen, P. H. (2000). Childhood and the cultural constitution of vulnerable bodies i *Prout A (Ed) The Body, Childhood and Society* s. 38–60. London, New York: Palgrave Macmillan.
- Dahl-Michelsen, T., & Groven, K. S. (2018). A Baradian approach to evidence-based practice in physiotherapy education.
- Dahl-Michelsen, T., Groven, K. S., Aadland, E., & Nitter, A. L. (2018). *Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi*. Oslo: Samlaget.
- Di Pasquale, R., & Celsi, L. (2017). Stigmatization of Overweight and Obese Peers among Children. *Frontiers in psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.00524
- Donkor, H. M., Grundt, J. H., Júlíusson, P. B., Eide, G. E., Hurum, J., Bjerknes, R., & Markestad, T. (2019). A family-oriented intervention programme to curtail obesity from five years of age had no effect over no intervention. *Acta Paediatr*, 109(6), 1243-1251. doi:10.1111/apa.15080
- E Gibson, B., A Nicholls, D., Synne Groven, K., & Setchell, J. (2018). *Working against the grain: Criticality for an otherwise physiotherapy i Manipulating practices*. Oslo: Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
- Eilertsen, A., & Zawadzka Persvold, A. (2019). *Kompleksitet i Store norske leksikon*. Hentet 24. februar 2021 fra <https://snl.no/kompleksitet>
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I *Evidensbasert profesjonsutøvelse* ( Kap. 8, s. [145]-168). Oslo: Abstrakt.
- Elvsaa, I. K. Ø., Giske, L., Fure, B., & Juvet, L. K. (2017). Multicomponent Lifestyle Interventions for Treating Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analyses. *J Obes*, 2017, 5021902-5021914. doi:10.1155/2017/5021902
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- FN. (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter.

- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, *348*(jun13 4), g3725-g3725. doi:10.1136/bmj.g3725
- Gregory, J. W. (2019). Prevention of Obesity and Metabolic Syndrome in Children. In (pp. 669). [Lausanne]
- Griffiths, L. J., Wolke, D., Page, A. S., & Horwood, J. P. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch Dis Child*, *91*(2), 121-125. doi:10.1136/adc.2005.072314
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I *Profesjonsstudier* (Kap. 3 s. 71-86). Oslo: Universitetsforl.
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. I Evidensbasert profesjonsutøvelse ( Kap. 10, s. 191-222). Oslo: Abstrakt.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og kjønn. I *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforl.
- Groven, K. S., & Dahl-Michelsen, T. (2017). Critical Physiotherapy Ethics: Openness and doubt in physiotherapy encounters in lifestyle programs for children and adolescents with obesity. *Fysioterapeuten*, *84*(9), 38-43.
- Groven, K. S., & Heggen, K. (2018). Physiotherapists' encounters with "obese" patients: Exploring how embodied approaches gain significance. *Physiother Theory Pract*, *34*(5), 346-358. doi:10.1080/09593985.2017.1400140
- Han, A., Fu, A., Copley, S., & Sanders, R. H. (2018). Effectiveness of exercise intervention on improving fundamental movement skills and motor coordination in overweight/obese children and adolescents: A systematic review. *J Sci Med Sport*, *21*(1), 89-102. doi:10.1016/j.jsams.2017.07.001
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge
- Helsedirektoratet. (2020). Rehabilitering, habilitering, idividuell plan og koordinator - Nasjonal veileder.
- Helseth, S., Riiser, K., Holmberg Fagerlund, B., Misvaer, N., & Glavin, K. (2017). Implementing guidelines for preventing, identifying and treating adolescent overweight and obesity-School nurses' perceptions of the challenges involved. *J Clin Nurs*, *26*(23-24), 4716-4725. doi:10.1111/jocn.13823
- Herbert, R., Mead, J., Chalmers, S. I., Hagen, K. B., & Jamtvedt, G. (2011). *Practical evidence-based physiotherapy*: Churchill Livingstone.

- Hofmann, B. (2016). Ethiske aspekter ved fedmebehandling av barn og unge. Tilleggsrapport - 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi : metoder og arbeidsmåter* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kelleher, E., Harrington, J. M., Shiely, F., Perry, I. J., & McHugh, S. M. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of a community-based, multidisciplinary, family-focused childhood weight management programme in Ireland: a qualitative study. *BMJ Open*, 7(8), e016459. doi:10.1136/bmjopen-2017-016459
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lahn, L. C., & Jensen, K. (2008). Profesjon og læring i *Profesjonsstudier* (Kap 17, s. 295-305) Oslo: Universitetsforl.
- Lewis, K., Fraser, C., & Manby, M. (2014). 'Is it worth it?' A qualitative study of the beliefs of overweight and obese physically active children. *J Phys Act Health*, 11(6), 1219-1224. doi:10.1123/jpah.2012-0295
- Personopplysningsloven. (2019). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2000-04-14-31). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/\\*#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#KAPITTEL_1)
- Helsepersonelloven. (2020) Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Lundström, L. G. (2008). Further arguments in support of a social humanistic perspective in physiotherapy versus the biomedical model. *Physiother Theory Pract*, 24(6), 393-396. doi:10.1080/09593980802511789
- Meyer, H. E., & Vollrath, M. E. M. T. (2017). Overvekt og fedme i Norge i Folkehelse rapporten *Folkehelseinstituttet* Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- Milne, N., Choy, N. L., Leong, G., Hughes, R., & Hing, W. (2015). Child obesity service provision: a cross sectional survey of physiotherapy practice trends and professional needs. *Physiotherapy*, 101, e1008-e1009. doi:10.1016/j.physio.2015.03.1874
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier - en introduksjon*. I *Profesjonsstudier* (s.13-27) Oslo: Universitetsforl.

- Morinder, G., Biguet, G., Mattsson, E., Marcus, C., & Larsson, U. E. (2011). Adolescents' perceptions of obesity treatment - an interview study. *Disabil Rehabil*, 33(12), 999-1009. doi:10.3109/09638288.2010.520800
- Ng, W., Slater, H., Starcevich, C., Wright, A., Mitchell, T., & Beales, D. (2021). Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Pain, Publish Ahead of Print*. doi:10.1097/j.pain.0000000000002217
- Nicholls, D. A. (2018). *The End of Physiotherapy* (1 ed.). London: London: Routledge.
- Nicholls, D. A., Atkinson, K., Bjorbækmo, W. S., Gibson, B. E., Latchem, J., Olesen, J., . . . Setchell, J. (2016). Connectivity: An emerging concept for physiotherapy practice. *Physiother Theory Pract*, 32(3), 159-170. doi:10.3109/09593985.2015.1137665
- Nicholls, D. A., & Gibson, B. E. (2010). The body and physiotherapy. *Physiother Theory Pract*, 26(8), 497-509. doi:10.3109/09593981003710316
- Norsk Fysioterapeutforbund (2012). Hva er fysioterapi? Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk senter for forskningsdata (2019). Må jeg melde prosjektet mitt? Hentet fra [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Folkehelsemeldinga. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1>
- Pandita, A., Sharma, D., Pandita, D., Pawar, S., Tariq, M., & Kaul, A. (2016). Childhood obesity: prevention is better than cure.(Report). *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 9, 83. doi:10.2147/DMSO.S90783
- Praestegaard, J., & Gard, G. (2013). Ethical issues in physiotherapy - Reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiother Theory Pract*, 29(2), 96-112. doi:10.3109/09593985.2012.700388
- Rees, R. W., Caird, J., Dickson, K., Vigurs, C., & Thomas, J. (2014). 'It's on your conscience all the time': a systematic review of qualitative studies examining views on obesity among young people aged 12–18 years in the UK. *BMJ Open*, 4(4), e004404. doi:10.1136/bmjopen-2013-004404
- Rugseth, G., & Engelsrud, G. H. (2020). Aktiv på egne premisser : en diskursanalyse av faglige retningslinjer.
- Rzadkowska, J. (2020). kompleks i Store norske leksikon. Hentet 24. februar 2021 fra <https://snl.no/kompleks>

- Sackett, D. L. (2000). *Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM* (2nd ed. ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Sartain, S. A., Clarke, C. L., & Heyman, R. (2000). Hearing the voices of children with chronic illness: Hearing the voices of chronically ill children. *Journal of advanced nursing*, 32(4), 913-921. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01556.x
- Schalkwijk, A. A. H., Nijpels, G., Bot, S. D. M., & Elders, P. J. M. (2016). Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands – a mixed methods approach. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 83. doi:10.1186/s12913-016-1324-7
- Setchell, J., & Abaraogu, U. (2018). *A critical perspective on stigma in physiotherapy: The example of weight stigma i Manipulating practices*. Oslo: Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
- Setchell, J., Nicholls, D. A., & Gibson, B. E. (2018). Objecting: Multiplicity and the practice of physiotherapy. *Health (London)*, 22(2), 165-184. doi:10.1177/1363459316688519
- Setchell, J., Watson, B. M., Gard, M., & Jones, L. (2016). Physical Therapists' Ways of Talking About Overweight and Obesity: Clinical Implications. In (pp. 865-875). [Alexandria, Va.]
- Shaw, J. A., & DeForge, R. T. (2012). Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiother Theory Pract*, 28(6), 420-427. doi:10.3109/09593985.2012.676941
- Smeby, J.-C. G., Torbjørn. (2021). Profesjon i Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no/profesjon>
- Smith, K. L., Straker, L. M., McManus, A., & Fenner, A. A. (2014). Barriers and enablers for participation in healthy lifestyle programs by adolescents who are overweight: a qualitative study of the opinions of adolescents, their parents and community stakeholders. *BMC Pediatr*, 14(1), 53-53. doi:10.1186/1471-2431-14-53
- Stokkeland, O. (2019). Behandlingstilbud til barn med overvekt og fedme – er det godt nok? *Utposten Fagblad for allmenn- og samfunnsmedisin*, 48(6).
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2014). Fysioterapeutene: fra kosmologi til fagpolitikk. I *Profesjonshistorier* (s. 138-176). Oslo: Pax.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

- UNICEF, WHO, & The World Bank Group (2020). Joint child malnutrition estimates: levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2020 edition. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/jme-2020-edition>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2004). Rammeplan for fysioterapeututdanning. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan\\_fysio\\_23.06.04\\_ny.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215886-rammeplan_fysio_23.06.04_ny.pdf)
- Wardle, J., Waller, J., & Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addict Behav*, 27(4), 561-573. doi:10.1016/S0306-4603(01)00193-9
- WHO. (1948). WHO definition of health. *World Health Organization*.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health : ICF*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2019). Facts and figures on childhood obesity. Hentet fra <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>
- WHO, Kith, A. S., & Helsedirektoratet. (2006). *ICF : Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse* (2. oppl. [i.e. ny utg.]. ed.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Wikström-Grotell, C., & Eriksson, K. (2012). Movement as a basic concept in physiotherapy - A human science approach. *Physiother Theory Pract*, 28(6), 428-438. doi:10.3109/09593985.2012.692582
- You, L., Sadler, G., Majumdar, S., Burnett, D., & Evans, C. (2012). Physiotherapists' perceptions of their role in the rehabilitation management of individuals with obesity. *Physiother Can*, 64(2), 168-175. doi:10.3138/ptc.2011-01
- Aamo, A. W., Lind, L. H., Myklebust, A., Stormo, L. K., & Skogli, E. (2019). Rapport overvekt og fedme i Norge: omfang, utvikling og samfunnskostnader. *Menon-Publikasjon*, 9.

## Vedlegg 1 - Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Innledning til intervjuet

- Introduser meg selv og masterprosjektet, samt formålet med intervjuet
- Gjennomgang av informasjonsskriv, samtykke og retten til å trekke seg fra prosjektet
- Informasjon om lydopptak
- Eventuelle spørsmål fra deltagerne i forkant av intervjuet
- Skriv under samtykkeerklæring
- Start lydopptak

#### Innledningsspørsmål:

- Jeg vil gjerne starte med å høre litt om hvor du jobber, og hva du jobber med?
  - Hvor lenge har du jobbet med barn med overvekt og fedme?
- Jeg synes det er veldig fint at du takket ja til deltagelse i prosjektet. Kan du si litt om hvorfor du fikk lyst til å være med på dette?

#### Tverrfaglig samarbeid og fysioterapeutens ansvarsområder:

- Hvilke tilbud for barn med overvekt og fedme finnes i din kommune?
  - Tverrfaglig samarbeid?
  - Fysioterapeutens ansvarsområder?
  - Forebyggende arbeid?
- Hvilken rolle opplever du at fysioterapeuter har innenfor arbeidet med barn med overvekt og fedme?

#### Forskning og statelige føringer:

- Hvordan finner du/dere kunnskap om emnet?

- Jeg har sett i forskning at mye av det som gjøres for barn med overvekt gir begrensede resultater. Har du noen tanker om dette?
- Det finnes nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, er dette noe du kjenner til - eller bruker i jobbhverdagen?
  - På hvilke måter?

### **Fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner omkring arbeidet med barn med overvekt og fedme:**

- Hvordan jobber du med barn med overvekt og fedme?
  - Hva er dine oppgaver?
- Hva synes du om å jobbe på denne måten?
- Er det noe du synes er spesielt fint med å jobbe med barn med overvekt og fedme?
- Er det noe du synes er mer utfordrende?
  - Hvorfor tenker du at dette er vanskelig?
  - Hvilke utfordringer støter du på?
  - Hva fungerer bra?
- Kan du fortelle om en typisk dag på jobb for deg når du skal arbeide med barn med overvekt?
  - Kom gjerne med et eksempel på en situasjon du har vært i?
  - Ta meg med i den situasjonen.
- Når man arbeider med overvekt hos barn så er det jo ofte familierettet. Hvordan opplever du samarbeidet med familien til barn med overvekt?
  - Er det noe du synes er utfordrende?
    - Hvorfor tenker du at dette er utfordrende?
- Opplever du at noe forandrer seg ved barna underveis i forløpet når de deltar på livsstilsendingsgruppen?
- I helsevesenet i dag så er vi generelt opptatt av brukermedvirkning, og at brukerne skal bli hørt for sine syn, og deres behov, ønsker og mål skal være i fokus. Har du noen tanker om hvordan dette er i praksis, og hvordan man kan ivareta barnas brukermedvirkning når man jobber med barn med overvekt?



## **Stigmatisering:**

- Det er mange barn og unge som rapporterer om at de blir mobbet, og opplever vanskeligheter i det sosiale på grunn av overvekten.
  - Hvordan kan dette gjøre seg gjeldene i deres møte med barna?
  - Er dette noe barna snakker med deg om?
    - På hvilke måter kommer det eventuelt frem?
- Jeg har lest i forskning at det kan være problematisk for foreldre å ta opp temaet overvekt med barna da de kan være redd for at det blant annet kan påvirkes barnas selvbilde.
  - Har du noen tanker om denne problemstillingen?
- Hvordan snakker du med barna om overvekt?
  - Hvis nei, kan du si noe mer om hvorfor du ikke gjør det.

## **Oppsummerende spørsmål:**

- Er det noe du tenker at jeg burde ha spurt deg om eller noe annet du ønsker å fortelle?

## **Generelle oppfølgingsspørsmål:**

- Kan du forklare nærmere?
- Har du noen eksempler på en slik situasjon?
- Hvordan opplevde du det?
- Hva tenker du om det?
- Hvordan synes du dette blir i praksis?
- Har du eksempler på at det ikke alltid er så enkelt?
- Eksempler på hva som fungerer bra?

## **Avslutning**

- Er det noe du lurer på i forbindelse med intervjuet eller det videre arbeidet med prosjektet?
- Takke for deltagelsen

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Fysioterapeuters erfaringer i arbeide med barn med overvekt i primærhelsetjenesten»

En kvalitativ studie

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med å arbeide med overvektige barn i primærhelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med prosjektet er å få en bedre innsikt i hvilke erfaringer fysioterapeuter i primærhelsetjenesten har med å arbeide med barn med overvekt.

Prosjektet er en del av utdanningen «Master i fysioterapi – fordypning barn og unge» ved OsloMet. Problemstillingen i masteroppgaven er følgende:

**«Hvordan erfarer et utvalg fysioterapeuter i primærhelsetjenesten å arbeide med barn med overvekt?»**

Prosjektet er designet som en kvalitativ studie med semistrukturerte dybdeintervju av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten som arbeider med barn med overvekt.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

- Masteroppgaven er en del av studiet Master i fysioterapi ved OsloMet.
- Veileder er førsteamanuensis II Gro Rugseth ved Norges idrettshøyskole.
- Biveileder er professor Wenche Bjorbækmo ved OsloMet.
- Masterstudent er Ingvill K. Myrdal

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er ønskelig med 5-7 deltakere til intervju for å kunne belyse problemstillingen. Inklusjonskriteriet er at fysioterapeutene må arbeide med barn med overvekt i primærhelsetjenesten i en kommune på Østlandet. Det er ønskelig at begge kjønn er presentert i studien. Aktuelle fysioterapeuter kan ha arbeidet over både kortere og lengre tid med barn med overvekt.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju med spørsmål omkring dine erfaringer med å arbeide med barn med overvekt. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Det vil utføres ved personlig oppmøte der det er mest beleilig for deg, eventuelt på telefon. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuene.

## **Det er frivillig å delta**

All forskning skal være basert på et frivillig, informert samtykke. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

- Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Data vil lagres på OsloMet sin Tjeneste for sensitive data (TSD), for å sikre at personidentifiserende data oppbevares på en trygg måte.
- Det vil kun være administrator for TSD, veiledere og studenten som vil ha tilgang på dataene.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data på innelåst sted.
- Informantene vil anonymiseres ved å fjerne personnavn, stedsnavn, organisasjonsnavn og annet som kan avsløre enkeltindividers identitet.
- Intervju vil innhentes via Diktafon-app utviklet av TSD. Lydfilen vil mellomlagres på telefonen og sendes i kryptert form inn til TSD via et nettskjema. Det vil ikke være mulig å spille av intervjuet på telefonen. Når intervjuet transkriberes, vil det anonymiseres.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

- Opplysningene anonymiseres og personopplysninger slettes når masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er 20. juni 2021.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Førsteamanuensis II Gro Rugseth (veileder for masterprosjektet) på e-post: [gro.rugseth@me.com](mailto:gro.rugseth@me.com) eventuelt telefon 97730285
- Ingvill K. Myrdal (masterstudent ved OsloMet) på e-post: [ingvillmyrdal@gmail.no](mailto:ingvillmyrdal@gmail.no) eventuelt telefon 48446151

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
Gro Rugseth  
(Forsker/veileder)

Ingvill K. Myrdal  
(Masterstudent)

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fysioterapeuters erfaringer i arbeide med barn med overvekt i primærhelsetjenesten» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Fysioterapeuters erfaringer i arbeide med barn med overvekt i primærhelsetjenesten

### Referansenummer

694143

### Registrert

23.09.2020 av Ingvill Kjelland Myrdal - s337809@oslomet.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for fysioterapi

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gro Rugseth, gro.rugseth@nih.no, tlf: 97730285

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Ingvill Kjelland Myrdal, ingvillmyrdal@gmail.com, tlf: 48446151

### Prosjektperiode

15.10.2020 - 30.06.2021

### Status

21.10.2020 - Vurdert

## Vurdering (1)

---

### 21.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)