

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Shahrzad Arfa

**Foreldres erfaringer med å delta i et
tverrfaglig helseopplegg for behandling av
deres overvektige barn**

-En kvalitativ studie

Masteroppgave i rehabilitering og habilitering

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag

Vår 2013

Foreldres erfaringer med å delta i et tverrfaglig helseopplegg for behandling av deres overvektige barn

-En kvalitativ studie

Shahrazad Arfa

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
Oslo 2013

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Omfanget av overvekt og fedme øker så sterkt at Verdens helseorganisasjon (WHO) omtaler det som en global epidemi. Overvekt og fedme øker sterkt i de fleste aldersgrupper også i den norske befolkningen. Andelen barn med overvekt og fedme har økt fra 16 til 19 prosent i perioden 2008 – 2010 for begge kjønn samlet sett. Det finnes også lite empirisk forskning på forebyggende og behandlende tiltak som tilbys norske barn.

Problemstilling: - Hvordan erfarer foreldre det å være med på et helsefaglig behandlingsopplegg som har som mål å endre familiens mat- og aktivitets vaner generelt, og barnets spesielt?

Metode: Oppgaven har en kvalitativ metodisk tilnærming med innsamling av kvalitative data ved hjelp av semistrukturerte intervjuer med mødre til fem overvektige barn.

Teoretisk forankring: Studien bygger på et empowerment-perspektiv og dets positive syn på mennesket som et aktivt og handlende subjekt som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene tilrettelegges for det.

Resultater: Studien viser at mødre erfarte det å få beskjed om sine barns overvekt av helsepersonell veldig ulikt. Det mødre hadde felles var en sårbarhet knyttet til det å ha overvektige barn. Mødrene opplevde å bli fordømt av andre for barnets vektproblem. De klandret seg selv for sine barns vektproblem og opplevde at de ikke hadde oppfylt sitt ansvar som foreldre. Mødrene opplevde også det å være med på samtaler med helsepersonell veldig ulikt. Det som var felles var at alle var opptatt av måten de ble behandlet på av helsepersonell i samtalen. Helsepersonellens evne til å vise interesse, medfølelse og respekt under samtalen ble ansett som viktig av mødre. Mødrene opplevde at en ikke-dømmende tilnærming fra helsepersonellet hadde betydning for at de lett kunne snakke om familiens mat- og aktivitetsvaner. Studien viser også at mødre syntes det var utfordrende å endre sine barns matvaner, og at de iblant var ambivalente når det gjaldt å motstå barns ønsker. I tillegg viser resultatene hvor fornøyde mødre var med aktivitetsgruppetilbudet. De beskrev det å være aktive sammen med sine barn i fellesskap med andre som en ny opplevelse. Videre forskning er viktig for å belyse foreldres erfaringer og utvikle metoder for å forbedre arbeidet med behandling av overvektige barn.

Nøkkelord: Foreldre, helsepersonell, overvektige barn, mat- og aktivitetsvaner

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag

Oslo 2013

SUMMARY

Background: The extent of overweight and obesity is increasing so much that the World Health Organization (WHO) mentions it as a global epidemic. Overweight and obesity are growing strongly in most age groups also in the Norwegian population. The proportion of children with overweight and obesity has increased from 16 to 19 per cent in the period 2008 –2010 for both sexes as a whole. And there is little research on preventive and therapeutic measures which offers to Norwegian children.

Problem: - How do parents experience being part of a health treatment program which aims to change the family's food and activity habits in general and children in particular?

Method: The thesis is a qualitative methodological approach with collecting qualitative data using semi-structured interviews with mothers of five overweight children.

Theory: The study is based on an empowerment-perspective and its positive view of man as an active and acting subject who will know their own good if conditions adapted to it.

Results: The study shows that mothers experienced it to be notified of their child's obesity by health care workers very differently. What mothers had in common was a vulnerability associated with having obese children. The mothers experienced being condemned by others for the child's weight problem. They blamed themselves for their child's weight problem and felt that they had not fulfilled their responsibilities as parents. The mothers experienced conversations with health care workers very differently. What was common was that everyone was concerned with the way they were treated by health care workers in the conversation. Of health care worker's ability to show interest, compassion and respect during the conversation was considered important by the mothers. The mothers felt that a non-judgmental approach from health care workers was important that they could easily talk about family's food and activity habits. The study also shows that mothers found it challenging to change their children's eating habits and was ambivalent to resist their children's wishes. In addition, the results show how satisfied mothers were with the offer of activity group. They found it to be active with their children in community with others as a new experience. Further research is essential to elucidate parents' experiences and develop methods to improve the work of the treatment of obese children.

Keyword: Parents, health care workers, overweight children, food and activity habits

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag

Oslo 2013

FORORD

Mitt masterprosjekt er med dette slutført. Dette er en dag jeg har sett frem til min glede. Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende, utfordrende og lærerikt. Jeg opplever at jeg har fått større innsikt og utvidet min kunnskap på et område jeg er interessert i.

Det har vært mulig å gjennomføre denne masteroppgaven takket være de fem mødrene som stilte sin tid til disposisjon. Jeg er takknemlig for at de viste meg den tilliten, og delte sine erfaringer og følelser med meg.

Takk til Merete for alt hjelp og samarbeid med rekruttering av mine informanter.

Jeg vil også takke min kjære familie for deres tålmodighet i de siste tre årene som jeg har vært mye opptatt, og ikke minst at mange helger og kvelder er blitt brukt til jobbing med masteroppgaven.

Tusen takk til Caroline Hauger Hole for alt støtte og hjelp i denne avsluttende fasen.

Takk til Astrid Bergland og Sandra Torres for deres inspirerende innsats for skriveseminaret, dere er inspirerende!

Til sist tusen takk til de som har trodd på meg og har gitt meg energi til å fullføre dette arbeidet.

Oslo, mai 2013

Shahrzad

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema	8
1.2	Hensikten med studien, problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.3	Oppgavens struktur	11
2	LITTERATURGJENNOMGANG.....	12
2.1	Familiebasert tilnærming til behandling av overvektige barn	13
2.2	Intervensjoner i behandling av overvektige barn.....	13
2.3	Foreldres, og helsepersonells rolle i behandling av overvektige barn	14
2.4	Foreldres erfaringer med å endre familiens mat- og aktivitetsvaner	15
2.5	Foreldres erfaringer med primærhelsetjenesten som behandlingsarena	15
2.6	Oppsummering.....	16
3	TEORETISK PERSPEKTIV	17
3.1	Empowerment.....	17
3.2	Begrunnelse for valg av empowerment som teoretisk perspektiv	17
3.3	Empowerment som begrep	18
3.4	Ulike tilnærminger til empowerment.....	18
3.5	Empowerment som prosess	20
3.6	Oppsummering.....	20
4	METODE OG ETIKK.....	22
4.1	Metodisk tilnærming	22
4.2	Utvalg og rekruttering	22
4.3	Det tverrfaglige helseopplegget.....	23
4.4	Presentasjon av informantene	24
4.5	Intervju	24
4.6	Transkribering.....	27
4.7	Etiske overveielser	27
4.8	Studiens reliabilitet og validitet	29
4.9	Egen forforståelse	31
4.10	Analyse av materialet.....	32

5	PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN	35
5.1	Overvekt– et sårbart tema.....	35
5.2	Drøfting	40
5.3	Den første samtalen med helsepersonell	42
5.4	Drøfting	45
5.5	Det å endre matvaner	47
5.6	Drøfting	53
5.7	Begeistring over aktivitetsgruppe	56
5.8	Drøfting:	60
6	KONKLUSJON.....	63
6.1	Avsluttende oppsummering	63
6.2	Implikasjoner for fremtidige forskning	67
	LITTERATUR LISTE.....	68

VEDLEGG 1: Informasjonsbrev med samtykkeerklæring

VEDLEGG 2 : Intervjuguide

VEDLEGG 3 : Tilbakemelding fra REK

VEDLEGG 4 : Svarbrev fra REK- gjelder det tverrfaglige prosjektet

VEDLEGG 5 : Tilbakemelding fra NSD

VEDLEGG 6 : Svarbrev fra NSD- gjelder det tverrfaglige prosjektet

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen i de fleste aldersgrupper. Andel voksne i 40-45-årsalderen som er overvektige har økt fra under 10 til 20 prosent i norske fylker fra 1985 til 2002 (Helsedirektoratet, 2011b). En norsk 40-åring veier i dag fem kilo mer enn rundt 1985 (Folkehelseinstituttet, 2012c). Samtidig viser forskning at mange er mindre fysisk aktive i hverdagen enn det som er anbefalt (Helsedirektoratet, 2011a). Redusert aktivitetsnivå og stor tilgang på eneregitette matvarer gjør at overvekt og fedme lett utvikles i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2012a). Overvekt og fedme er likevel ikke et nytt fenomen. Det nye er at omfanget av overvekt og fedme øker så sterkt at Verdens helseorganisasjon (WHO) omtaler det som en global epidemi (Klepp & Aarø, 2009, s. 219).

Overvekt og fedme er også en trussel for folks helse, og forskning tyder på at denne trusselen brer seg både i vestlige land og i utviklingsland (Øen, 2012, s. 22). Bekymringen for økende overvekt og fedme er knyttet til økt risiko for en lang rekke helseproblemer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, flere typer kreft, og slitasjegikt i knær og hofter (Folkehelseinstituttet, 2012b).

Overvekt øker også i omfang hos barn. Resultatene fra barnevekststudien ved Folkehelseinstituttet høsten 2010 viste at 19 % av jentene og 12 % av guttene blant norske 3.klassinger var overvektige. I tillegg hadde 3 % av jentene og 5 % av guttene fedme. Resultatene tyder på at andelen barn med overvekt og fedme har økt fra 16 til 19 prosent i perioden 2008 – 2010 for begge kjønn samlet sett (Folkehelseinstituttet, 2011b).

Det er flere grunner til at det nå bør fokuseres på overvektproblematikken blant barn og unge. Barnefedme har umiddelbare konsekvenser som økt risiko for hjerte- og karsykdommer og psykososiale risikofaktorer (Ogden et al gjengitt i Øen, 2012, s. 23). Overvektige barn rapporterer om mer psykiske problemer enn ikke-overvektige (Van Vlierberghe, Braet, Goossens & Mels, 2009) og er mer utsatt for mobbing (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004). De blir i tillegg dårlig likt av andre barn (Koroni, Garagouni-Areou, Roussi-Vergou, Zafiropoulou & Piperakis, 2009), og har lav grad av mestringsforventning (Øen, 2012, s. 23). En nyere studie viser dessuten at overvektige barn skårer like lavt på

helserelatert livskvalitet som barn med kreft (Schwimmer, Burwinkle & Varni, 2003). I tillegg er fedme hos barn etter treårsalderen forbundet med økt risiko for fedme i voksen alder. Risikoen øker med stigende alder, og er større om én eller begge foreldre har fedme (Folkehelseinstituttet, 2011a).

I lys av de helsemessige konsekvensene som overvekt kan føre til, ble det i 2010 utarbeidet nasjonale retningslinjer for «Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge» (Helsedirektoratet, 2010). Retningslinjene inneholder anbefalinger som er delt i fire tiltaksnivåer som bygges på hverandre. Anbefalingene er basert på kunnskap som bygger på tidligere forskning, rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer og klinisk ekspertise hos respektfulle autoriteter. I disse anbefalingene ansees KMI¹ som en viktig indikator for hva slags tiltak som bør settes inn.

Ifølge retningslinjene skal kartleggings- og veiledningssamtale med foreldrene gjennomføres dersom barnets KMI passerer iso-KMI² 25 og helsesøster eller fastlege konkluderer med utvikling av overvekt. Det står videre at en fagperson³ skal sjekke hva familien ønsker hjelp til, hvilke tanker og følelser de har knyttet til barnets overvekt, og hva de bekymrer seg for. Fagpersonen skal også utforske familiens forklaringsmodeller og de erfaringene de har gjort for å stoppe barnets vektutvikling. I tillegg bør fagpersonen finne ut hvilke forventninger familien har til behandling og om hvilke alternativer som foreligger til behandling (Helsedirektoratet, 2010, s. 40). Det står også at fagpersonen skal hjelpe familien med å synliggjøre egne ressurser og utfordringer i prosessen mot varig endring av livsstil (Helsedirektoratet, 2010, s. 40).

Videre står det at KMI over iso-KMI 30 gir indikasjon på fedmeproblematikk som nødvendiggjør utrednings- og behandlingstiltak på flere arenaer og med involvering av flere fagpersoner, med både foreldre og barn som målgrupper for behandlingen. Det primære målet med behandlingen defineres dermed som bedre fysisk og psykisk helse gjennom varig endring av levevaner (Helsedirektoratet, 2010, s. 51, 56–57). Det står videre at

¹ KMI=kroppsmasseindeks

² Iso-KMI= kjønns- og aldersjustert KMI

³ «I møte med det overvektige barnet er det viktig at man som fagperson har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming. Man må være oppmerksom på egne holdninger, tanker, følelser og egne erfaringer knyttet til overvekt, mat og kropp. Sjekk ut hva familien ønsker hjelp til, hvilke tanker og følelser de har ...» (Helsedirektoratet, 2010)

helsepersonell bør kjenne til og benytte alle de konvensjonelle anbefalinger ved behandling av fedme (Helsedirektoratet, 2010, s. 54).

I boken *Overvekt hos barn og unge* skriver Gudbjørg Øen (2012, s. 27) at i samtaler med helsepersonell som arbeider med barn og unge med overvekt eller fedme, fremgår det likevel at mange synes det er vanskelig å vite hva de skal tilby familiene. De nye retningslinjer gir heller ikke noen klare meldinger om hva behandlingen og oppfølgingen skal bestå av (Øen, 2012, s. 214).

Ifølge Øen (2012, s. 293) er hjelp med overvekt og fedme svært dårlig utbygd i dag, og det er tilfeldig hvilken hjelp en får i primærhelsetjenesten, alt etter personalets kunnskap, interesse og syn på problemet. Flere internasjonale forskningsstudier anser også det å etablere et passende tilbud for behandling av overvektige barn i primærhelsetjenesten som utfordrende (Edmunds, 2005; Kologotla & Adams, 2004; Rudolf, 2004). Disse studiene anser manglende ressurser, tid og kunnskap om behandling av overvektige barn hos helsepersonell som forhindrende for etablering av et passende tilbud i primærhelsetjenesten.

At overvektige barn står så godt som uten tilbud om hjelp i lokalmiljøene, og at det finnes lite empirisk forskning på forebyggende og behandlende tiltak som tilbys norske barn, slik Øen (2012, s. 25, 293) også påpeker, har inspirert meg til å gjennomføre dette masterprosjektet.

1.2 Hensikten med studien, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å belyse foreldres erfaringer med å delta i et tverrfaglig helseopplegg for behandling av deres overvektige barn. Å få kjennskap til foreldres erfaringer og synspunkter fremmer innsikt i faktorer som kan ha betydning for vellykket behandling av overvektige barn i primær- og spesialist helsetjenesten (Owen, Sharp, Shield & Turner, 2009). Det vil også bidra til utvikling av teorier om foreldres innvirkning på behandlings resultater, og hjelpe helseprofesjonelle i deres tilnærming til familiebaserte behandlinger (Stewart, Chapple, Hughes, Poustie & Reilly, 2008).

I og med at Øen (2012, s. 25) også påpeker at i de statlige føringene er praksis- og brukerkunnskap ikke særlig vektlagt, har denne studien som formål å få kjennskap til hvordan foreldre opplevde det å delta i et tverrfaglig opplegg, som har vært et forsøk på implementering av de statlige retningslinjene i primærhelsetjenesten.

Med utgangspunkt i studiens formål har jeg valgt følgende problemstilling:

- Hvordan erfarer foreldre det å være med på et helsefaglig behandlingsopplegg som har som mål å endre familiens mat- og aktivitetsvaner generelt, og barnets spesielt?

Jeg vil særlig utforske foreldres erfaringer med å delta i det tverrfaglige opplegget. I tillegg vil jeg belyse foreldres opplevelser av utfordringer og muligheter knyttet til endring av mat- og aktivitets vaner i familien.

Studien tar dermed utgangspunkt i et tverrfaglig prosjekt⁴ som dreier seg om evaluering av en tiltaksmodell for å forebygge og behandle overvekt og fedme hos barn. Prosjektet var bestående av en arbeidsgruppe som så på hvordan de nye retningslinjene kunne implementeres. Arbeidsgruppen startet i første omgang et pilotprosjekt som skulle fullføres innen desember 2012.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er inndelt i seks hovedkapitler. I **kapittel 1** har jeg beskrevet bakgrunnen for valg av temaet overvekt og fedme hos barn. I tillegg har jeg beskrevet hensikten med studien og problemstillingen oppgaven vil belyse. I **kapittel 2** fremlegger jeg litteraturgjennomgangen. De inkluderte studiene blir presentert under fem ulike tema. I **kapittel 3** redegjør jeg for oppgavens teoretiske ramme og hvilken forståelse som ligger til grunn i det videre arbeidet. **Kapittel 4** inneholder oppgavens metodologi, hvor oppgavens metodiske grunnlag presenteres sammen med prosessens gjennomførelse, etiske overveielser, egen forforståelse og studiens reliabilitet og validitet. I dette kapitlet har jeg valgt å beskrive det helsefaglige opplegget og presentere mine informanter. I tillegg viser jeg hvordan analyseprosessen av materialet ble foretatt.

I **kapittel 5** skal jeg presentere empiriske funn under fire temaer. Resultatene er sett i forhold til liknende undersøkelser og drøftet under hvert tema med utgangspunktet i oppgavens teoretiske rammeverk. I **kapittel 6** oppsummeres sentrale funn fra analysen. Resultatene kobles til oppgavens problemstilling og belyses ut fra oppgavens teoretiske ramme. Deretter har jeg ved å ta utgangspunkt i resultatene beskrevet implikasjoner for fremtidige forskning.

⁴ Prosjektet ble presentert i mastertorget våren 2012 av Hilde Sylliaas ved høyskolen i Oslo og Akershus.

2 LITTERATURGJENNOMGANG

I arbeidet med litteraturgjennomgangen⁵ har jeg inkludert de forskningsartiklene som er mest relevante til denne oppgavens problemstilling. Gjennomgangen inkluderer til sammen 19 kvalitative og kvantitative studier som er gjennomført i ulike behandlingssettinger. Studiene er utført i ulike land som USA, England, Israel, Island og Norge. Studiene har hovedsakelig inkludert overvektige barn i alderen 5–12 år og deres foreldre. Hensikten med litteraturgjennomgangen er å skape en oversikt over tidligere forskning som har betydning for hva denne studien bygger på. De inkluderte studiene er oppsummert og gruppert under følgende temaer:

- Familiebasert tilnærming til behandling av overvektige barn
- Intervensjoner i behandling av overvektige barn
- Foreldres, og helsepersonells rolle i behandling av overvektige barn
- Foreldres erfaringer med å endre familiens mat- og aktivitetsvaner
- Foreldres erfaringer med primærhelsetjenesten som en behandlingsarena

Først vil jeg presentere familiebasert tilnærmingen til behandling av overvektige barn og de mest anvendte intervensjonene. Jeg vil i denne sammenhengen se på foreldres- og helsepersonells rolle i behandlingen av overvektige barn. Deretter vil jeg belyse foreldres erfaringer med å endre familiens mat- og aktivitets vaner. Jeg vil videre se på primærhelsetjenesten som behandlingsarena i lys av foreldres erfaringer. Til sist har jeg valgt å skrive en kort avsluttende oppsummering og belyse behovet for videre forskning med utgangspunkt i denne gjennomgangen.

⁵ I arbeidet med litteraturgjennomgangen har jeg søkt på Cinahl, Medline og SveMed. Mine søkeord var “obesity”, “child”, “parent”, “family”, “Lifestyle“, “perception” og “primary care” som ble brukt hver for seg og deretter koblet sammen.

2.1 Familiebasert tilnærming til behandling av overvektige barn

En familiebasert tilnærming til behandling av overvektige barn er for tiden anbefalt (Barlow & Ohlemeyer, 2006; Moria Golan, 2006; Moria Golan, Kaufman & Shahar, 2006; West, Sanders, Cleghorn & Davies, 2010). Flere forskere anser Epstein et als. (1990) studie som det sterkeste beviset for å involvere familie i behandlingen av overvektige barn (M. Golan & Weizman, 2001; Nader, 1993).

Epstein et al. (1990) viser i sin studie en langtidseffekt (10 år) av et kombinert foreldre–barn-intervensjonsprogram hos barn med fedme. Studien undersøker effekten av en familiebasert behandling på prosent overvekt hos 76 barn med fedme i alderen 6–12 år henholdsvis 5 og 10 år etter behandlingen. Foreldre og deres barn ble i denne studien randomisert i 3 grupper. Alle gruppene fikk samme informasjon om kosthold, trening og atferdsendring. I første og andre gruppe var det i tillegg lagt vekt på adferds- og vektendring. Intervensjonen rettet seg mot både foreldre og barn i første gruppe, og kun mot barn i andre gruppe. I siste gruppe som var kontrollgruppe var det kun fokus på foreldres oppmøte til behandlingen. Resultatene fra første gruppe viser reduksjon i prosent overvekt hos barna henholdsvis 5 og 10 år etter behandlingen. I andre gruppe, samt i kontrollgruppen viser resultatene økning i prosent overvekt hos barna. Resultatene fra denne studien viser at familiebasert behandling med fokus på endring av mat- og aktivitetsvaner, samt atferd gir langsiktig effekt i behandling av barn med fedmeproblemer (Epstein, Valoski, Wing & McCurley, 1990).

Historisk sett har familiebaserte behandlinger involvert barnet og minst én av foreldre. I dag er familiebaserte behandlinger med foreldre som hovedagenter for endring svært anbefalt. Behandlingen har ofte som mål å styrke foreldrenes ledende rolle, foreldre ferdigheter og kommunikasjonsevner mellom foreldre og barn (Moria Golan, 2006).

2.2 Intervensjoner i behandling av overvektige barn

Dokumentasjoner fra tidligere forskning viser at intervensjoner mot overvekt og fedme må rettes mot fysiske og psykososiale aspekter ved problemet. Intervensjonene skal inneholde veiledning om kosthold og fysisk aktivitet som kan hjelpe familier til å sette mål og til å begynne med å ta noen skritt frem mot en sunn livsstilsatferd (Jacobsen & Melnyk, 2012; Wald, Moyer, Eickhoff & Ewing, 2011). Kostholdsrådgivning skal være praktisk,

hensiktsmessig og individuell. Den skal ta hensyn til barnets matpreferanser og familiens økonomiske ressurser, tid og matlagings ferdigheter (Owen, Sharp, Shield & Turner, 2009). Det er også viktig å gi praktiske forslag for å redusere stillesittende aktiviteter hos barnet og derigjennom øke barnets aktivitetsnivå (Owen et al., 2009).

I tillegg er en motiverende bistand som hjelper foreldre og barn til å erkjenne deres egne usunne atferd, og som oppfordrer dem til å nå en sunn livsstilsatferd av stor betydning (Jacobsen & Melnyk, 2012).

2.3 Foreldres, og helsepersonells rolle i behandling av overvektige barn

Foreldres deltakelse er svært viktig i behandlingen av overvektige barn (Golan & Weizman, 2001). Derfor vil kommunikasjonen mellom foreldre og helsepersonell danne grunnlaget for behandlingen (Mikhailovich & Morrison, 2007). Det å skape et støttende miljø og en relasjon som bygger på partnerskap mellom foreldre og helsepersonell, er dermed svært avgjørende for behandling av overvektige barn (Mikhailovich & Morrison, 2007).

Videre vil både foreldres- og helsepersonells erkjennelse av vektproblemet hos barnet være av en stor betydning for å igangsette behandlingen (Kwapiszewski & Lee Wallace, 2011). Overvekt kan ifølge Kwapiszewski og Lee Wallace (2011) være et sårbart tema dersom hverken helsepersonell eller foreldre er klare for forandringer. Derfor vil foreldres interesse og deres forberedelse til å starte endringer være avgjørende i en endringsprosess (Campell, Benton & Werk 2011; Gunnarsdottir, Njardvik, Olafsdottir, Craighead & Bjanasjon, 2011). Foreldres selvtillit til å påvirke endringsprosessen anses også som svært viktig for å gjøre endringer i en spesifikk atferd (Campell et al., 2011; Gunnarsdottir et al., 2011). I sin studie viser Gunnarsdottir et al. (2011) at selvtilliten til foreldre som ikke fullførte behandlingen av sine overvektige barn, var påfallende lavere enn hos de som fullførte behandlingen (Gunnarsdottir et al., 2011).

Ifølge Owen et al. (2009) har overvekt hos barn en kompleks og sensitiv natur som fører til at helsepersonells holdninger blir avgjørende for at behandlingen skal lykkes. Helsepersonell bør derfor ha evne til å tilpasse sine egne tilnærminger til barnets alder og personlighet. I tillegg må helsepersonell motivere foreldre ved å minne dem på hvorfor de trenger å gjennomføre endringer. Helsepersonell skal støtte foreldre ved å gi praktiske råd for å overkomme utfordringer de møter i endringsprosessen (Owen et al., 2009).

2.4 Foreldres erfaringer med å endre familiens mat- og aktivitetsvaner

Foreldre opplever emosjonelle konflikter ved å begrense sine barns matinntak, og peker på hektiske hverdager, tidspress og økonomiske betingelser som hindrende for å gjennomføre endringer (Campell et al., 2011; Owen et al., 2009; Stewart, Chapple & Hughes, 2008).

Foreldre opplevde også manglende støtte og forståelse hos slektninger som hindrende for å gjennomføre endringer. I tillegg beskriver foreldre helsepersonells dømmende og avvisende holdninger som hemmende for iverksetting og gjennomføring av endringer (Edmunds 2005; Turner et al., 2011).

Noen foreldre beskrev sin ambivalens knyttet til å sette grenser for barna for å beskytte dem. De ønsket ikke at barna skulle bli klar over sitt vektproblem eller oppleve at de ikke ble akseptert (Haugstvedt, Graff-Iversen, Bechensteen & Hallberg, 2011).

Ifølge foreldre kan motiverende samtaler med både barnet og foreldrene hjelpe dem til å oppnå en positiv atferdsendring. I tillegg anser foreldre det å få opplæring i atferdsendringsstrategier som et redskap for å gjennomføre endringer (Campell et al., 2011). Foreldre anser også hjelp fra helsepersonell, familie medlemmer og fra barnet som avgjørende for å fremme en sunn livsstil i familien (Campell et al., 2011). De verdsetter en ikke-dømmende tilnærming fra helsepersonell som fører til en åpen kommunikasjon om de følsomme temaene overvekt og kosthold (Barlow & Ohlemeyer, 2010).

Foreldre anser også det å ha kontinuerlig kontakt med helsepersonell som svært viktig for både å beholde motivasjonen, og få støtte til å gjennomføre endringsprosessen (Owen et al., 2009). Ifølge foreldre er manglende motivasjon en viktig hindring for å iverksette endringer i familiens mat- og aktivitetsvaner (Campell et al., 2011). Ifølge Gunnarsdottir et al. (2011) handler motivasjonen relatert til atferdsendring om den enkeltes syn på viktigheten av endringer og den enkeltes selvtillit til å gjennomføre slike endringer.

2.5 Foreldres erfaringer med primærhelsetjenesten som behandlingsarena

Et behandlingsprogram på en fortrolig og kjent arena kan teoretisk sett overvinne flere barrierer for familiens deltakelse i behandlingen av overvektige barn (Wald, Moyer, Eickhoff & Ewing, 2011). Turner et al. (2012) viste i sin studie at de fleste foreldre så på primærhelsetjenesten som en passende arena for behandling av sine overvektige barn.

Foreldrene anså primærhelsetjenesten som en tilgjengelig tjeneste i nærheten av deres bosted, og med mulighet for daglige avtaler. Foreldrene mente også at det å ta barna til sykehus fører til at barna føler seg mer annerledes (Turner, Salisbury & Shield, 2012). Intervensjoner innen primærhelsetjenesten synes dermed å redusere stigma knyttet til henvisning av barna til spesialister. Det reduserer også hindringer for at foreldre og barn skal ta imot behandlingstilbudet (Turner et al., 2012; Wald et al., 2011).

I sin studie for å undersøke foreldres oppfatninger av primærhelsetjenestens innsats for å hjelpe overvektige barn, intervjuet Taveras et al. (2008) 446 foreldre til barn med overvekt i alderen 2–12 år (Taveras, Gortmaker, Mitchell & Gillman, 2008). Resultatene viser at foreldrene var gjennomsnittlig fornøyde med hjelpen de mottok i møte med helsepersonell. Likevel viser resultatene at 13 % av foreldrene mente at de hadde mottatt veldig lite veiledning angående fysisk aktivitet og kosthold. 17 % vurderte rådgivningen dårlig tilpassende, 23 % mente at helsepersonell ikke brukte nok tid til å snakke om kosthold, og 13 % hadde mottatt veldig lite veiledning angående fysisk aktivitet og kosthold.

Flere studier viser også hvordan foreldre som søkte hjelp fra primærhelsetjenesten opplevde at helsepersonellet ikke hadde kunnskap, tid eller ressurser til en effektiv behandling av deres overvektige barn. Mange foreldre opplevde at helsepersonellet ikke kunne besvare spørsmålene deres knyttet til barnas vektproblem (Edmunds, 2005; Turner, et al., 2011).

2.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg sett på de forskningsartiklene som er mest relevante til denne oppgavens problemstilling. Hensikten med litteraturgjennomgangen har vært å skape en oversikt over tidligere forskning som har betydning for hva denne studien bygger på. Å få kjennskap til foreldres erfaringer og synspunkter fremmer innsikt i faktorer som kan ha betydning for vellykket behandling av overvektige barn i primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennomgangen viser at det er fortsatt lite som er kjent om foreldres synspunkter og erfaringer med behandling av deres overvektige barn spesielt i primærhelsetjenesten. Videre forskning er derfor viktig for å belyse foreldres erfaringer og utvikle metoder for å forbedre arbeidet med behandling av overvektige barn.

I neste kapittel skal jeg presentere denne oppgavens teoretiske ramme.

3 TEORETISK PERSPEKTIV

3.1 Empowerment

Denne studien bygger på et empowerment- perspektiv, og dets grunnleggende positive syn på mennesket (Askheim, 2007, s.30). Før jeg går inn på en nærmere beskrivelse av empowerment i dette kapitlet, vil jeg begrunne mitt valg. Deretter vil jeg belyse empowerment som begrep og dets tre dimensjoner. Jeg vil videre redegjøre for de to hovedtilnærmingene til empowerment, henholdsvis individorienterte tilnærminger og motmaktstilnærminger. Deretter vil jeg belyse empowerment som en prosess hvor den enkelte blir involvert i en bevisstgjørende prosess, og oppnår et mål ved å tilegne seg ferdigheter. Til sist har jeg valgt å skrive en kort oppsummering om kapittelinnholdet.

I arbeidet med dette kapitlet har jeg hovedsakelig støttet meg til Askheim og Starrins bok *Empowerment i teori og praksis* (2007), og Lundemark Andersen, Brok og Mathiasens bok *Empowerment på dansk* (2000). I Askheim og Starrins bok bidrar flere artikkelforfattere til å diskutere og granske empowerment som begrep og praksis fra ulike synsvinkler.

Lundemark Andersen et al.(2000) gir i sin bok en teoretisk referanseramme og konkrete instruksjoner til hvordan empowerment kan forstås og brukes i det daglige arbeidet. Jeg har valgt disse bøkene for å kunne belyse empowerment som både teori og praksis.

3.2 Begrunnelse for valg av empowerment som teoretisk perspektiv

Forbedring av overvektstilstand krever endring (Øen, 2012, s.197). I lys av et empowerment- perspektiv vil en fagperson medvirke til at brukere får bevissthet om sin situasjon og om hva som kan gjøres for å endre situasjonen i en positiv retning (Askheim, 2007, s. 30).

I tillegg er det i det norske helsevesenet lovbestemt at pasientene skal ha mulighet til å medvirke både i utforming av tjenestene og i egen behandling (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Empowerment-perspektivet kan ved å fokusere på å fremme brukernes egne styrker, sette brukerne i sentrum. Dette perspektivet kan også gjøre brukerne til aktive deltakere i behandlingen ved å fokusere på å fremme informasjonsutveksling mellom likeverdige parter (Øen, 2012, s.199).

3.3 Empowerment som begrep

Empowerment har utviklet seg til å bli et svært populært begrep, men med et uklart innhold (Askheim & Starrin, 2007, s. 13). Empowerment inneholder ordet «empower» som betyr både styrke, kraft og makt. Derfor fremstår empowerment som et treleddet begrep med tre dimensjoner (Askheim, 2007, s. 21). Styrke er en indre følelse og opplevelse, og kan forstås som den individuelle utvikling av kapasitet (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 70). Styrke handler om måten man tenker om seg selv og sin egen situasjon på. Ved å se på seg selv som en person med ressurser og muligheter, kan en problemhistorie forandres til å bli en mulighets- og mestringshistorie. Selvtillit og selvfølelse er derfor viktige begreper her (Løken, 2007, s.150).

Videre handler kraft om kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for å kunne gjennomføre handlinger og endringer som den enkelte eller grupper ønsker seg. Kraft forstås dermed både som noe individuelt og kollektivt (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 70). Maktbegrepet innenfor empowerment handler om å ha makt til noe og ikke om å ha makt over noen. Adgang til makt vil dermed behandles som adgang til ressurser og kunnskap (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 59, 93). Maktbegrepet har altså både en individuell og en kollektiv dimensjon. For den enkelte handler det om å ha makt over eget liv og kontroll over egen skjebne. For grupper kan det forstås som makt til å skaffe seg tilgang til anerkjente samfunnsmessige ressurser, henholdsvis sosiale-, politiske-, og økonomiske ressurser (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 70). Ifølge Lundemark Andersen et al. (2000, s. 70) vil ofte de tre dimensjonene styrke, kraft og makt skapes samtidig i et empowerment-orientert arbeid.

3.4 Ulike tilnæringer til empowerment

Empowerment brukes på mangfoldige måter og ut fra ulike ideologiske grunnlag (Askheim, 2012, s.10–13). Ulike aktører legger ulike meningsinnhold inn i begrepet. Den grunnleggende forskjellen innenfor empowerment-litteraturen er hva som omtales som empowerment som etablering av motmakt, og hva som omtales som individorienterte tilnæringer (Askheim, 2007, s. 17, 21).

De *individorienterte tilnærmingene* tar ulike former, henholdsvis en terapeutisk tilnærming, en konsumentorientert tilnærming og empowerment som individuell selvrealisering. Et

felles trekk ved de individorienterte tilnærmingene er, et fokus på å styrke den enkelte. Kraften og ressursene til den enkelte kan utvikles uten at dette settes inn i en samfunnsmessig kontekst (Askheim, 2012, s. 35). Ifølge Adams (gjengitt i Askheim, 2012, s.55) vil det individuelle arbeidet alltid være det sentrale området der empowerment-arbeidet starter. Derfor vil en viktig del av empowerment-rettet helse- og sosialfaglig arbeid være individorientert (Askheim, 2012, s. 55).

Motmaktstilnærmingen har en tydelig politisert innretning der en mobilisering av kollektivt avmektige står sentralt. Hovedforskjellen mellom de to hovedtilnærmingene er at mens motmaktstilnærmingen er opptatt av hvordan samfunnsmessige forhold innvirker på personer og gruppers livssituasjon, nøyer de individorienterte seg med å være opptatt av hvordan individet kan styrkes uten at dette nødvendigvis settes inn i en samfunnsmessig kontekst (Askheim, 2012, s.16).

På tvers av skillelinjene er det også felleselementer mellom de ulike tilnærmingene. Et grunnleggende fellestrekk er at alle tilnærmingene deler et positivt syn på mennesket som et aktiv og handlende subjekt som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene tilrettelegges for det (Askheim, 2012, s. 17). Et annet kjennetegn som også kan knytte de ulike tilnærmingene sammen, er den emosjonelle dimensjonen ved empowerment. Starrin (2007, s. 62) knytter den emosjonelle dimensjonen til begrepene emosjonell energi, skam og stolthet. Emosjonell energi omhandler følelser knyttet til hva som er rett og hva som er galt. Begrepet refererer til følelsene vi har når vi deltar i ulike sosiale sammenhenger og føler at vi kommer til vår rett. Vi fylles da med emosjonell energi som kan komme til uttrykk i form av entusiasme, selvtillit og handlingskraft (Starrin, 2007, s. 62). Noen sammenhenger og møter kan derimot tømme oss for emosjonell energi. Vi føler oss dermed motløse og kraftløse, noe som tydeliggjør en sammenheng mellom følelser og kraft (Starrin, 2007, s. 62). De som er fulle av emosjonell energi føler seg verdifulle. De føler at det de gjør er riktig. Personer med lav emosjonell energi føler seg derimot mislykkede og usikre på om det de gjør er riktig (Starrin, 2007, s. 62).

Starrin (2007, s. 62) beskriver videre skam som en samlebetegnelse på en stor gruppe følelser som oppstår når man ser seg selv negativt gjennom andres øyne, eller bare forventer en slik reaksjon. Skam er et tegn på usikre og truende sosiale bånd, mens stolthet antyder trygge og sikre bånd. Skam gir lav grad av emosjonell energi, mens stolthet gir høy grad (Starrin, 2007, s. 62). Empowerment handler om å gå inn i prosesser hvor skamfølelsen kan

vendes til stolthet over å være den man er. I slike prosesser er det avgjørende å ta makten over og styre eget liv (Askheim, 2012, s.18).

3.5 Empowerment som prosess

Empowerment anses også som en prosess og et produkt. Det vil si at empowerment-arbeidet alltid vil utvikle seg i en prosess som resulterer i konkrete produkter (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 72). Empowerment er et resultat av å bli involvert i en bevisstgjørende prosess, tilegne seg ferdigheter og nå et mål. Empowerment er dermed det som skjer i personen som et kontinuum mellom bevissthet om noe og opplevelse av endring (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 176). Ifølge Løken (2007, s. 150) er empowerment ikke en prosess som noen kan påføre en utenfra. Man må altså selv være aktiv i prosessen, mens de profesjonelle kan være hjelpere i denne prosessen (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 176).

Profesjonelle skal dermed ved å ta utgangspunktet i hva brukere sier og vil ha hjelp til, arbeide med å øke brukernes kompetanse til å koble følelsesmessige erkjennelser til aktiv handling. I dette arbeidet med å få brukere til å ta ansvaret for handling, er det avgjørende at profesjonelle viser respekt for valgene brukerne foretar (Lundemark Andersen et al., 2000, 134). En empowerment-tankegang forutsetter at den profesjonelle følger med på den veien som brukere vil og kan gå (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 80–81).

3.6 Oppsummering

I dette kapitlet forsøkte jeg å se nærmere på empowerment-begrepet, og de to hovedtilnærmingene til empowerment. Jeg har pekt på hva som skiller de ulike tilnærmingene og hva de har til felles.

Jeg har også belyst empowerment som en prosess, og pekt på hva som kreves for å kunne gå gjennom denne empowerment-prosessen. I tillegg har jeg kort redegjort for rollen profesjonelle spiller i slike prosesser.

Jeg mener at de individorienterte tilnærmingene til empowerment med fokus på oppbygging av individuell styrke og selvtillit kan hjelpe familier med overvektige barn til å realisere sine ressurser og tilegne seg mer kontroll og makt i hverdagen (J. Barlow et al., 2010).

I tillegg vil empowerment-arbeidet med et trygt fellesskap mellom brukere og profesjonelle skape emosjonell energi som kan hjelpe foreldre og barn til å inngå i prosesser der

skamfølelse vendes til stolthet ved at de tar makten over og styrer eget liv (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 176).

I neste kapittel vil jeg presentere oppgavens metodologi, hvor oppgavens metodiske grunnlag presenteres sammen med prosessens gjennomførelse, etiske overveielser, studiens reliabilitet og validitet og egen forforståelse. I tillegg vil jeg beskrive det tverrfaglige opplegget og presentere deretter informantene til denne studien. I tillegg skal jeg beskrive hvordan analyseprosessen av materialet ble foretatt.

4 METODE OG ETIKK

Forrige kapittel omhandlet det teoretiske perspektivet som denne studien bygger på. I det følgende skal jeg rette oppmerksomheten mot metodevalg, og overveielser og refleksjoner i tilknytning til dette. I tillegg vil jeg beskrive det tverrfaglige helseopplegget og deretter presentere mine informanter.

4.1 Metodisk tilnærming

I og med at jeg vil utforske foreldrenes erfaringer, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. I følge flere forskere egner kvalitativ tilnærming seg godt til å få mer kunnskap om menneskers tanker, opplevelser, forventninger og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Thagaard, 2009). Kvalitativ tilnærming egner seg altså godt når man ønsker å gå i dybden og vektlegge betydning, fremfor å undersøke utbredelse og antall (Thagaard, 2009, s. 17).

4.2 Utvalg og rekruttering

Denne studien inkluderer de av foreldrene som har fullført et tverrfaglig opplegg for behandling av deres overvektige barn. Studien er ikke avgrenset til kun å gjelde et spesielt kjønn, eller til at respondentene skulle ha en spesiell type bakgrunn eller utdanning. Formålet var å ha en god variasjon i utvalget, slik at materialet kunne best mulig belyse denne studiens problemstilling. Dette kalles strategisk utvalg. Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan levere mer materiale, mens variasjonsbredden fremmer mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. Dette for å sørge for at materialet skal inneholde tilstrekkelig rike data for å belyse problemstillingen fra ulike sider (Malterud, 2011, s. 56–57).

Begrensningene i tid og antall foreldre som deltok og fullførte dette tverrfaglige opplegget gjorde at utvalget inkluderer kun 5 informanter. Dette også for å klare å håndtere materialet innenfor et begrenset tidsrom. Malterud (2011, s. 60) påpeker at et stort antall informanter kan gjøre at analysen blir overfladisk. Det er et generelt inntrykk fra nyere intervjuundersøkelser at det ofte er en fordel å ha et mindre antall intervjuer i undersøkelsen og i stedet bruke mer tid på å forberede og analysere intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 129).

Rekruttering av informantene er gjennomført i samarbeid med Merete tidligere prosjektleder til det tverrfaglige opplegget. Merete hadde selv planlagt å evaluere prosjektet ved å intervju foreldre som deltok på opplegget. Derfor var det allerede ved prosjektstart gitt skriftlig samtykke fra de frivillige foreldrene for å delta på evalueringsintervjuet. I etterkant av fullføringen av første bolke av prosjektet ble disse foreldrene kontaktet av Merete og forespurt om mulighet for og vilje til å delta også på et annet intervju knyttet til denne masteroppgaven.

4.3 Det tverrfaglige helseopplegget

Det helsefaglige opplegget handlet om evaluering av en tiltaksmodell for å forebygge overvekt og fedme hos barn. Opplegget var rettet mot 8–9-åringer i 3. klasse på to utvalgte skoler. For å bli med på opplegget, var KMI-grensen satt til over eller lik iso-KMI 25. Prosjektet var tidsmessig inndelt i 2 hovedbolker. Den første bolken startet i mars og den andre i september 2012. Hver bolke varte i omtrent 6 måneder. Foreldre og barn ble rekruttert i forkant av hver bolke.

Foreldrene til de overvektige barna i hver bolke, fikk tilbud om tre samtaler. Hver samtale er gjennomført av helsesøster og fysioterapeut, og med kun foreldre til stede. Barna har ikke vært med på samtalene. Det har vært én og samme helsesøster på alle samtalene, men to forskjellige fysioterapeuter.

Den første samtalen handlet om kartlegging av familiens kostholds- og aktivitetsvaner generelt og barnets spesielt. Samtalen hadde fokus på å motivere foreldre til å starte endringsprosessen og hjelpe dem med å sette mål for å gjennomføre prosessen. I den første samtalen fikk foreldrene i tillegg informasjon og tilbud om aktivitetsgruppe.

Det ble gjennomført to oppfølgingssamtaler, henholdsvis én og fem måneder etter første samtale. Oppfølgingssamtalene hadde til hensikt å finne ut hvordan det hadde gått med familiene gjennom forsøkene på å gjennomføre endringer og oppnå oppsatte mål. Foreldrene kunne dele sine erfaringer med helsepersonell og få råd til å overkomme utfordringer knyttet til endringsprosessen.

I tillegg til disse samtalene fikk foreldrene i hver bolke tilbud om å delta i et gruppebasert opplegg sammen med sin barn. Opplegget inneholdt hovedsakelig variert lek og aktivitet, både inne og ute. Deltakerne i aktivitetsgruppen i bolke 2 fikk i tillegg to gruppeveiledninger.

Her ble det gitt praktiske råd for å kunne sammenlikne sukkerinnholdet i ulike matprodukter og velge sunne matprodukter. Siste gang på aktivitetsgruppen i bolk 2 fikk foreldre og barn være med på å lage sunn is av frukt og frosne bær. Aktivitetsgruppen strakk seg over 8 uker i hver bolk. En av de to fysioterapeutene som var med på samtalen, sto som ansvarlig for aktivitetsgruppene. I tillegg var 3–4 fysioterapistudenter til stede for å hjelpe til med gjennomføring av aktiviteter.

4.4 Presentasjon av informantene

Informantene til denne studien er mødre til 5 overvektige barn i 3.klasse bestående av 4 gutter og 1 jente, som alle har deltatt og fullført første bolk i det tverrfaglige helseopplegget. Bortsett fra ett tilfelle hvor begge foreldrene deltok på den første samtalen, har det kun vært mødre som har vært med på og fullført opplegget. Informantene i denne studien omfatter både norske mødre og mødre fra minoritetsgrupper. I oppgaven har mødre fått navnene Liv, Bente, Kaja, Saba og Alma. Liv, Saba og Alma har erfaringer med å være overvektige selv. Saba har også tidligere erfaringer med å ha fått hjelp til behandling av sitt eldste barn med overvektproblematikk.

Mødrene har alle deltatt på samtalen med helsepersonell, men kun Kaja, Saba og Alma takket ja til og deltok på aktivitetsgruppe. I tillegg deltok Saba og Alma etter eget ønske på aktivitetsgruppen som tilhørte bolk 2 i opplegget.

4.5 Intervju

For å få frem foreldrenes erfaringer og synspunkter ble det gjennomført kvalitative intervjuer. Intervju er spesielt velegnet for å beskrive menneskers opplevelser og selvforståelse, og avklare og utdype deres perspektiv på livsverden (Kvale & Brinkmann, s. 132). Målet er da å få frem betydningen av folks erfaringer og opplevelser forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21). Det var derfor valgt et semistrukturert intervju for å belyse de sentrale temaene knyttet til problemstillingen.

Det semistrukturerte intervjuet forsøker å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med hensyn til å fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 138). Semistrukturert intervju kan skape en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet siden spørsmål, temaer og rekkefølgen i intervjuguiden kan endres (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2006, s.137, 139). Ulempen med

standardiserte intervjuer er begrenset fleksibilitet som gjør at forskeren ikke kan tilpasse intervjuet til hver enkelt informant (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2006, s. 138). Ved åpne intervjuer er det derimot en risiko for at relasjonen mellom forsker og informant blir avgjørende for den informasjonen som fremkommer (Johannessen et al., s. 138). En åpen tilnærming er da mer avhengig av at informantene er villige til å meddele seg (Dalen, 2011, s. 26). I tillegg vil en åpen tilnærming gjør det vanskelig å sammenlikne informantenes svar i etterkant og finne mønstre i datamaterialet (Johannessen et al., 2006, s. 38).

Derfor har jeg valgt et semistrukturert intervju, og jeg utarbeidet dermed en intervjuguide for å gjennomføre intervjuet. Intervjuguiden (vedlegg 2) inneholdt tre hoveddeler som dekket hovedtemaer knyttet til oppgavens problemstilling.

Første del av intervjuguiden inneholdt bakgrunnsspørsmål som gjaldt informantenes grunnlag for å delta i det tverrfaglige helseopplegget, og deres mat- og aktivitets vaner før de ble med på opplegget. Den andre delen inneholdt spørsmål om informantenes erfaringer med å være med på opplegget og å endre deres barns mat- og aktivitetsvaner. Den siste delen inkluderte spørsmål om betydningen av det å være med på opplegget for både foreldre og barnet. I tillegg ble informantene spurt om hva de tenkte om endringsprosessen da de ikke lenger var med på opplegget.

Informantene valgte både sted og tidspunkt for intervjuene. Alle intervjuene ble, etter informantenes ønske, gjennomført på møterommet i en helsestasjon. Kun ett intervju ble gjennomført på helsesøsters kontor på en barneskole, etter informantens ønske.

Informantene er alle først blitt intervjuet av Merete tidligere prosjektleder, i forbindelse med evalueringen av det helsefaglige opplegget, og direkte etterpå ble de intervjuet av meg. Denne avgjørelsen ble tatt av Merete, for å ta hensyn til informantenes tid slik at de ikke behøvde å møte opp flere ganger for å bli intervjuet. Dette kan ha påvirket informantenes tanker og deres responser til intervjuet knyttet til denne studien.

I forkant av intervjuene gjennomførte Merete og jeg en kort, felles presentasjonsrunde med informantene til stede. Merete forklarte våre to ulike prosjekter, og våre ulike hensikter med intervjuet, til hver informant. I tillegg ble de igjen informert om anonymitet ved intervjuene og at det var frivillig å delta i intervjuene, og at de kunne trekke seg når som helst uten behov for begrunnelse. Intervjuene ble gjennomført hver for seg, og rett etter hverandre av Merete og meg. Hvert intervju varte fra en halv time til en time.

Før jeg startet hvert enkelt intervju innledet jeg med å presentere meg nærmere for informantene, og jeg prøvde å skape god kontakt for at informanten lettere skulle kunne dele sine erfaringer og følelser under intervjuet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s. 141) er de første par minuttene av et intervju avgjørende. Informantene vil gjerne ha en klar oppfatning av intervjueren før de er klare til å snakke fritt og dele sine følelser og opplevelser med en fremmed. I tillegg presenterte jeg formålet med studien, og sa litt om hovedtemaene og fremgangsmåten i intervjuet. Jeg presiserte igjen at min studie ikke handlet om evaluering av det helsefaglige opplegget, og at jeg ikke har vært involvert i selve opplegget i det hele tatt. Dette for å redusere sannsynligheten for at informantenes besvarelser blir preget av en eventuell feil forståelse av min tilknytning til opplegget.

Under intervjuene brukte jeg opptaksutstyr etter informantenes samtykke, og jeg valgte å ikke ta notater siden det kan avbryte samtalens frie flyt og derfor virke distraherende. Jeg prøvde å høre godt etter og la informantene snakke i sitt eget tempo. Likevel var jeg i noen tilfeller nødt til å avbryte informantene for å lede samtalen inn på riktig spor i tråd med formålet med intervjuet. Under intervjuet var jeg opptatt av ikke bare det som ble sagt, men også hvordan det ble sagt, så vel som den ikke-verbale kommunikasjonen. Jeg opplevde at det iblant var utfordrende å kommunisere rundt de følsomme temaene barn og overvekt.

Mot slutten av hvert intervju informerte jeg informantene om hvor mange spørsmål som var igjen. Som siste spørsmål ble informantene bedt om å lese debattinnlegget «Hvor tror du barna tar det fra? om barn og overvekt», og fortelle hva de tenkte i forbindelse med dette innlegget. Dette for å mobilisere informantene til å reflektere rundt sine tidligere erfaringer og slik utforske sine egne meninger dypere. Artikkelen ble publisert den 01.10.12 i Dagbladet, og var skrevet av frilansjournalist Britt Nesteby Obrenovic.⁶ Som en avrundning av intervjuet pleide jeg alltid å spørre om informantene hadde noen spørsmål, eller om de hadde lyst til å tilføye noe eller drøfte noe før vi avsluttet. Straks etter hjemkomst startet jeg med å overføre intervjuene fra diktafon til lydfiler på privat PC. I tillegg er det tatt kopi på minnepinne for sikkerhets skyld.

Informantene i denne studien ble igjen intervjuet av meg på telefon ca. 2 måneder etter det første intervjuet. Dette fordi arbeidet med analysering av innsamlede data synliggjorde behov for mer utfyllende informasjon rundt noen temaer. Jeg kontaktet derfor informantene

⁶ <http://web.retriever-info.com.ezproxy.hioa.no/services/archive.html?method=displayDocument&documentId=05500720121002283B9FB289EAA3950E1739CCDAEADAF&serviceId=2>

og forklarte behovet for å få avklart noen spørsmål som jeg hadde kommet på senere, og spurte om de hadde noen minutter til å svare på 2–3 spørsmål. Jeg fikk dermed mulighet til å intervju alle informantene også på telefon, bortsett fra én. Samtalene tok mellom 10–25 minutter og ble tapet og transkribert rett etterpå. Å intervju informantene på telefon var også en lærerik erfaring for meg. Jeg opplevde at det var forskjell mellom å kommunisere med informantene ansikt til ansikt enn å snakke på telefon. Det gjorde det vanskeligere for meg å følge informantenes utsagn uten å avbryte dem. Jeg opplevde også at noen mødrene var mer komfortable på telefon. De snakket og reflekterte mer rundt hvert spørsmål enn det de gjorde i det første intervjuet.

4.6 Transkribering

Mitt arbeid med transkribering ble startet etter at jeg var ferdig med alle intervjuene. Jeg valgte å transkribere mine intervjuer selv, for at jeg ville bli mer kjent med materialet og lære også om min egen intervjustil. Under transkripsjonen kunne jeg til en stor grad huske intervjusituasjonen, og se informantene for meg. Jeg la merke til at jeg allerede hadde begynt å reflektere rundt det som ble sagt av informantene i intervjuene. Jeg opplevde dermed at meningsanalysen av det som ble sagt, slik Kvale og Brinkmann (2009, s. 189) påpeker, allerede hadde begynt.

Jeg valgte å transkribere alt informantene sa ordrett med alle gjentakelser og med registrering av alle lyder som «hmmm». Ord som informantene la spesielt trykk på er uthevet i teksten. For å angi det som ikke var mulig å høre av deres utsagn er tomme parenteser brukt. Intervjuspørsmålene og mine kommentarer er skrevet med en annen skrifttype enn informantenes utsagn. Dette for å skape ryddighet og oversikt i intervjuteksten og gjøre arbeidet med analysen lettere.

Utsagn som blir presentert som sitater i analysen, er ved behov redigert til en korrekt skriftlig form uten at det påvirker meningsinnholdet til utsagnet.

4.7 Ethiske overveielser

Før forskeren skal begynne å bevege seg inn i forskningsfeltet, må han/hun sikre seg tillatelse fra såkalte «portvakter» som er aktører med kontroll over adgangslinjer til informantene. Personvernombudet og de regionale etiske komiteene er sterke portvakter (Dalen, 2011, s. 31). Regionale etiske komiteer (REK) er hjelmet i forskningsetikkloven og

helseforskningsloven. Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter skal derfor forhåndsgodkjennes av REK (Malterud, 2011, s. 207).

I tråd med dette sendte jeg en mail til REK for å se om det var behov for en egen søknad knyttet til gjennomføringen av denne studien, siden det tverrfaglige prosjektet allerede var vurdert av REK som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud som kunne gjennomføres uten behov for godkjenning av REK (vedlegg 4). Ifølge REKs vurderinger var det ikke behov for ny godkjenning, men studien måtte vurderes innenfor de gjeldende ordninger for helsetjenesten med hensyn til regler for taushetsplikt og personvern (vedlegg 3). Jeg sendte dermed min prosjektskisse til personvernombudet med forespørsel om behov for å sende eget meldeskjema for gjennomføring av denne studien. Personvernombudet vurderte det å fylle ut eget meldeskjema som unødvendig, da studien kunne registreres som en endring av det tverrfaglige prosjektet (vedlegg 5, 6). Jeg ble imidlertid bedt om å sende et utkast av informasjonsskrivet til personvernombudet før det skulle tas i bruk (vedlegg 1). Informasjonsskrivet ble sendt til personvernombudet den 21. oktober 2012.

Skrivet inneholdt formålet med oppgaven og informerte om at opplysningene blir anonymisert og behandlet konfidensielt. Det ble også presisert at deltakelse i prosjektet var frivillig og at informantene til en hver tid hadde mulighet for å trekke seg uten å måtte begrunne det. Samtykkeerklæring var vedlagt informasjonsbrevet og ble fylt ut av informantene i forkant av hvert intervju (vedlegg 1).

Etiske problemstillinger, slik Kvale og Brinkmann (2009, s. 80) påpeker, preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse. Dette nødvendiggjør å ta hensyn til mulige etiske problemer helt fra begynnelsen og frem til den endelige rapporten foreligger. Et etisk prinsipp som jeg i dette forløpet har forholdt meg til, handler om konfidensialitet. Konfidensialitet innebærer at informanten har rett til beskyttelse av sitt privatliv. Derfor er det viktig at teksten utformes slik at informantens identitet ikke avsløres når resultatene presenteres (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 90). For å anonymisere den enkelte, har jeg begrenset den biografiske informasjon ved å unnlate å beskrive detaljer om informantens alder, yrke og antall barn. Det er også benyttet fiktive navn under presentasjonen av resultatene. Gjenkjennbare personlige opplysninger som barnas navn er også anonymisert.

Gjennom arbeidet med analyse ble jeg flere ganger dratt mellom etiske overveielser. Det handlet om å omplassere de enkelte tekstbitene som i utgangspunktet representerte

informantenes selvforståelse, under mine definerte tema som er preget av mitt perspektiv. Dette kan ifølge Thagaard (2009, s. 187) føre til en fremmedgjøring av informantene slik at informantenes selvforståelse i liten grad kommer til syne i analysen og tolkning av materialet. For å unngå fremmedgjøring av informantene gjennom analysing og tolkningen av data har jeg bestandig forsøkt å se informantenes uttalelser i deres opprinnelige sammenheng. Jeg har også prøvd å få frem informantenes uttalelser i konteksten av deres selvforståelse under tolkning av materialet, slik Kvale og Brinkmann (2009, s.204 – 205) har beskrevet.

4.8 Studiens reliabilitet og validitet

Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt resultat av en forskning kan reproduseres av andre forskere og på andre tidspunkter (Johannessen et al, 2010, s. 229; Kvale & Brinkmann, 2010, s. 250; Thagaard, 2009, s.198).

Det er flere som drøfter spørsmål om hvorvidt reliabilitet i denne betydningen kan være et relevant kriterium i kvalitativ forskning (Johannessen et al, 2010, s. 229; Kvale & Brinkmann, 2010, s. 250; Thagaard, 2009, s. 198).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2010, s. 250) kan en sterk fokusering for å motvirke en vilkårlig subjektivitet for å styrke reliabilitet til og med motvirke kreativ tenkning og variasjon i forskningsarbeidet. Det å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten, og en åpen og detaljert framstilling av framgangsmåten for hele forskningsprosessen, kan derimot styrke forskningens reliabilitet (Johannessen et al., 2010, s.230; Thagaard, 2009, s. 200).

I tråd med disse anbefalinger har jeg i metodekapitlet prøvd å gi en mest mulig detaljert beskrivelse av forsknings- og analyseprosessen knyttet til denne studien. Leseren inviteres til å følge gangen gjennom forskningsprosessen, noe som har til hensikt å styrke oppgavens reliabilitet.

Videre handler validitet om i hvilken grad en metode representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (Johannessen, 2010, s. 23; Kvale & Brinkmann, s. 251; Malterud, 2011, s. 181). Kvale og Brinkmann (2010, s. 247) argumenterer for at overveielser om validitet skal gjøres i alle fasene fra første tematisering og underveis i alle ledd i forskningsprosessen til endelig rapportering. I tillegg mener de at validitet ikke bare

handler om metodene som er brukt, men også om forskerens håndverksmessige dyktighet og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 253).

I denne studien består utvalget bare av kvinner. Dette kan forklares med at det hovedsakelig var mødre som deltok og fulgte opp det tverrfaglige opplegget. Dette har betydning for resultatene da jeg kun kan si noe om mødrenes opplevelser av å være med på opplegget. Intervjupersonene har stort sett vært opptatt av sunt kosthold før de deltok i dette opplegget. Noen av mødrene hadde tidligere fått råd fra helsepersonell på grunn av overvektsproblematikk hos andre familiemedlemmer, mens andre hadde erfaringer med å ha vært på slankekurer. Noen av mødrene hadde justert sine barns kosthold allerede før de ble med på opplegget. Familiens aktivitetsvaner før de ble med på opplegget viser at familiene også har vært opptatt av fysisk aktivitet når det gjelder deres barn. Barna var alle med på faste fritidsaktiviteter fra én til fem ganger i uken. Jeg har sannsynligvis bare hatt kontakt med familier som har vært opptatt av sunt kosthold og fysisk aktivitet, noe som kan ha påvirket resultatene til denne studien.

Min erfaringsbaserte og teoretiske forforståelse har påvirket hvilke spørsmål jeg stilte eller ikke stilte, og hvordan jeg stilte spørsmålene under intervjuene. Under selve intervjuene valgte jeg å etterprøve egen forståelse mot informantens opplevelser slik de formidlet det. Dette gjorde jeg ved å stille spørsmål som «forstår jeg deg riktig at det du sier er at...» og redegjøre for hva jeg hadde forstått at foreldrene snakket om. På denne måten kunne informantene korrigere innholdet umiddelbart om det var oppstått misforståelse knyttet til meningsinnhold. Jeg prøvde å gjøre intervju spørsmålene tydelige ved å omformulere spørsmålene underveis om jeg kjente behov for informantens respons.

For å øke kvaliteten på intervjuene slik Kvale og Brinkmann (2009, s. 174) påpeker, har jeg rett etter hvert intervju hørt på opptakene og begynte å skrive logg. Ved hjelp av loggskrivning kunne jeg samle alle tankene rundt hvert intervju, og registrere den erfaringen som ble gjort. Jeg oppdaget at jeg flere ganger ble ivrig og avbrøt intervjupersonene idet de skulle til å si noe mer. I tillegg oppdaget jeg at informantens svar i noen tilfeller kunne utdypes mer om jeg hadde stilt oppfølgende spørsmål. Loggskrivningen hjalp meg med å skjerpe oppmerksomheten og forbedre kvaliteten på samspillet i intervjuene fremover. Hvordan jeg var som intervjuer var nok forskjellig fra første til siste intervju. Jeg hadde blitt flinkere til å lytte etter, styre intervjuet og stille oppfølgende spørsmål om det var behov.

I mitt prosjekt er det kun jeg som har transkribert intervjuene. Jeg la vekt på å transkribere nøyaktig og på en utfyllende måte. Arbeidet med transkribering gjorde at jeg begynte å reflektere rundt det som ble sagt av informantene i intervjuene allerede i denne fasen.

Gjennom arbeidet med analyse la jeg iblant merke til behov for rikeligere og mer nyansert informasjon rundt noen utvalgte temaer. Dette førte til at jeg valgte å intervju informantene igjen og få avklart det som ikke var klart nok for meg. Jeg fikk derfor utfyllende informasjon fra informantene om det som ikke var klart nok. Dette var viktig for analysering og fortolkning av materialet. For å ivareta et helhetlig perspektiv har jeg i arbeidet med analysen bestandig forsøkt å skifte fokus fra hver enkelt informant til materialet som helhet, og omvendt. Under analyseprosessen har også min veileder underveis kommentert mitt arbeid. Dette utvidet mitt blikk på materiale og førte til at jeg fikk øye på detaljer som jeg ikke så alene.

Fem intervjuer har vært et overkommelig antall innenfor prosjektets rammer. Det var en fordel å ha et mindre antall intervjuer i undersøkelsen siden jeg kunne bruke mer tid på å forberede og analysere intervjuene. Antallet har gitt variasjon i materialet siden informantene også har ulike kulturbakgrunner. Det kunne likevel ha vært ytterligere variasjon med flere deltakere. Dette fører til at det ikke kan trekkes generelle slutninger ut fra denne studien. Resultatene kan likevel ses i overensstemmelse med funn fra andre studier.

4.9 Egen forforståelse

For å unngå å gå inn i analysen med skylapper, er det avgjørende at forskeren skal være klar over sin forforståelse (Malterud, 2011, s. 40). Forforståelse består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og den teoretiske referanserammen som forskeren i startfasen av prosjektet har. Ifølge Malterud (2011, s. 40) er forforståelsen legitim og kan til og med være nyttig for forskningsprosessen. Den kan gi styrke og næring til prosjektet, men kan også bli en tung bær som gjør at forskeren ikke kan se langs veien. For å unngå dette er det som forsker avgjørende å ha et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse og gjøre den eksplisitt (Malterud, 2011, s. 40).

Min interesse for temaet overvekt var stimulert fra flere kanter, men for det meste var det mine arbeidserfaringer som motiverte meg til å gjennomføre dette arbeidet. Som

fysioterapeut i primærhelsetjenesten hadde jeg opplevd at det var utfordrende å snakke med foreldre om deres barns vektproblem og familiens mat- og aktivitetsvaner. Jeg opplevde temaet som sårt, noe som gjorde det utfordrende for meg å snakke om det med foreldrene.

Mine arbeidserfaringer gjorde at jeg oppfattet det å involvere foreldre som svært viktig for behandlingen av overvektige barn. Jeg var derfor opptatt av å få foreldre til å se problemet, ta ansvar og tilrettelegge for et sunt kosthold og en aktiv hverdag.

Jeg har også hatt en særlig interesse for å bygge min praksis på et empowerment-perspektiv og bidra til at foreldrene ser sine egne ressurser og klarer å heve seg over utfordringene i hverdagen. Min første innsats for å formulere intervju spørsmålene viste seg å være preget av min teoretiske referanseramme, noe jeg fikk beskjed om fra min veileder. Dette gjorde at jeg åpnet øynene og endret spørsmålene, slik at foreldre gjennom de åpne spørsmålene kunne beskrive sine erfaringer og meninger

For å gjøre min forforståelse eksplisitt, prøvde jeg å jobbe aktivt for å legge den til side, og stille meg åpen for de umiddelbare inntrykkene materialet kunne formidle i den tidlige fasen i analysen. Jeg opplevde det likevel som vanskelig.

4.10 Analyse av materialet

Analyse er det å bygge bro mellom materialet og resultater (Malterud, 2011, s. 91). I arbeidet med materialet har jeg støttet meg på Kvale og Brinkmann (2009), Malterud (2011) og Thagaard (2009). Jeg har i særlig grad festet meg ved Kvale, og benyttet den selektive tilnærmingen for meningsgenerering som omtales som bricolage (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 239). Bricolage gir i motsetning til mer systematiske analytiske teknikker tolkeren mulighet til å anvende en rekke blandede tekniske diskurser, og bevege seg fritt mellom ulike analytiske teknikker (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 239).

Min fremgangsmåte for å analysere materialet er inspirert av Thagaard (2009) og hennes beskrivelse av analyse prosessen. Ifølge Thagaard (2009, s. 184–185) må man først skape seg en forståelse for hver enkelt informant ved å gjennomføre en inngående studie av den enkelte. Denne forståelsen skal deretter gjennom sammenlikninger med forståelsen av de andre informantene, utvides og verifiseres. Thagaard (2009) mener at en inngående studie av den enkelte vil gi grunnlag for å forstå nyanser i hvordan hver informant opplever sin

situasjon. Sammenlikning av informasjon gir dermed grunnlag for en forståelse av tendenser i materialet. Videre mener Thagaard at for å ivareta en helhetlig forståelse av dataenes meningsinnhold og samtidig få oversikt over materialet, er det en fordel å skifte fokuset mellom de to ovennevnte prosessene (Thaggard, 2009, s. 185).

I tråd med disse anbefalinger har jeg valgt først å konsentrere meg om hvert enkelt intervju. Denne prosessen foregikk i flere runder, der jeg først gikk raskt gjennom materialet for å danne meg et inntrykk av materialet og dets tendenser. I den neste runden forsøkte jeg å systematisere hver enkelt informants historie i over- og undertemaer. Dette arbeidet ble gjennomført ved å lage tabeller med overskrifter tilsvarende disse temaene. Under hvert enkelt tema ble «meningsbærende enheter» plassert og igjen fordelt under flere undertemaer.

Jeg brukte videre tabellene for å se informantenes fortellinger i forhold til hverandre. Dette gjorde det enklere å skjerpe oppmerksomheten for å finne likheter og forskjeller mellom informantenes beskrivelser. Sammenlikning av informantenes beskrivelser ga meg større oversikt over mønstrene i materialet og hjalp meg til å utvikle en samlet forståelse av materialet som helhet. Flere temaer ble valgt og byttet ut underveis siden synet på materialet ble jevnt endret, og innsikten ble utviklet gjennom hele prosessen.

I denne kontinuerlige aktiviteten har jeg opplevd det å stille konkrete spørsmål til materialet, slik Malterud (2011, s. 91) påpeker, som viktige redskaper for å søke meningen i materialet. Jeg har kontinuerlig stilt spørsmål som: «Hva ser jeg? Hva kan dette fortelle om? Hvordan forstår jeg dette? Og hvorfor forstår jeg dette på denne måten?». Denne gjentatte oppmerksomheten har også hjulpet meg til å minne meg på min forforståelse og hva som preger min tenkning.

Gjennom denne prosessen fant jeg også det å skifte fokus, slik Thagaard (2009, s.185) påpeker, som viktig for å danne en helhetlig forståelse av hvert enkelt tema. Informasjonen fra hver enkelt informant ble derfor sett om og om igjen i den sammenhengen som utsnittet av teksten var en del av.

Interaksjonen mellom tendenser i dataene og min forforståelse, og ikke minst min faglige forankring, gjorde at jeg kom frem til 4 hovedtemaer som syntes å være både sentrale, informasjonsrike og relevante for å belyse denne studiens problemstilling. Under alle de utvalgte temaene har jeg prøvd å fremheve meningen i teksten, og utvikle en forståelse av

dataene som går utover informantenes beskrivelser av sin situasjon og sine synspunkter. Dette har jeg gjort ved å følge Kvale og Brinkmanns (2010, s. 220) tre analytiske nivåer. I dette arbeidet har jeg vurdert tekstens betydning i tre ulike fortolkningskontekster, henholdsvis informantenes selvforståelse, sunn fornuft og teoretisk forståelse (Kvale & Brinkmanns, 2010, s.220). Jeg har først begrenset fortolkningen til den intervjuedes selvforståelse ved å beskrive situasjoner og formulere det informanten selv oppfatter som meningen med sine uttalelser. Deretter har jeg prøvde å gå lenger enn informantenes selvforståelse ved å stille meg kritisk til informantenes uttalelser basert på sunnfornuft. På dette nivået har jeg forsøkt å berike fortolkningen av en uttalelse og oppnå «tykke beskrivelser» (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 221). Videre gikk jeg enda lenger og fortolket informantenes utsagn med utgangspunkt i den teoretiske rammen til denne studien. Funnene under hvert tema er dermed drøftet hvert for seg i lys av et empowerment-perspektiv. I denne tolkende fasen av analysen opplevde jeg å kontinuerlig pendle mellom de tre kontekstene for å fremheve en helhetlig forståelse av materialet. Denne runddansen mellom empiri og teori ga langt på vei mening, og analysen begynte å ta form.

Arbeidet med analyse og tolkning av materialet var en tidkrevende og utfordrende prosess, men det var samtidig lærerikt. Jeg opplevde arbeidet som en modningsprosess hvor jeg hele tiden måtte gå frem og tilbake i materialet, og pendle mellom del og helhet.

Videre er analyseresultatene organisert under fire følgende hovedtemaer.

- Overvekt – et sårbart tema
- Den første samtalen med helsepersonell
- Det å endre matvaner
- Begeistring over aktivitetsgruppe

I neste kapittel skal jeg fremlegge og drøfte resultatene under hvert enkelt tema.

5 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN

I dette kapitlet vil jeg presentere og drøfte funnene i undersøkelsen. Jeg har valgt å strukturere fremstillingen etter fire temaer, henholdsvis overvekt– et sårbart tema, den første samtalen med helsepersonell, det å endre matvaner og foreldres begeistring over aktivitetsgruppe. Under hvert tema har jeg forsøkt å fortolke informantenes utsagn i lys av deres selvforståelse, og sunn fornuft. Bortsett fra det siste temaet er resultatene under hvert tema sett i forhold til liknende undersøkelser. Videre blir resultatene under hvert enkelt tema drøftet i lys av et empowerment-perspektiv.

5.1 Overvekt– et sårbart tema

Overvekt og fedme anses ofte som følsomme temaer som det kan være vanskelig å snakke om. Mødrene i denne studien hadde ulike erfaringer med det å få beskjed av helsepersonell om barnas overvekt. Mens noen hadde ventet at en slik beskjed ville komme, og antydnet at de hadde vært forberedt, hadde andre blitt overrasket. Det de alle hadde felles var en sårbarhet knyttet til det å ha overvektige barn. Sårbarheten handlet blant annet om den kritikken de fikk av omgivelsene på grunn av deres barns overvekt.

Da Bente snakket om det å bli kontaktet vedrørende sitt barns overvekt, var hun særlig opptatt av måten hun ble møtt på som mor. Bente opplevde at helsepersonellet bekreftet at hun hadde gjort riktige tiltak for å motvirke sitt barns overvekt. Det gjorde henne trygg på sine tidligere tiltak for å hjelpe barnet med overvekt. Når hun fortalte om dette i intervjuet, trakk hun også inn tidligere erfaringer med helsevesenet. Bente hadde tidligere forsøkt å få profesjonell hjelp på helsestasjonen med sitt barns overvekt. Hun fortalte hvordan hun fikk beskjed derfra om å ikke gjøre noe, til tross for barnets overvekt. Hun beskrev det slik:

Vi fikk jo tidligere råd fra helsestasjonen om å ikke gjøre noen ting, også så vi at hun fortsatt vil bare være overvektig. Så da gikk vi gjennom med å begrense hvor mye hun spiser, men jeg var redd for at det var feil siden vi hadde fått råd om å ikke gjøre det. Også var jeg redd for at hun skulle vippe over og få en spiseforstyrrelse.

Her beskriver Bente hvordan hun selv tok grep ved å prøve å begrense matinntaket til barnet, på tross av tidligere råd om å la barnet være i fred. Samtidig viser sitatet at hun var veldig ambivalent til dette. Ambivalensen handlet særlig om redselen for å gjøre vondt verre slik at barnet utviklet en spiseforstyrrelse, vurdert opp mot at barnet kunne fortsette å øke i

vekt. Det var sårt å være alene om disse vurderingene, men omgivelsenes reaksjoner var også vanskelig å forholde seg til. Bente erfarte særlig at naboer kommenterte at det å ha overvektige barn er som barnemishandling. Bente uttrykte sin sårbarhet knyttet til det å få disse kommentarene slik:

Det synes jeg har vært litt leit da, fordi jeg har tenkt at jeg har virkelig gjort en innsats for at hun ikke skal være overvektig. Så egentlig burde man ikke bry seg om sånne ting, men jeg synes det har vært litt leit da. Jeg har ikke klart å heve meg over det. Jeg må tenke liksom at jeg vet at det ikke er barnemishandling. Jeg tenker at jeg ikke mishandler noen av ungene mine, men allikevel så blir jeg lei, synes det er litt leit at andre tenker sånn om meg da.

Bente beskriver her det å få negative kommentarer og bli fordømt av andre som både ubehagelig og vanskelig. Det gikk inn på henne, men hun valgte å ikke fortelle dem om de grepene hun hadde gjort med tanke på å begrense matinntaket.

Da Bente så tilbake på disse hendelsene, opplevde hun det å endelig få hjelp og å bli bekreftet av helsepersonell som betryggende. Bente forteller at hun opplevde det å bli bekreftet av helsepersonell som en «positiv overraskelse», noe som igjen tydeliggjør hvor usikker hun hadde vært tidligere. Videre fortalte Bente hvordan hun først etter å ha vært med på samtalen med helsepersonell følte seg trygg på at hun hadde gjort riktige tiltak for å hjelpe sitt barn med vektproblemet. Hun opplevde at hun deretter med trygghet kunne begrense sitt barns matinntak uten å ha dårlige følelser.

I likhet med Bente hadde også Kaja lenge vært bekymret for sitt barns vekt. Hun ble mer og mer bekymret for at sønnen var i ferd med å bli overvektig, og tok selv grep for å begrense sønnens matinntak. Hun følte seg veldig alene i dette siden far ikke var enig om å redusere barnets matinntak. Da Kaja i denne situasjonen ble kontaktet av helsepersonell, erfarte hun det som betryggende. Kaja beskrev dette slik:

Jeg har vært opptatt av å prøve å mengdebegrense i en god stund da, også antall brødskiver for eksempel, men jeg har hatt litt problem med å få forståelse for det blant annet med far, for at far mener at han må spise til han blir mett, mens jeg prøvde å regulere litt mer da. Jeg har sett han har en tendens til å spise litt mye. Jeg føler at hvis det er en effekt av det å være med på opplegget, så er det vel kanskje at

jeg føler at pappa har fått opp øynene for det da. Jeg føler at jeg har fått støtte på min virkelighetsoppfattelse da, skjønner jeg.

Kajas beskrivelse fremhever hvor ensom hun har følt seg med å hjelpe sitt barn med vektproblemet. Å observere at barnet økte i vekt og likevel fikk lov av sin far til å spise så mye han ville, gjorde Kaja sårbar. Det å være med på samtale med helsepersonell hadde ifølge Kaja gjort at far erkjente barnets vektproblem. Kaja selv opplevde at hun endelig fikk støtte i sin oppfattelse av barnets vektproblem.

Saba fortalte i likhet med Bente og Kaja at hun hadde vært klar over barnets vektproblem. Saba vurderte likevel å ikke gjøre noe med det. Hun påpekte at hun ikke ønsket at barnet skulle bli oppmerksom på sin overvekt, selv om hun var bekymret for hans vektproblem. Det har vært sårt for Saba å være alene om disse vurderingene. Det å få tilbud om profesjonell hjelp erfartes av Saba som en anledning til å ta tak i barnets vektproblem. Saba beskrev det slik:

Jeg visste at han var overvektig, men jeg ville ikke at det skulle påvirke ham...Så Jeg tok tilbudet på en positiv måte, fordi det var for min del bedre å gjøre noe med våre levevaner, for at hvis vi endrer på dem så er det bra for meg og for barna mine, så jeg tok den på en positiv måte. Så egentlig var det bare bekymring for ham, men ellers barna våre er store, de forstår hvis mamma sier nei.

Saba beskriver her at hun anså det å få tilbud om hjelp som en mulighet til å endre familiens levevaner og hjelpe barnet med vektproblemet. Sabas utsagn viser hennes bekymring og hennes erkjennelse av behovet for endring av familiens matvaner.

Alma og Liv opplevde derimot det å bli kontaktet vedrørende sine barns vektproblem som utfordrende og veldig ubehagelig. Begge klandret seg selv for barnas vektproblem og opplevde at de ikke hadde oppfylt sitt ansvar som foreldre.

Liv som erfarte det å bli kontaktet av helsepersonell som utfordrende, beskrev det slik:

Det som var utfordrende var det akkurat det å få telefon og få beskjed om at mitt barn er overvektig og at jeg egentlig mislyktes som foreldre. Det er litt pinlig at jeg ikke har gjort det jeg skulle gjøre, så det var egentlig den største følelsen, litt flaut.

Livs beskrivelse viser hvor sårt det hadde vært for henne å få beskjed angående barnets overvekt. Livs umiddelbare opplevelse av samtalen var å være mislykket som mor. Hun klandret seg selv for at hun ikke hadde tatt ansvar for barnet.

Når Liv snakket om dette i intervjuet, trakk hun også inn sine erfaringer med å være overvektig selv. Liv fortalte at det opplevdes så ubehagelig at hun ikke klarte å følge rådene knyttet til fysisk aktivitet og sunt kosthold. Hun beskrev det nærmere slik:

Jeg har ikke lyst til å være overvektig selv, selv om jeg ikke klarer å gjøre så mye med det. Men ønsker heller ikke at han skal være overvektig, for at det er jo nesten bevissthet i befolkningen, og i samfunnet at man skal spise sunt, og man skal være i aktivitet. Det er nesten litt flaut å ikke klare å følge det selv, og i hvert fall barna har man likevel mer ansvar for. Man skal passe på dem at de ikke blir overvektige, man skulle kunne passe på dem.

Livs utsagn viser hennes frustrasjon over det å være overvektig selv, uten å klare å endre det. Liv opplevde det å være overvektig i et samfunn hvor befolkningen er opptatt av sunn livsstil som ubehagelig. Hun understreket at barnas vektproblem er foreldres ansvar, og det forventes at foreldre skal ta ansvar for sine barn. Dette kan tolkes som at Liv anså seg som ansvarlig for barnets vektproblem, og klandret seg selv for det. Livs beskrivelse viser hennes sårbarhet knyttet til erfaringene med å være overvektig selv. Det var veldig sårt for henne å få beskjed om at barnet også hadde et vektproblem.

I likhet med Liv, opplevde også Alma det å bli kontaktet av helsepersonell som veldig ubehagelig. Alma erfarte det å få beskjed om sitt barns vektproblem som kritikk. Alma uttrykte sine følelser knyttet til samtalen med helsepersonell slik:

Jeg ble såret egentlig først, jeg tror nok at jeg svarte nei, jeg tror ikke det er noe tilbud for oss. Så prøvde helsesøster å fortelle litt mer, men jeg var ikke helt enig. Jeg vet også hvor viktig dette er, men det å få kritikk fra fremmede folk på noe som er det viktigste i livet mitt, det er ikke riktig synes jeg ... Så det var vondt, men også hadde det sagt lege, fastlegen hans, som vi ikke ser veldig ofte, men på en måte vi kjenner hverandre for at vi alle går til samme lege... Hadde hun legen sagt at nå ser vi at barnet ikke har vokst av det, så kanskje vi må gjøre noe med det, greit nok, men jeg har aldri sett helsesøster på skole, så det at et fremmed menneske kritiserer barnet mitt at han ikke passer i rammene, det var ikke bra.

Dette sitatet viser hvor sårbart det kan være å bli kontaktet av helsepersonell angående barnets vektproblem. Alma reagerte umiddelbart med å takke nei til tilbudet. Almas reaksjon kan forstås som en oppfattelse av beskjeden som kritikk. For Alma handlet sårbarheten også om det å bli kontaktet av en fremmed. Alma understreket at hun opplevde det å få kritikk av en person som hun aldri hadde møtt tidligere som veldig ubehagelig. Alma påpekte at hun godt kunne takle samme beskjed fra fastlegen som hun kjente godt.

Når Alma snakket om dette i intervjuet trakk hun inn sine egne erfaringer med å være overvektig selv. Alma beskrev hvordan hun hele livet hadde kjempet mot sitt vektproblem og vært på flere slankekurer. Alma, som anså seg selv som ansvarlig for barnets vektproblem, beskrev det slik:

Jeg har slitet med vekt i hele livet, så denne gangen var jeg på slankekur igjen og en ting er at man påpeker mitt barn som var perfekt for meg som overvektig, og da er han ikke så perfekt med andre syn, ikke sant. Og en annen ting er at det er min feil, for hvem sin feil ellers det kan være, han er så liten at han er avhengig av det han får av meg og mengden og det han spiser.

Almas utsagn viser igjen hvordan tidligere erfaringer får betydning for mors opplevelse av det å bli kontaktet av helsepersonell. Det var frustrerende for Alma som selv hadde kjempet mot vektproblemet hele livet, å få beskjed om at barnet også hadde et vektproblem. Alma anså seg selv som ansvarlig for barnets vektproblem, og påpekte at barnet var avhengig av maten hun serverte hjemme. Alma klandret seg selv for at hun ikke hadde passet på sitt barns kosthold.

Alma, som syntes å ha blitt veldig såret av beskjeden angående barnets vektproblem, fortalte følgende om sine forventninger til helsepersonell.

Før man tar kontakt med foreldre til overvektige barn, så må man forberede seg til forskjellige reaksjoner. Én som har aldri hatt overvektproblem, forstår kanskje ikke foreldres reaksjoner som sier nei til tilbudet og er fornærmet. Så det er kanskje viktig å forberede seg med en samtale med psykolog om hvordan man skal presentere et så pass vanskelig tema for foreldre... Det hadde vært fint“.

Alma påpeker her at det å være overvektige som foreldre kan påvirke foreldrenes reaksjoner på en slik beskjed. Alma ønsket at helsepersonellet skulle være godt forberedt før de

kontaktet foreldre. Almas beskrivelse av sine forventninger til helsepersonell viser igjen hvor sårbart temaet overvekt kan være.

Mødrenes opplevelser av det å få beskjed om barnas overvekt var veldig ulike. Deres beskrivelser etterlater inntrykket av en sårbarhet knyttet til det å ha overvektige barn. Mødrene anså seg som ansvarlige for barnets overvekt og klandret seg selv for det. De opplevde å bli fordømt av andre på grunn av barnas overvekt, og ble usikre på sin rolle som ansvarsfull mor.

Mødrenes erfaringer i denne studien samsvarer med resultater fra tidligere forskning som belyser foreldres erfaringer med å ha overvektige barn. Haugstvedt et al. (2011) viste i sin studie hvordan foreldre til overvektige barn klandret seg selv for sine barns overvekt, og var usikre på hvordan de kunne hjelpe barna. Noen foreldre lurte på om de var gode nok foreldre for barna sine. Foreldres usikkerhet når det gjaldt å være ansvarlige for sine overvektige barn, ble forverret av krenkende kommentarer fra andre, og det samme ble deres samspill med barna. Foreldrene opplevde å bli fordømt og klandret av andre på grunn av barnas overvekt (Haugstvedt, Graff-Iversen, Benchensteen & Hallberg, 2011).

5.2 Drøfting

Starinn (2007, s. 62) skriver i boka *Empowerment i teori og praksis* om den emosjonelle dimensjonen ved empowerment. Han knytter den emosjonelle dimensjonen til begrepene emosjonell energi, skam og stolthet og mener at disse har en sammenheng og er viktige for de prosessene som fremmer eller hemmer empowerment. Emosjonell energi er knyttet til følelsene våre når vi deltar i ulike sosiale sammenhenger. Det å delta i noen sammenhenger kan fylle oss med emosjonell energi, mens andre sammenhenger derimot kan tømme oss for emosjonell energi. Mennesker med mye emosjonell energi vil føle seg gode og verdifulle, mens de med lite energi vil føle seg mislykkede og usikre på om det de gjør er rett og riktig.

I tråd med Starrins (2007) beskrivelser, viser resultatene fra denne studien hvordan det å delta i ulike sosiale sammenhenger har påvirket mødrenes emosjonelle energi slik at de følte seg usikre og mislykkede som foreldre. Bente, som i møte med helsestasjonen opplevde å ikke bli støttet av helsepersonellet, ble så usikker på sin vurdering om å begrense sitt barns matinntak. I tillegg hadde opplevelsen av å bli klandret og fordømt av omgivelsene ført til at hun følte seg usikker på sin rolle som en ansvarsfull mor. Kajas opplevelse av å ikke ha fått

støtte fra mannen for å begrense barnets matinntak, førte til at hun ble usikker på sin oppfattelse av virkeligheten. Alma og Liv beskrev hvordan det å få beskjed om deres barns vektproblem gjorde at de opplevde å være mislykkede som foreldre. Begge klandret seg selv for sine barns overvekt, og opplevde å bli ansett som uansvarlige foreldre av helsepersonellet.

Starrin (2007) knytter disse subjektive selvorienterte tolkningene til emosjonen skam, ved å referere til den amerikanske sosiologen Collins. Skamfølelse oppstår når mennesker ser seg selv negativt gjennom andres øyne, selv om det bare er i liten grad. Skam gir lav grad av emosjonell energi og skaper lite handlingskraft og initiativ. I et empowerment-orientert arbeid er det derfor avgjørende først å tydeliggjøre hvordan den enkelte opplever og føler sin egen virkelighet. Videre bør det arbeides for at den enkelte ikke internaliserer negative vurderinger av egen situasjon og unngår følelser av skyld og skam. Dette krever at fagpersoner i samarbeid med brukere avdekker brukernes ressurser og styrker deres selvfølelser (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 73).

Noen av mødrene i denne studien beskrev hvordan de i samtale med helsepersonell fikk bekreftelse på at de hadde gjort riktige tiltak for å hjelpe sine barn. Bente, som var usikker på sine tidligere tiltak for å justere barnets kosthold, opplevde det som betryggende å bli bekreftet av helsepersonellet. Bekreftelsen førte til at Bente begynte å tro på at hun hadde gjort riktige tiltak for å hjelpe sitt barn med vektproblemet. Kaja beskrev også det å bli støttet av helsepersonellet i sitt forsøk på å begrense barnets matinntak som betryggende. Hun beskrev hvordan støtten førte til at hun begynte å tro på sin oppfattelse av virkeligheten.

Det å se på seg selv som en person med ressurser i stedet for å ha et negativt syn på seg selv, er avgjørende i en empowerment-prosess (Løken, 2007, s. 149). Dette fører til en overvinnelse av de indre hindringene, som skam og skyldfølelse, i arbeidet for å oppnå mål. Videre handler arbeidet om å gå inn i prosesser der skamfølelse vendes til stolthet ved at man tar makten over og styrer eget liv (Askheim, 2012, s. 18).

Møte med helsepersonellet syntes å ha skapt trygghet for noen av mødrene i denne studien. De beskrev hvordan de etter å ha vært med på samtaler med helsepersonell følte seg trygge på at de kunne begrense barnas matinntak uten å ha dårlige følelser. Dette anses som avgjørende for å kunne gå inn i empowerment-prosesser. En trygg fellesskapsfølelse skaper emosjonell energi som kan føre til at skamfølelse vendes til stolthet over å være den man er (Larsen & Gammersvik, 2012, s. 176). Dette er en viktig forutsetning i prosessen med å ta

makten over og styre eget liv (Askheim, 2012, s. 18). Disse mødrene beskrev hvordan de etter å ha vært med på samtale med helsepersonell med trygghet kunne begrense sine barns matinntak uten å ha dårlige følelser.

5.3 Den første samtalen med helsepersonell

Mødrene hadde ulike erfaringer knyttet til det å være med på samtaler med helsepersonell. Mens noen opplevde det som behagelig og fint, opplevde andre det som vanskelig.

Kaja og Liv erfarte begge det å være med på den første samtalen som behagelig. De opplevde at både fysioterapeuten og helsesøsteren var opptatt av å hjelpe og støtte dem, men måten de formidlet dette på var ulikt. Liv beskrev sin opplevelse av det å være med på den første samtalen slik:

Det var fysioterapeut og helsesøster samtidig... også vi snakket om hva som var sunt i forhold til det å spise, hva som ikke var sunt å spise og sånn. Det var så veldig grei... men fysioterapeuten snakket mer og var mer interessert, mens helsesøsteren kanskje var litt mer beskjeden på en måte... Fysioterapeuten var veldig hyggelig, men jeg vet ikke, kanskje med (bare) helsesøsteren hadde det ikke gått så bra, siden hun virket forsiktig og ikke så pratsom.

Liv beskriver her at hun opplevde fysioterapeuten som den mest aktive og interesserte i samtalen. Selv om det ble snakket mye om hva de burde spise og ikke spise, noe som i utgangspunktet er et sårbart tema, opplevde Liv å ha en fin samtale. Liv gav uttrykk for at hun ønsket å få mye informasjon, og med en stille og mer beskjeden fagperson tvilte hun på at hun kunne ha fått dette. Liv anså dermed fagpersonens evne til å vise interesse og engasjement under samtalen som viktig.

I likhet med Liv, erfarte også Kaja den første samtalen med helsepersonellet som behagelig. Kaja hadde samtale med den samme fysioterapeuten og helsesøsteren som Liv, og trakk også frem fysioterapeuten som den mest aktive. Men ikke bare aktiv, hun erfarte ham også som «sympatisk» og «dyktig». Kaja beskrev det slik:

Jeg synes at vi hadde en fin første samtale med helsesøster og fysioterapeuten, det var veldig fint, og kanskje spesielt synes jeg fysioterapeuten var veldig sympatisk og dyktig egentlig. Det var veldig positiv opplevelse å snakke med ham. Vi snakket om

kosthold i familien, og våre vaner i forhold til ulike ting og vi følte at vi godt kunne dele våre vaner med dem.

I likhet med Liv, erfarte Kaja at det å snakke om familiens matvaner ble en positiv opplevelse. Måten fysioterapeuten kommuniserte med henne på var særlig knyttet til hans evne til å vise forståelse og medfølelse under samtalen. Det var med andre ord måten han kommuniserte med henne på som ble vektlagt som særlig betydningsfullt.

Da Kaja så tilbake på denne samtalen, gav hun uttrykk for en ambivalens knyttet til det å skulle drøfte sine private matvaner med to fagpersoner. Hun mente de lett kunne ha overkjørt henne med invaderende råd om hva familien burde spise og ikke spise. Hun grudde seg for at de skulle gjøre dette, men ble positivt overrasket over at de klarte å unngå nettopp dette. I stedet ble det en «respektfull samtale». Kaja utdypet dette slik:

Hvordan samtalene oppleves handler altså veldig mye om de personlige egenskapene til de som har den samtalen, og at de trår varsom og skjønner at de ikke skal rase i andres menneskers liv og mener veldig mye om hvordan de håndterer ting, men det blir en respektfull samtale mener jeg. Og det synes jeg de hadde, jeg synes særlig fysioterapeuten hadde veldig fint vesen som gjør at man ikke synes det er noe ubehagelig å snakke om de tingene, men det er klart at utfordringen er at samtalen kan oppleves som en invaderende samtale, ikke sant. De skal komme og fortelle hvordan du skal leve og ordne, men vi opplevde vel, da vi fortalte om våre matvaner og kosthold og opplegg med brus og godteri og sånn, fikk vi støtte på at vi gjør bra ting, sånn at vi opplevde at det ikke lå så mye kritikk i det.

Når Kaja brukte begrepet «respektfull samtale», trakk hun frem opplevelsen av en ikke-dømmende og støttende samtale med helsepersonellet. Kaja anså dette som viktig for at foreldre skulle kunne snakke fritt om familiens levevaner.

Mens Kaja og Liv vektla sine positive erfaringer fra disse samtalene, var Alma mer opptatt av å få frem det som var ubehagelig og vanskelig. Særlig var hun opptatt av å fortelle om den første samtalen. Hun fortalte det slik:

Den første samtalen med fysioterapeut og helsesøster føltes som å være med på eksamen, også hva spiser dere, hvordan, hvor finner vi feil. Så ble det at barnet spiser for lite på skolen, da vi skulle rette på det.

Alma beskriver her at hun erfarte denne samtalen som veldig ubehagelig, noe hun understreket ved å bruke ordet eksamen. Hun opplevde det å snakke med helsepersonell som å bli satt på en eksamen hvor hun først måtte svare på en rekke spørsmål knyttet til familiens og barnets matvaner. Deretter kom deres konklusjon, som først og fremst dreide seg om hva de gjorde feil. Ut fra hennes beskrivelse vil jeg tolke samtalen som en ensidig kommunikasjon hvor helsepersonellet stilte spørsmål og Alma besvarte spørsmålene. Dialogen handlet kun om familiens matvaner og hva de gjorde feil.

Da Saba snakket om sin første samtale med helsepersonell vektla hun mest dialogen om aktivitetsgruppe. Hun erfarte at helsepersonellet insisterte på at hun og barnet skulle delta i aktivitetsgruppe. Selv mente hun at aktivitetsgruppen var uaktuell fordi sønnen pleide å være veldig aktiv. Saba følte seg forpliktet til å delta i aktivitetsgruppen den første gangen, og beskrev dette slik:

Jeg møtte helsesøster og fysioterapeut... De sa det skal startes en aktivitetsgruppe i bydelen, så sønnen din skal få være med på det. Så først tenkte jeg nei, det er ikke noe for meg, så jeg vil ikke, fordi sønnen min er veldig aktiv, og sånn. Men også dem sa til meg «du kan prøve en dag, første dagen, da aktivitetsgruppe skal starte. Du skal bare være med på den dagen, hvis du liker du kan fortsette, og hvis du ikke liker du kan bare slutte...». Jeg sa «greit, men jeg lover ikke jeg skal fortsette, men fordi dere sier så skal jeg bare gå inn der».

Saba fortalte videre i intervjuet at hun og barnet etter å ha vært med på aktivitetsgruppen den første gangen, likte seg godt og valgte å ta imot tilbudet. Saba og barnet fulgte hele gruppeopplegget og var svært fornøyde med det. Da Saba så tilbake på dette, opplevde hun at det var riktig av helsepersonellet å få henne til å delta på aktivitetsgruppen den første dagen.

Mødrenes beskrivelser gir inntrykk av at de erfarte samtalene veldig ulikt. Noen opplevde dem som behagelige, mens andre opplevde dem som vanskelige. Det som er felles er at alle var opptatt av måten de ble behandlet på av helsepersonellet i den første samtalen. Utsagnene etterlater dermed inntrykket at helsepersonellens tilnærming i samtalen, og deres evne til å vise interesse og respekt under samtalen kan være avgjørende for hvordan samtalen oppleves av foreldrene.

Edmunds (2005, s. 28), som i sin studie utforsket foreldres erfaringer med å søke hjelp i primærhelsetjenesten for sine overvektige barn, viser hvordan foreldrenes erfaringer med å delta i samtale med helsepersonell varierte. Mens noen foreldre opplevde helsepersonellet som empatiske og hjelpsomme, beskrev andre dem som negative eller avvisende. I møte med negative helsepersonell opplevde foreldre å bli kritisert og klandret. Foreldrene følte til og med at de ikke var gode nok for sine barn.

Et annet sentralt funn i Edmunds studie er at de mest vellykkede behandlingene, der barna oppnådde redusert vekt, oppstod i tilfeller der helsepersonellet var engasjerte og positive. Disse foreldrene opplevde, i likhet med noen av mødrene i min studie, å bli lyttet til av helsepersonellet, og de satte pris på den støtten de fikk (Edmund, 2005). Dette viser hvor avgjørende helsepersonellens holdninger og engasjement kan være for en vellykket behandling av overvektige barn.

5.4 Drøfting

Lundemark Andersen et al. (2000, s. 157) skriver i sin bok *Empowerment på dansk* at møtet mellom brukere og profesjonelle ikke bare handler om levering av ytelser, men også om måten ytelsene leveres på, og hvem de leveres av. I et empowerment-perspektiv anses dermed kombinasjonen av faglige ferdigheter og personlige egenskaper som en nødvendighet. Denne kombinasjonen omtales av Lundemark Andersen et al. (2000, s. 157) som «personlig profesjonell», og vil bety at den profesjonelle bevisst bruker sin person i sitt arbeid (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 157).

I tråd med Lundemark Andersens (2000) utsagn erfarte mødrene i denne studien møtet med helsepersonell veldig ulikt. Noen erfarte møtet som behagelig, mens andre opplevde settingen som vanskelig. Mødrene som opplevde samtalen med helsepersonellet som behagelig, beskrev fagpersonen som veldig dyktig, engasjert og sympatisk. Mødrene anså denne fagpersonens evne til å vise interesse og medfølelse under samtalen som avgjørende for hvordan de opplevde samtalene. Disse mødrene opplevde at de hadde en likeverdig og ikke-dømmende samtale, og at de opplevde lett kunne snakke om sin families levevaner med denne fagpersonen. De opplevde også å bli støttet av fagpersonen i hva familien gjorde riktig.

Mødrenes beskrivelser av fagpersonens ferdigheter under samtalen kan ses i samsvar med et empowerment-orientert arbeid der fagpersoner både skal inneha og vise evne til engasjement

og menneskelighet i arbeidet, slik Lundemark Andersen et al. (2000, s.157) beskriver: «At være personlig profesjonell betyr i empowermentsammenheng at besidde og vise evne til engagement og menneskelighet i arbeidet».

Videre har fagpersoner i den vanskelige samtalen vært opptatt av å finne problemet og dets løsning. I Almas tilfelle syntes samtalen å ha vært preget av en profesjonell distanse med en ensidig kommunikasjon mellom Alma og fagpersonene. Hun opplevde at hun kun besvarte fagpersonenes spørsmål om familiens matvaner. Fagpersonenes konklusjon dreide seg også kun om hva familien gjorde feil og hva som skulle rettes.

Å være personlig profesjonell i en empowerment-sammenheng innebærer derimot at profesjonelle skal skifte rollen fra å være ekspert på brukernes liv til å inngå i partnerskap med brukerne. I dette partnerskapet skal fagpersoner ikke kaste seg over brukernes problem, men forsøke å avdekke brukernes ressurser (Lundemark Andersen, 2000, s. 67).

Profesjonelle skal dermed ikke tro at de vet hva som er best og mest brukbart for andre mennesker, men de skal tro at ethvert menneske er den virkelige eksperten på sitt liv (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 158–159).

Profesjonelle i en empowerment-sammenheng skal også «avlære» den profesjonelle rollen som er forbundet med et begrep som distanse (Lundemark Andersen et al., s. 158).

Empowerment forutsetter at profesjonelle skal ha evne til å bidra til åpenhet, og til å inngå i kontakt med brukere (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 135). Dette er avgjørende for at fagpersoner skal kunne styrke brukerne til å innse sine ressurser og muligheter. I tillegg vil fagpersoner i dette partnerskapet dele kunnskapen de innehar, og øke brukernes kompetanse til aktiv handling (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 134).

Sabas samtale med helsepersonellet, som førte til at hun og barnet benyttet aktivitetesgruppetilbudet, kan være et eksempel på dette. Saba vurderte i utgangspunktet tilbudet på aktivitetsgruppen som uaktuelt, men fikk råd om å være med på den første dagen av aktivitetsgruppen. Dette førte til at hun innså muligheten til å være aktiv sammen med sitt barn i aktivitetsgruppe, og at hun bestemte seg for å benytte tilbudet.

Mødrenes ulike erfaringer i møtet med helsepersonell i denne studien bekrefter Lundemark Andersen et al. (2000, s. 95) sine beskrivelser av at den profesjonelle ikke bare er en person med kunnskap. Det ligger alltid en person med et bestemt menneskesyn og en bestemt holdning bak den profesjonelle. Selv om helsepersonellet i samtaler med mødrene alle hadde

samme budskap, opplevdes samtalen likevel ulikt av mødrene. I et empowerment-perspektiv er kombinasjonen av den profesjonelles faglige kompetanse og den profesjonelle som person det viktigste redskapet i det profesjonelle arbeidet. Derfor er det viktig at profesjonelle bevisst forholder seg til sine egne verdier og sitt eget menneskesyn (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 95).

5.5 Det å endre matvaner

Mødrene syntes det var utfordrende å endre barnas matvaner. Mødrene beskrev at de har stort sett vært opptatt av sunt kosthold og pleide å lage sunn mat også før de ble med på det tverrfaglige opplegget. Saba hadde allerede før hun ble med på opplegget gjort noen endringer i familiens matvaner. I forbindelse med behandling av sitt eldste barn hadde hun fått råd om dette av ernæringsfysiolog. Alma, som selv har erfaringer med å ha vært på slankekurer, hadde bestandig prøvd å unngå mat med fett og sukker i det daglige kostholdet. Hos Kaja har de alltid vært opptatt av å lage mat fra bunnen av og få med nok grønnsaker. Bente hadde justert barnets kosthold før hun ble med på opplegget. Liv beskrev også at hun har alltid passet på familiens kosthold. Mødrene syntes derfor at hovedutfordringen var å endre barnas matvaner og ikke familiens. Hos de fleste mødrene var den største utfordringen å begrense barnas matinntak. Noen opplevde også det å eliminere usunne matvarer fra barnas kosthold som vanskelig.

Hos Kaja handlet utfordringen om å passe på at barnet ikke overspiste. Kaja beskrev dette slik:

Vi har et grunnleggende godt kosthold hjemme. Vi lager mat fra bunnen av og spiser stort sett god norsk mat. Vi har masse grønnsaker og vi er ganske bevisste på de tingene. Så for meg er det ikke hovedutfordringen å endre den maten vi lager, men å passe på at barnet ikke spiser så mye som han har lyst til.

Kajas utsagn kan tolkes som hun ikke så behov for å endre familiens kosthold, men at hun syntes det var viktig å begrense barnets matinntak. Hun anså dermed det å sørge for at barnet ikke overspiste som hovedutfordringen.

I likhet med Kaja, var Almas hovedutfordring også å begrense barnets matinntak. Alma opplevde det som veldig vanskelig å begrense barnets matinntak, og beskrev det slik:

Det vanskeligste er når han sier at han fortsatt er sulten og jeg sier «Nei, du må vente en halv time da kan vi snakke». «Men jeg er sulten nå» sier han, og det er vondt. Det er vondt og det er det som er det vanskeligste. For jeg trenger ikke å kutte ut sjokolade eller potetgull siden han ikke spør om det en gang. Lager jeg noe sunt så spiser han store mengder. Han liker å være mett, men det er jeg som kan styre, og da får vi det bra hele familien.

Dette sitatet viser hvor utfordrende det har vært følelsesmessig for Alma å begrense matinntaket til barnet. Det var veldig vanskelig for Alma å motstå barnet når han syntes å fortsatt være sulten. Alma påpekte at barnet ikke pleiede å spise usunne matvarer, men pleiede å spise for mye mat. Slik jeg forstår sitatet, syntes Alma det var enklere å eliminere usunne matvarer som sjokolade og potetgull enn å begrense barnets matinntak. Alma syntes likevel å være bestemt på å overkomme utfordringen ved å styre barnets kosthold, slik hun påpekte selv.

Bente opplevde i likhet med Alma at det var utfordrende å begrense datterens matinntak. Bentes utfordring handlet også om at hun ikke ga samme beskjed til broren. Hun fortalte at sønnen nesten ikke likte noen ting og spiste veldig lite. Derfor fikk han lov til å spise så mye han ville om han likte maten. Bente fortalte videre om hvor frustrert datteren pleide å være siden hun opplevde dette som urettferdig. Bente beskrev dette slik:

Jeg synes det har vært utfordrende å si «Nei, du får ikke mer mat», fordi vi ikke gir samme beskjed til broren. Det gjør det spesielt vanskelig, fordi han trenger å spise mer og det synes jeg har vært vrient...Men det må vi si til henne, eller det har vi sagt til henne da. For eksempel får hun ikke lov til å ta mere enn én middagsporsjon. Men hvis han gjør det, da er det ingen som stopper ham. Og jeg tenker at når han først spiser middag, han spiser så begrenset mat så når det først er noe han liker, da får han lov til å spise det da. Og det synes hun er urettferdig, så det er en utfordring.

Bentes utsagn fremhever hennes utfordring med å begrense barnets matinntak. Det var vanskelig for Bente som mor å gi motstridene beskjeder til barna sine om kosthold.

Saba anså også det å endre barnets matvaner som veldig vanskelig. Hos Saba handlet utfordringen mest om å fjerne usunne matvarer fra barnets kosthold. Saba beskrev dette slik:

Det er vanskelig når det er sommer. Han begynner å si «Nei jeg vil, kan du hente meg Lion is», sånne ting er vanskelig særlig når han er sammen med meg i butikken.

Det er enda vanskeligere å si «nei, ikke ta det, ta dette!»... Han er min siste og vi var jo snille med ham før og plutselig er vi blitt strenge. Det er litt vanskelig for ham også.

Saba understreker her at hun opplevde det å motstå barnets vilje særlig vanskelig da de var sammen i butikken. Dette kan tolkes som at det å være med i butikken økte barnets fristelser, noe som gjorde det veldig vanskelig for Saba å håndtere situasjonen. Sabas utsagn viser også hennes ambivalens når det gjaldt å motstå barnets vilje. Ambivalensen handlet om Sabas sterke ønske som mor om å tilfredsstille sitt barn, vurdert opp mot det å hjelpe barnet med vektproblemet. Sabas utsagn viser, slik jeg forstår det, at hun heller ikke følte seg veldig komfortabel i den nye rollen som hun omtalte som «streng mor». Saba påpekte også at barnet opplevde det å forholde seg til foreldrenes nye og strenge holdninger som vanskelig.

I likhet med Saba, opplevde også Liv det å motstå barnets lyst til å spise usunt som vanskelig. Liv beskrev det slik:

Jeg er overbevisst om at vi har vendt oss riktig og det som er blitt sagt på prosjektet er riktig, og det er fornuftig å gjøre sånn, men av og til har barnet sagt at «kan vi ikke kjøpe Go'Morgen yoghurt, og hvorfor kan vi ikke få nudler nå?». Også det har vært litt sånn sårt. Han synes det har vært litt strengt da, men jeg sier at det ikke er sunt og det spiser vi ikke.

Sitatet viser hvor vanskelig det har vært følelsesmessig for Liv å motstå barnets tendens til å gå tilbake til sine gamle vaner. Liv understreket at hun var klar over at dette var for barnets beste, men hun opplevde det likevel som sårt. Liv syntes å være bestemt på å overkomme utfordringene selv om det var vanskelig.

Mødrene fortalte også om de endringene de hadde gjort i familiens matvaner. Liv fortalte at hun kun hadde gjort små justeringer i familiens matvaner.

Disse ting som Go'Morgen yoghurt og nudler, har jeg tatt vekk fra maten. Jeg føler at det er egentlig bare sånne små justeringer... jeg har også begynt å servere middag i små, mindre tallerken.

Saba fortalte at de stort sett spiste fisk i stedet for mye kjøtt. Familien hadde også sluttet å spise sen middag. Saba fortalte det slik:

Før var det slik at kanskje vi spiste sen middag, sånn ca. 8 – 9 tid ... men nå er det liksom veldig tidlig, ikke så seint, vi spiser middag sånn ca. seks, halv sju. Det er ikke veldig tidlig heller, men tidlig i forhold til før. Og hvis barna føler seg sultne i ca. 10 - tida, kan de få frukt.

Bente fortalte at de hadde byttet skolemelken fra lett melk til ekstra lett melk. De hadde også begynt å kjøpe en annen type smør.

Alma, som også hadde gjort spesifikke endringer i familiens matvaner, syntes det å drikke masse vann var den største endringen som ble gjort. Hun forklarte det slik:

Jeg begynte å kjøpe bare grovt brød sånn at barna ikke hadde valg. De måtte jo spise det som var hjemme og mere frukt ble det kjøpt også, mere grønnsaker. Så jeg passet på at de ikke spiste bare brød med pålegg som de likte best, men blir det pølse, så er det tomater og agurk ved siden av og kanskje et stykke brød. Sånn at de ble mette, men ikke så mye kalorier i det. Også var det drikke, mere vann, mye drikke. Serverer jeg middag så serverer jeg et glass vann, også da er det ikke saft jeg serverer nå, men det er vann.

Alle mødrene fortalte at de skulle beholde de endringene som hadde blitt gjort i familiens, og barnets matvaner. Bente og Alma syntes i tillegg at endringene allerede var godt innarbeidet hos barna deres. Bente fortalte at barnet ikke lenger spurte om å få to middagsporsjoner eller maste så mye om mat som hun gjorde tidligere. Bente beskrev dette videre slik:

Jeg har fryktet at hun skal bare begrense hva hun spiser når jeg er til stede, og ikke når jeg ikke er der til å stoppe henne. Men jeg ser nå at hun ikke gjør det sånn at nå har jeg forhåpninger at dette her kan gå bra. Og at hun ikke blir et overvektig barn og en overvektig ungdom.

Bentes redsel for at barnet skulle fortsette å overspise da hun ikke hadde tilsyn, syntes å være mindre nå. Det å oppleve at barnet hadde vent seg til de nye matvanene og tatt kontroll over kostholdet sitt, virket å være beroligende for Bente.

I likhet med Bente, opplevde også Alma at barnet selv hadde begynt å passe kostholdet sitt. Alma beskrev det slik:

Han er såpass stor at som han forstår hvor viktig dette er, og han passer selv på. For eksempel når jeg spør ham hvilket brød han vil ha, svarer han det mørke. Han spør ikke nå lenger om syltetøy. Han likte å spise brødsiver med syltetøy til frokost før, men han gjør ikke det nå. Han spiser müsli og yoghurt til frokost nå.

Alma syntes også å være trygg på at barnet hadde blitt vant til de nye matvanene. Han spurte ikke lenger etter mat han pleide å spise før. Alma og Bente som begge opplevde det å begrense deres barns matinntak som utfordrende, begynte å se resultatene.

Mødrene, som alle har fått til konkrete endringer i familiens, og barnas matvaner fortalte videre at de ikke var alene i dette endringsarbeidet. De fortalte hvordan det å være med på samtaler med helsepersonell og få veiledning i første omgang hadde bidratt til at de iverksatte endringene. I tillegg opplevde de å kunne dele sine erfaringer med helsepersonell underveis. De opplevde å kunne få støtte for å komme seg over utfordringene i endringsprosessen.

Liv opplevde at hun etter å ha fått veiledning av helsepersonell, ble bevisst på barnets usunne matvaner. Dette førte til at hun sluttet å kjøpe de usunne matvarene som barnet pleide å spise. Hun forklarte det slik:

De ga oss anbefalinger om justeringer i forhold til mellommåltider og frokoster og hva som var lurt og hva som ikke var lurt å spise, nudler for eksempel, ikke lurt å spise ... da sa vi at det kutter vi ut. Da vi justerte det, det ble på en måte målet. Det var det vi gjorde videre i samarbeid med dem ... jeg tenker at vi har visst mye fra før, men bare å være bevisst på at han ikke skal spise det vi kjøper ikke det, nå er det ikke i skapet liksom.

Liv beskriver her at selv om hun hadde kunnskap om sunt kosthold, gjorde helsepersonellets anbefalinger at hun begynte å innse barnets usunne matvaner. Hun påpekte at hun i samarbeid med helsepersonell hadde hatt som mål å eliminere de usunne produktene fra barnets kosthold. Liv sluttet dermed å kjøpe disse produktene. Liv fortalte videre at hun underveis delte sine erfaringer med helsepersonell. De hadde snakket om utfordringene og endringene familien hadde gjort i sitt kosthold.

I likhet med Liv, opplevde også Kaja at det å få veiledning gjorde at far erkjente behovet for å begrense matinntaket til barnet. Hun beskrev det slik:

Vi ble enige om at vi blant annet måtte redusere på matpakken og sånne typer ting... Den mengdebegrensningen driver både jeg og far med. Stort sett tror jeg at far er blitt mer bevisst på det i løpet av dette opplegget.

Alma opplevde også at hun etter å ha snakket med helsepersonell klarte å innse at barnet spiste for lite mat på skolen. Dette gjorde at han pleide å overspise hjemme. Hun beskrev det slik:

Det viste seg at han får for lite mat på skolen. Derfor kommer han veldig sulten hjem etter skolen, og spiser store mengder. Han spiser til og med mer enn store bror. Det var derfor snakk om at han skal få mere mat på skolen og mindre mengder etterpå.

Alma fortalte at hun også delte sine erfaringer med endringsarbeidet med helsepersonell. Hun påpekte at de snakket om de endringene hun oppnådde og utfordringene ved å holde på endringene som hadde blitt gjort.

Saba fortalte at hun hadde drøftet utfordringene hun opplevde ved å endre barnets matvaner med helsepersonell. Hun hadde dermed fått noen praktiske råd av helsepersonellet. Saba fortalte det slik:

Så snakket jeg med helsesøster. Min sønn ba meg å kjøpe sånn Lionis. Også lo hun helsesøsteren og sa til meg «nei du kan i stedet for kjøpe sånn Kroneis». Sånne ting var det vanskeligste.

Bente opplevde også at råd og veiledning fra helsepersonell gjorde henne trygg på at det å begrense barnets matinntak var et riktig tiltak. Hun beskrev det slik:

Det ga meg trygghet. Jeg er tryggere, tryggere i det jeg gjør. Jeg kan med mer trygghet si at, «det er greit», og kan føle at det er greit å begrense mat inntaket, at det ikke er veldig skummelt eller veldig sånn negativt å gjøre det.

Bente opplevde det som utfordrende å begrense sitt barns matinntak, noe hun uttrykte ved å bruke ordene skummelt og negativt. Det å få støtte av helsepersonell ga Bente trygghet til å begrense barnets matinntak uten å føle seg dårlig.

Mødrenes beskrivelser etterlater inntrykket at hvor vanskelig det kan være for foreldre å endre sine barns matvaner. De fleste opplevde det å begrense matinntaket eller det å fjerne usunne matvarer fra barnas kosthold som utfordrende. Det viste seg at alle klarte likevel å

gjøre noen konkrete endringer av familiens, og barnas matvaner. I tillegg opplevde noen av mødrene at endringene allerede var godt innarbeidet hos barna deres. Mødrene opplevde også å ha fått hjelp av helsepersonell både til å iverksette endringer og overkomme utfordringer.

Owen et al. (2009), som i sin studie utforsker foreldres erfaringer med å delta i et sykehusbasert behandlingsopplegg, viser også hvordan foreldre opplevde det som utfordrende å begrense deres barns matinntak. De beskrev følelser av skyld ved å begrense barnas matinntak, spesielt i starten av endringsprosessen da barna klaget på kostholdsendringer. Videre viser resultatene at de foreldrene som erkjente at dette var en utfordring som de var nødt til å overkomme, klarte å gjøre konkrete endringer. De beskrev endringen de klarte å implementere, og mat de eliminerte fra familiens kosthold. Barna til disse foreldre lyktes i å redusere sin KMI etter å ha vært med på behandlingsopplegget. Barna til foreldrene som ikke fulgte oppfølgingsplanen og ikke gjorde noen endringer i matvanene, gikk ikke ned i vekt. Disse foreldre opplevde det svært vanskelig å overkomme skyldfølelsen ved å begrense sine barns matinntak. Et annet sentralt funn i Owen et al. (2009) sin studie er at foreldrene kommenterte verdien av helsepersonells støttende holdning under endringsprosessen.

Resultatene i Owen et al. (2009) sin studie kan bekrefte hvor utfordrende det kan være for foreldre å begrense sine barns matinntak. Samtidig viser resultatene hvor avgjørende det er at foreldre overkommer utfordringene for å oppnå en vellykket behandling av overvekt hos barna. Foreldre verdsatte også helsepersonells støttende holdninger slik mødrene til min studie også gjorde.

5.6 Drøfting

Askheim (2012, s. 50) skriver i sin bok *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid* at strategiene for å endre folks livsstil har endret seg. Askheim refererer til flere studier og konkluderer med at den tradisjonelle opplæringen gjennom kunnskapsformidling fra fageksperter ikke er tilstrekkelig for å få til en atferdsendring. Videre skriver han at endringene må bygge på brukernes initiativ. Dette innebærer at brukere selv må være motiverte til endring og må mobiliseres med utgangspunkt i egen livssituasjon og eget verdigrunnlag (Askheim, 2012, s. 50).

I følge Askheim (2012, s. 50) er perspektivet endret fra en vektlegging av planlagt, målrettet påvirknings- og opplysningsarbeid til empowerment av brukerne. I praksis dreier det seg om involvering av brukere gjennom dialog, i en bevisstgjørende prosess hvor de selv betegner hvilke indre og ytre forhold som påvirker deres nåværende livssituasjon (Lundemark Andersen et al., 2000, s.75). Helseprofesjonelle skal la brukere være eksperter på seg selv og vise omtanke og forståelse for deres opplevelse av situasjonen. Helsepersonell skal dermed, ved å leve seg inn i brukernes tanker og vise forståelse, gi dem mulighet til å forandre perspektivet både til problemet og til en eventuell endring (Askheim, 2012, s. 51).

I tråd med en empowerment-tenkning, viser informantenes fortellinger i denne studien hvordan de gjennom dialog med helsepersonell ble involvert i en bevisstgjørende prosess. Liv beskrev hvordan hun gjennom dialog med helsepersonell ble bevisst på at barnet pleide å spise usunne matvarer som nudler i mellommåltider. Alma opplevde at hun i samtalen med helsepersonell ble bevisst på at barnet spiste for lite på skolen, noe som førte til at han overspiste hjemme etter skoletid. Kaja beskrev også hvordan det å være med på samtalen med helsepersonell førte til at far begynte å erkjenne barnets vektproblem og overspising.

Arbeidet med bevisstgjøring av brukere skal dermed utvikle seg i en prosess hvor det skal resultere i aktive handlinger, noe som er avgjørende i empowerment-tenkning (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 72). Det er derfor viktig at det i reaksjon på en problemstilling ikke kun skapes rom til erkjennelse og forståelse, men at det også skal arbeides med hvordan det kan handles på bakgrunn av denne innsikten (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 78).

Dette innebærer at brukere i samarbeid med profesjonelle skal bli bevisste på hvilke faktorer som kan bidra til styrke og vekst for at de kan ta makten over og endre egen livssituasjon. Profesjonelle og brukere skal sammen utvikle handlingsrettede tiltak for at brukerne skal handle ut fra egen forståelse av sammenhenger (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 79).

I denne studien fortalte mødrene hvordan de ved å ha fått praktiske råd og i samarbeid med helsepersonell valgte noen strategier for å endre sine barns matvaner. Mødrenes beskrivelser viser dermed hvordan arbeidet med bevisstgjøring førte til konkrete handlinger. Liv beskrev hvordan hun sluttet å kjøpe usunne matvarer, slik at det ikke lengre var tilgjengelig for barnet. Alma fortalte hvordan hun begrenset matinntaket til barnet, og begynte å servere vann i stedet for saft til middag. Kaja og far ble enige om å redusere antall brødskiver til barnet. Saba begynte å servere middag tidlig om ettermiddagen, og byttet usunne matprodukter med sunnere varianter med mindre sukkerinnhold.

I alle disse eksemplene har bevisstgjøring av mødrene ført til aktive handlinger. Dette er i samsvar med en empowerment-tenkning hvor brukerne først etter å ha erkjent sammenhengen mellom de faktorene som påvirker deres livssituasjon, i samarbeid med helsepersonell kan tilegne seg kunnskap og ferdigheter som kreves for å iverksette konkrete tiltak.

Veien til forandring kan være svingete, og empowerment-tenkning forutsetter at den profesjonelle følger med på den veien som brukere vil og kan gå (Lundemark Andersen, 2000, s. 81). Mødrene i denne studien beskrev hvor utfordrende det var å endre barnas matvaner. Deres beskrivelser viser hvor ambivalente de iblant har vært til å motstå sine barns ønsker. De følte seg dårlige som mødre ved å begrense barnas matinntak. Noen fortalte også hvor sårt det har vært å ikke kjøpe de matproduktene barnet hadde lyst til å spise. Saba opplevde det som veldig vanskelig å motstå barnet som hadde lyst til å spise is om sommeren. Liv beskrev også hvor vanskelig det var å ikke kjøpe Go'Morgen yoghurt og nudler som barnet pleide å spise tidligere. Alma opplevde det å nekte å gi barnet mat da han sa at han fortsatt var sulten, som smertefullt. Bente følte seg dårlig da hun begrenset sitt barns matinntak.

Noen av mødrene fortalte hvor stor betydning støtte fra helsepersonell hadde for å overkomme disse utfordringene. Bente sa at hun først etter å ha fått støtte av helsepersonell kunne slippe å ha dårlige følelser ved å begrense barnets matinntak. Saba fortalte også hvordan det å få råd fra helsepersonell om å kjøpe en annen type is med mindre sukkerinnhold førte til at hun kunne håndtere situasjonen. Alma fikk også tips om å bytte til en annen type saft som inneholdt mindre sukker. Mødrenes erfaringer synliggjør hvor avgjørende det er at helsepersonell øker brukeres kompetanse til å koble de følelsesmessige erkjennelsene til aktive handlinger (Lundemark Andersen, 2000, s. 81).

Det å forstå at empowerment er både følelse og handling er en avgjørende forutsetning i et empowerment-orientert arbeid (Lundemark Andersen, 2000, s. 71). Arbeidet kan ikke omtales som empowerment hvis målet kun er å oppnå en fornemmelse av bredere innsikt, en følelse av styrket selvtilit eller en opplevelse av større makt. Opplevelser, følelser og fornemmelser er viktige elementer i en empowerment-prosess, men det blir ikke empowerment hvis de ikke kobles sammen. Følelser og fornemmelser skal gjennom et empowerment-orientert arbeid reflekteres i konkrete handlinger, slik Lundemark Andersen et al. (2000, s. 71) påpeker.

5.7 Begeistring over aktivitetsgruppe

Mødrene beskrev at de alltid har vært opptatt av fysisk aktivitet når det gjaldt deres barn. De overvektige barna var med på faste fritidsaktiviteter fra 1 til 5 ganger i uka. Alma, Saba og Liv beskrev sine overvektige barn som veldig aktive. Noen av familiene syntes å ha vært mer opptatt av felles aktiviteter enn andre. Bentes familie pleide å ha noen felles aktiviteter som å seile, gå på fjellet og gå på skogsturer. Kajas familie gikk av og til på turer i nærmiljøet i helgene, og hadde tradisjoner for å bli med Turistforeningen på felles turer iblant. Videre viste det seg at det var kun noen av mødrene som tok imot aktivitetsgruppetilbudet. Bente og Liv vurderte tilbudet som uaktuelt og syntes at barna allerede hadde nok med fritidsaktiviteter.

De mødrene som deltok på aktivitetsgruppe var alle svært begeistret over tilbudet. De beskrev opplegget som morsomt, varierende og lærerikt. Kaja, som var veldig fornøyd med aktivitetsgruppen, beskrev opplegget slik:

Det var veldig fine leker de hadde funnet på, forskjellige ting som vi deltok på. Også var det veldig positivt at både barn og voksne var sammen... Jeg synes det var kjempekoselig. Det synes sønnen min også. Han synes det var gøy, så det å gjøre ting sammen var fint.

Kaja beskriver her at opplegget inneholdt varierende lek og aktiviteter. Kaja syntes å være fornøyd med at tilbudet var godt tilrettelagt for at både voksne og barn kunne delta på det. Kaja og barnet erfarte det å gjøre aktiviteter sammen som både hyggelig og spennende.

Saba, som i likhet med Kaja var veldig begeistret over gruppeopplegget, beskrev tilbudet slik:

Det var kjempehyggelig og kjempegøy å være med på det ... det var noen aktiviteter ute, og noen inne, de var liksom forskjellige og alt var veldig gøy, og min sønn synes også det var morsomt å være med på aktivitetsgruppe.

Saba opplevde også tilbudet som hyggelig og spennende. Hun påpekte også at opplegget inneholdt variert lek og aktiviteter både inne og ute. Hun og sønnen var svært fornøyd med opplegget.

Alma fortalte også smilende og med stor glede om de ulike og morsomme aktiviteter som gruppeopplegget inneholdt. Alma beskrev det slik:

Jeg kunne stå på ski eller gå på skøyter, vi kunne lage snømann en gang iblant i vinteren, men dette var helt annerledes, det å trene og ha det gøy med barna, konkurrere litt, hoppe i sekk, leke potetløp, late som å være elefanter ... Det som var mest morsomt var det at de tegnet en linje på gulvet, også vi tok med alle myke gjenstander store og små, også kastet vi, vi ble delt i 2 lag, foreldre mot barna, ellers ble vi delt som 1-2, 1-2 lag, også kastet vi gjenstandene på motsatt side, også hadde vi en begrenset tid, de som hadde mindre gjenstander på sin side de vant, det var morsomt.

Alma, som pleide å gjøre aktiviteter sammen med barna sine tidligere også, opplevde dette opplegget som veldig unikt. Hun opplevde det å kunne konkurrere og gjøre aktiviteter i felleskap med andre foreldre og barn som veldig spennende. Når Alma snakket om dette i intervjuet, trakk hun også inn andre aspekter ved gruppeopplegget som hun anså som viktig. Hun fortalte det slik:

Man fikk også veiledning, også fikk prate om det som var vanskelig for at jeg husker en samtale fra første kurset, da snakket jeg med fysioterapeuten om hvor vanskelig det har blitt for sønnen min, han har ikke lyst til å følge opp reglene, og han går ikke mer ned i vekt nå... så det var viktig å kunne prate med fagfolk, uten å bestille time noe sted, så det var, det var fint, for også jeg kunne ringe fysioterapeuten om det var noe, så han er både blid, snill og hjelpsom, barna likte ham så godt.

Alma synes å ha vært fornøyd med at hun kunne snakke om sine utfordringer og få råd fra fagpersonen. Hun opplevde fagpersonen på gruppeopplegget som både tilgjengelig og hjelpsom. Alma opplevde at hun lett kunne kontakte ham ved behov. Dette anså hun som betryggende, slik jeg forsto henne.

Videre fortalte mødrene at de alle prøvde å finne på aktiviteter de kunne gjøre sammen med sine barn. De opplevde det å gjøre aktiviteter sammen med barna i aktivitetsgruppe som svært gledelig. Alma beskrev sine erfaringer slik:

Forrige gang ble det sagt at fint om dere kan kjøpe hoppetau, og det kjøpte vi. Så hoppet jeg og de to ungene tau hver kveld, og det var så gøy, vi tok på musikk ute på grillplassen, og det var kjempe fint og det likte vi godt.

Alma opplevde det å være aktiv sammen med sine barn som veldig morsomt. Almas utsagn viser hvordan noen enkle råd fra fagpersoner førte til en svært hyggelig opplevelse for Alma og barna.

Også Kaja fortalte at hun forsøkte å finne på aktiviteter hun og barnet kunne gjøre sammen. Hun fortalte det slik:

Jeg selv har lyst til å prøve å jobbe litt mer med å finne på ting og gjøre sammen med ham. Forrige uke danset vi diskomusikk i stue, og det synes vi var veldig gøy... Så mener jeg det å få voksen og barn et godt liv sammen handler om å gjøre fine ting sammen... Jeg tror også at det kunne være veldig bra for mange barn og foreldre helt uavhengig av body mass index, og tror akkurat det med å gjøre morsomme aktiviteter sammen voksne og barn, det er noe som er både veldig gøy, og viktig. Det er noe som voksne og barn kunne jo lære, jeg tror det er veldig mange som ikke jobber med det, men jeg opplevde det veldig positivt.

Kajas beskrivelse tyder på at hun hadde fått et nytt syn på familielivet etter å ha vært med på aktivitetsgruppe. Slik jeg forstår Kajas utsagn, hadde hun begynt å innse betydningen av det å gjøre aktiviteter sammen i familien. Hun syntes det å leve et godt liv handlet om å dele gleden av det å gjøre fine aktiviteter sammen i familien. Kaja mente at alle foreldre og barn, uavhengig av barnas kroppstilstand, kunne lære å gjøre aktiviteter sammen. Dette syntes hun var både viktig og hyggelig.

Videre fortalte Kaja at mange fritidsaktiviteter for barn er slik at foreldre bare leverer barna, eller står på sidelinjen og ser på dem. Kaja fortalte det slik:

Egentlig er det litt synd at man som foreldre kanskje leverer barna til, eller man står og ser på barna, også det er veldig mye sånne fritidsaktiviteter som er lagt opp at foreldrene sitter og venter på barna, at det ikke er opplegg at man kan gjøre ting sammen, og det synes jeg hadde vært egentlig fint at mye fritidsaktivitet var sånn.

Kaja syntes at fritidsaktiviteter stort sett er organisert på en måte der foreldrenes rolle bare blir levering og henting av barna. Kaja, som selv erfarte det å delta på aktiviteter sammen med barnet som svært hyggelig, syntes det var synd at foreldre ikke fikk være med på aktiviteter sammen med sine barn. Kaja syntes det ikke fantes mange familiebaserte aktivitetstilbud hvor foreldre og barn kunne delta sammen. Hun ønsket at det kunne

etableres flere fritidsaktiviteter som var godt tilrettelagt for at foreldre og barn kunne være aktive sammen.

Videre viste det seg at mødrene selv var blitt mer opptatt av å være fysiskaktive nå enn tidligere. Saba fortalte at hun hadde begynt å gå på turer i helgene sammen med barnet sitt. Hun fortalte til og med at hun hadde gått ned i vekt. Alma fortalte at hun det siste året mast mye på mannen sin for at de skulle gå på tur sammen. Hun fortalte at hun hadde meldt seg selv og mannen på dansekurs.

Saba og Alma, som i tillegg deltok på aktivitetsgruppe i bolk 2, opplevde tilbudet denne gangen også som svært spennende og lærerikt.

Saba, som var veldig fornøyd også med det nye opplegget, fortalte at denne gangen fikk de i tillegg opplæring i sunt kosthold. Hun fortalte det slik:

Fysioterapeuten tok med seg colaflasker og nugattiboks og sånne ting, og forklarte barna hva som er sunt og hva som er usunt. Det er veldig viktig at barna skal lære seg å skille mellom sunt og usunt... Han var veldig flink også til å snakke med barna angående kosthold, hva inneholder mest sukker, hvor mye sukker inneholder hvert produkt, han var flink til å snakke med barna egentlig, det gjorde at barna også skjønner at det ikke er bra å spise mye sukker.

Sabas beskrivelse viser hvor fornøyd hun var med at barna fikk opplæring i sunt kosthold. De lærte å sammenlikne sukkerinnholdet i ulike matprodukter. Saba påpekte også at fagpersonen hadde god evne til å kommunisere med barna. Hun anså dette som viktig for at barna skulle følge med og lære om et viktig tema som kosthold.

I likhet med Saba, var også Alma veldig fornøyd med det nye gruppeopplegget. Alma påpekte også at de fikk opplæring i sunt kosthold. Alma fortalte det slik:

Fysioterapeuten kjøpte sukkerbiter og forskjellige syltetøyglass, og sjokoladepålegg og viste oss hvor mye av de sukkerbitene er i hvert av de produktene. Han lærte oss hva vi skal se på, og hvordan vi skal velge mellom dem, det samme gjaldt brød og frokostblanding, hva er riktig type, hva skal vi se på, hva skal vi lete etter, nøkkelhull og sånt, den sirkelen som var delt i 4 som basert på hvor mye korn er i, hvilken tegn skal vi lete etter for å kjøpe sunne produkter. Han viste både til oss og barna hva som er riktig, slik at når barna går i butikken de kan se på det faktisk. Siste gang

også lagde vi is av frosne bær og frukt, så barna smakte på det, nå vet vi at to glass med sånne is tilsvarer sukkermengden i en lollipop, så det var både aktivitet og matprosjekt.

Almas beskrivelse viser hvor fornøyd hun var med å ha fått praktiske råd for å kunne velge sunnere matprodukter. De praktiske rådene de fikk, førte også til at barna lærte å kunne velge mellom sunne og usunne matvarer. I tillegg hadde foreldre og barn vært med på å lage sunn is av bær og frukt.

Saba og Alma var begge veldig fornøyde med undervisningene de fikk om sunt kosthold. De var svært fornøyde med de praktiske rådene knyttet til valg av sunnere matvarer. Begge syntes det var svært viktig at barna fikk opplæring i sunt kosthold, slik at de kunne velge sunnere varianter av matvarer. Alma og Saba ønsket begge at tilbudet på aktivitetsgruppen kunne videreføres. Saba forklarte det slik:

Det var veldig bra at vi fikk informasjon om aktivitetsgruppe, og vi vil gjerne at sånne tilbud for overvektige, selve overvektige barn skal fortsettes, sånn at det er et sted hvor de kan trene uten å bli mobbet, fordi det er også et problem at hvis de er på sånne aktiviteter, så de kan bli mobbet på skolen, og det har skjedd for mange barn... Så det var et bra opplegg, og jeg var veldig fornøyd med det.

Saba ønsket at tilbudet skulle videreføres, slik at overvektige barn kunne trene i et trygt miljø uten å bli utsatt for mobbing. Saba hadde erfart at overvektige barn kunne bli utsatt for mobbing når de deltok i aktiviteter sammen med normalvektige barn på skolen.

Mødrenes beskrivelser etterlater inntrykket av hvor fornøyde de har vært med tilbudet på aktivitetsgruppen. De var alle fornøyde med at tilbudet var godt tilrettelagt for at foreldre og barn sammen kunne delta på aktiviteter. De syntes opplegget var veldig variert med både inne-og uteaktiviteter. I tillegg mente mødrene at det var veldig nyttig at foreldre og barn fikk praktiske råd knyttet til valg av sunne matvarer. Mødrene beskrev alle tilbudet som en ny opplevelse.

5.8 Drøfting:

Empowerment utøves på tre nivåer, henholdsvis individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 69–70). Empowerment på gruppenivå utøves ved å samle flere brukere om gangen. Dette ikke bare for å informere om det nødvendige, men

også for å bryte isolasjonen og tabuet som ofte kan være forbundet med den situasjonen som brukere står i (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 80). Det å samle brukere i gruppe gir også en erkjennelse av at egne erfaringer ikke er enestående og private, men at flere er i samme båt (Askheim gjengitt i Løken, 2007, s. 141).

Videre er målet med gruppe at brukere som har felles vilkår oppnår en reell opplevelse av felles handling som kan skape forandring (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 80, 110). Gjennom gruppeprosessen styrkes dermed både gruppen som helhet og hver enkelt deltaker (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 80). I denne prosessen vil deltakere erkjenne sine ressurser og interesser, og hva de kan mestre. Empowerment på gruppenivå handler dermed om en aktiv prosess for å fremme deltakelse, og stole på egne krefter og ressurser. Dette gir en følelse av kontroll over eget liv, slik at man vet hvor man står og hva man vil med livet sitt videre (Løken, 2007, s. 144–151). Målet er at disse følelsene og opplevelsene skal føre til konkrete handlinger for den enkelte og gruppen (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 71).

I tråd med Lundemark Andersens et al. (2000) sin beskrivelse av tre nivåer ved empowerment-arbeidet, kan aktivitetsgruppetilbudet anses som en form for empowerment-arbeid på gruppe nivå. Deltakerne i aktivitetsgruppen er overvektige barn og deres foreldre. Deltakerne har dermed alle erfaringer med å være overvektige selv, eller med å ha overvektige barn. I dette felleskapet begynte informantene i denne studien å erkjenne sine krefter, ressurser og interesser. Erkjennelsen av gleden ved å gjøre aktiviteter sammen med barna og sammen med andre, syntes til og med ha påvirket deres syn på livet. Kaja syntes det å ha et godt liv handlet om å dele gleden ved å gjøre aktiviteter sammen i familien. Opplevelsen av mestring ved å konkurrere i lek sammen med andre og gjøre ulike aktiviteter, syntes også å ha styrket mødrene til å iverksette konkrete handlinger. Alma meldte seg selv og mannen på dansekurs. Saba begynte å gå på turer sammen med sitt overvektige barn i helgene. Kaja fortalte om hvordan hun hadde lyst til å finne på aktiviteter som hun og barna kunne gjøre sammen.

Videre har profesjonelle også en viktig rolle i gruppearbeidet. Løken (2007, s. 150) skriver at mennesker bare tør å forandre seg når de føler seg trygge. Derfor er det viktig at profesjonelle skaper trygghet for at deltakere i gruppearbeidet skal kunne utvikle seg. Profesjonelle skal også anvende kunnskapen de innehar til rådgivning av deltakere. Det er viktig at deltakere skal blir støttet, styrket og oppmuntret til å finne egne løsninger og lære å se på seg selv som en handlende og kompetent aktør (Løken, 2007, s. 150).

Mødrene opplevde alle trygghet i dette felleskapet. Alma syntes det var betryggende at hun kunne snakke om sine utfordringer med fagpersonen og få råd fra ham. Hun opplevde fagpersonen som tilgjengelig, noe som var av stor betydning for henne. Saba ønsket at tilbudet kunne fortsettes slik at barna kunne trene i et trygt miljø uten å bli utsatt for mobbing. Mødrene var også veldig fornøyde med å ha fått praktiske råd om valg av sunnere matvarer. De fortalte hvordan barna også hadde lært å skille mellom sunne, og usunne matvarer.

Mødrenes beskrivelser av erfaringer med aktivitetsgruppe kan bekrefte Lundemark Andersen et al. (2000, s. 71) som skriver:

Alle mennesker har behov for at skape sig et godt liv, og det gode livs fundament er at oppleve en sammenheng i tilværelsen, så ledes at den oppleves som meningsfull, begribelig og håndterbar.

Mødrene beskrev det å være med på aktivitetsgruppe som en ny opplevelse. Den nye opplevelsen syntes å ha beriket deres liv og gjort livet betydningsfullt. De kom seg ut og begynte med å hoppe tau, gå på turer og danse sammen med sine barn.

6 KONKLUSJON

I dette kapitlet vil jeg først oppsummere denne studiens viktigste funn ved å se tilbake på oppgavens problemstilling og teoretiske rammeverk. Deretter vil jeg med utgangspunkt i studiens funn beskrive implikasjoner for fremtidig forskning.

6.1 Avsluttende oppsummering

Omfanget av overvekt og fedme øker så sterkt at Verdens helseorganisasjon (WHO) omtaler det som en global epidemi (Klepp & Aarø, 2009, s. 219). Bekymringen over økende overvekt og fedme er knyttet til økt risiko for en lang rekke helseproblemer som diabetes type 2, hjerte- og karsykdom, høyt blodtrykk, flere typer kreft, og slitasjegikt i knær og hofter (Folkehelseinstituttet, 2012b).

Overvekt og fedme øker sterkt i de fleste aldersgrupper også i den norske befolkningen. Andelen barn med overvekt og fedme har økt fra 16 til 19 prosent i perioden 2008–2010 for begge kjønn samlet sett (Folkehelseinstituttet, 2011b). Samtidig er hjelpetilbud knyttet til overvekt og fedme svært dårlig utbygd i dag, og det er tilfeldig hvilken hjelp en får i primærhelsetjenesten (Øen, 2012, s. 293). I samtaler med helsepersonell som arbeider med barn og unge med overvekt eller fedme, fremgår det at mange synes det er vanskelig å vite hva de skal tilby familiene. De nye retningslinjene gir heller ikke noen klare meldinger om hva behandlingen og oppfølgingen skal bestå av (Øen, 2012, s. 27, 214). Oversikt og gjennomgangen av tidligere forskning viser også at det fortsatt er lite som er kjent om foreldres synspunkter og erfaringer med behandling av deres overvektige barn (kapittel. 2, denne studien).

Denne studien har dermed tatt utgangspunkt i et tverrfaglig helseopplegg som har vært et forsøk på implementering av de statlige retningslinjene. Studien hadde som formål å få kjennskap til hvordan foreldre opplevde det å delta i det helsefaglige behandlingsopplegget som hadde som mål å endre familiens mat- og aktivitetsvaner generelt, og barnets spesielt. Jeg ville særlig utforske foreldres erfaringer med å delta i det helsefaglige opplegget, og deres opplevelser av utfordringer og muligheter knyttet til endring av mat- og aktivitetsvaner i familien.

For å svare på problemstillingen har jeg intervjuet mødre til fem overvektige barn i alderen 8 – 9 år som alle har deltatt og fullført det tverrfaglige opplegge.

Mødrene i denne studien erfarte det å få beskjed om sine barns overvekt av helsepersonell veldig ulikt. Mens noen hadde ventet at en slik beskjed ville komme, og antydte at de hadde vært forberedt, hadde andre blitt overrasket. Hva mødre hadde felles var en sårbarhet knyttet til det å ha overvektige barn. Sårbarheten handlet blant annet om den kritikken de fikk av omgivelsene på grunn av sine barns overvekt. Mødrene opplevde å bli klandret og fordømt av andre for barnets vektproblem. Noen av mødre beskrev hvordan de opplevde å ikke ha fått støtte til å hjelpe barnet med vektproblemet fra helsestasjonen eller familiemedlemmer. De følte seg veldig alene i sine vurderinger om å hjelpe barnet med vektproblemet. De beskrev hvor usikre de var på om de vurderte det riktig å begrense sine barns matinntak.

Noen av mødre opplevde å bli ansett som uansvarlige foreldre av helsepersonell da de fikk beskjed om sine barns overvekt. Disse mødre opplevde å være mislykkede som foreldre og klandret seg selv for sine barns vektproblem.

Mødres opplevelser av å bli fordømt, klandret eller ikke å bli støttet, kan i lys av et empowerment-perspektiv ha påvirket deres emosjonelle energi. Dette førte til at de følte seg usikre i sin rolle som en ansvarsfull mor og at de ble usikre på om det de gjorde var riktig og rett (Starrin, 2007, s. 62). Det å anse seg selv, som en person med ressurser i stedet for å ha et negativt syn på seg selv, er viktig i en empowerment-prosess. Derfor er det viktig at fagpersoner i samarbeid med brukere skal avdekke brukernes ressurser, styrke deres selvfølelse og øke brukernes kunnskap (Lundemark Andersen et al, 2000, s. 73). Noen av mødre i denne studien beskrev hvor betryggende det var å bli bekreftet og støttet i samtale med helsepersonell på at de hadde gjort riktige vurderinger og tiltak for å hjelpe sine barn med vektproblemet. De beskrev hvordan de først etter å ha vært med på samtale med helsepersonell følte seg trygge på at de kunne begrense sine barns matinntak uten å ha dårlige følelser.

Mødres erfaringer med å ha samtaler med helsepersonell har også vært veldig ulike. Noen opplevde samtalene som behagelige og fine, mens andre opplevde settingen som vanskelig. I de behagelige samtalene hadde fagpersonen god evne til å bidra til åpenhet og oppnå kontakt med foreldrene. Fagpersonen viste medfølelse, forståelse og var aktiv under samtalen. Mødrene opplevde det som lett å kunne snakke om familiens levevaner i disse samtalene. De

opplevde å ha en respektfull samtale preget av en ikke-dømmende, støttende tilnærming fra helsepersonellet. Fagpersonen i disse samtaler ble beskrevet som veldig dyktig, engasjert og sympatisk.

Den vanskelige samtalen var preget av en ensidig kommunikasjon hvor helsepersonell var opptatt av å stille spørsmål om familiens matvaner og finne hva som var feil. Samtalen var preget av en ensidig dialog mellom mor og helsepersonell der mor opplevde å bare besvare helsepersonellets spørsmål.

I lys av et empowerment-perspektiv er kombinasjonen av den profesjonelle faglige kompetansen og personlige egenskaper det viktigste redskapet i det profesjonelle arbeidet. For å kunne jobbe med empowerment skal profesjonelle forholde seg bevisst til sine egne verdier og sitt eget menneskesyn (Lundemark Andersen et al, 2000, s. 95). De skal «avlære» troen på at de vet brukernes beste, og skifte rollen fra å være ekspert på brukernes liv til å inngå i et partnerskap med brukere. I dette partnerskapet er det viktig at profesjonelle skal prøve å avdekke brukernes ressurser i stedet for å fokusere på problemet slik noen av mødrene opplevde det i denne studien (Lundemark Andersen et al, 2000, s. 67, 158, 134).

Mødrenes beskrivelser viser også hvordan de fleste først etter å ha vært med på samtale med helsepersonell begynte å innse sine barns usunne matvaner. Det å bli bevisst på barnets usunne matvaner og erkjenne problemet syntes å ha vært viktig for at mødrene kunne starte endringsprosessen. Mødrene fortalte hvordan de deretter forsøkte å endre barnas usunne matvaner og begrense barnas matinntak.

Mødrene opplevde det å endre sine barns matvaner som utfordrende. Mødrenes beskrivelser viser hvor ambivalente de iblant var til å motstå sine barns ønsker. Ambivalensen handlet blant annet om mødrenes sterke ønske om å tilfredsstille sine barn vurdert opp mot det å hjelpe barnet med vektproblemet. Arbeidet med endringsprosessen var utfordrende og det var viktig å kunne dele erfaringer med helsepersonell og be om råd. Mødrene fortalte hvordan de kunne dele sine erfaringer med helsepersonell, og få råd og støtte underveis. Alle mødrene klarte å beskrive de konkrete endringene de hadde gjort i barnas matvaner. Noen av mødrene opplevde til og med at endringene allerede var godt implementert i hverdagen og at barna selv hadde begynt å passe kostholdet.

Mødrenes erfaringer kan belyses fra et empowerment-perspektiv der brukere gjennom dialog med profesjonelle blir involvert i en bevisstgjørende prosess og få erkjennelse i

hvilke indre og ytre forhold som påvirker deres nåværende livssituasjon (Lundemark Andersen et al., 2000, s. 75). Arbeidet med bevisstgjøring utvikler seg i en prosess hvor det skal resultere i aktive handlinger slik mødrene i denne studien også beskrev. Veien til forandring kan være svingete, og empowerment-tenkning forutsetter at den profesjonelle skal følge med på den veien brukere vil og kan gå (Lundemark Anderssen et al., 2000, s. 72, 81).

Mødrene som takket ja og tok imot aktivitetsgruppetilbudet var alle veldig fornøyde med tilbudet. Aktivitetsgruppe var et gruppebasert opplegg som var tilrettelagt for at foreldre og barn sammen kunne delta i ulike aktiviteter. Mødrene beskrev opplegget som variert, lærerikt og morsomt. De beskrev det å være aktive sammen med sine barn i felleskap med andre som en ny opplevelse. Mødrenes beskrivelser viser hvordan de etter å ha vært med på opplegget har begynt å finne på aktiviteter de kan gjøre sammen i familien. Noen foreldre syntes det er synd at det ikke er mange fritidsaktiviteter som er etablert slik at foreldre og barn kan være aktive sammen. Mødrene ønsket at aktivitetsgruppen kunne videreføres slik at barna kunne fortsette å trene i et trygt miljø hvor de ikke ble utsatt for mobbing av ikke-overvektige barn.

Det å leke og konkurrere i et trygt fellesskap med andre førte til at mødrene begynte å bli bevisste på sine muligheter og ressurser. De begynte å komme seg ut og bli med på å hoppe tau, gå på turer og danse sammen med sine barn. I tillegg var mødrene veldig fornøyde med det å få praktiske råd knyttet til valg av et sunt kosthold. Rådene syntes å være brukbare for både foreldre og barn. Mødrene anså også fagpersonens tilgjengelighet i gruppeopplegget som betryggende siden de dermed kunne få råd og veiledning underveis.

Aktivitetsgruppe kan anses som en form for empowerment-arbeid på gruppenivå. Empowerment på gruppenivå handler om en aktiv prosess for å fremme deltakelse og stole på egne krefter og ressurser. Dette gir en følelse av kontroll over eget liv, slik at man vet hvor man står og hva man vil med livet sitt videre (Løken, 2007, s. 144 – 151). Målet er at disse følelsene og opplevelsene skal føre til konkrete handlinger for den enkelte og gruppen, slik mødrene i denne studien også beskrev.

Profesjonelle i gruppearbeidet skal også anvende kunnskapen de innehar til rådgivning av deltakere. Det er viktig at deltakerne blir støttet, styrket og oppmuntret til å finne egne løsninger og lære å se på seg selv som en handlende og kompetent aktør (Løken, 2007, s.

150). Mødrene i denne studien beskrev hvordan de begynte å finne på ulike aktiviteter de kunne gjøre med sine barn etter å ha vært med på opplegget og fått ideer av fagpersonen.

6.2 Implikasjoner for fremtidige forskning

Å få kjennskap til foreldres erfaringer og synspunkter fremmer innsikt i faktorer som kan ha betydning for vellykket behandling av overvektige barn i primær- og spesialist helsetjenesten. Kjennskapen vil også bidra til utvikling av teorier om foreldres innvirkning på behandlingsresultater, og hjelpe helseprofesjonelle i deres tilnærming til familiebaserte behandlinger (Stewart et al., 2008). Videre forskning er derfor viktig for å belyse foreldres erfaringer og utvikle metoder for å forbedre arbeidet med behandling av overvektige barn.

Det er også behov for å sette søkelyset på betydningen av en empowerment-orientert tilnærming til behandling av overvektige barn. Videre forskning for å belyse foreldres erfaringer med et empowerment-orientert behandlingsopplegg er derfor viktig for å utvikle behandlingsmetoder i arbeidet med overvektige barn.

LITTERATUR LISTE

- Askheim, O. P.(2012). *Empowerment i helse- og sosial faglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P.(2007). Empowerment – ulike tilnærminger. I Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.), *Empowerment : i teori og praksis* (s. 21-33) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.) (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barlow, J., Whitlock, S., Hanson, S., Davis, H., Hunt, C., Kirkpatrick, S. & Rudolf, M. (2010). Preventing obesity at weaning: parental views about the EMPOWER programme. *Child: Care, Health And Development*, 36(6), 843-849.
doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01107.x
- Barlow, S. E. & Ohlemeyer, C. L. (2006). Parent reasons for nonreturn to a pediatric weight management program. *Clinical Pediatrics*, 45(4), 355-360.
- Campbell, M., Benton, J. M. & Werk, L. N. (2011). Parent perceptions to promote a healthier lifestyle for their obese child. *Social Work In Health Care*, 50(10), 787-800.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- Edmunds, L. D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family Practice*, 22(3), 287-292.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. & McCurley, J. (1990). Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 264(19), 2519-2523.
- Folkehelseinstituttet. (2011a). *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge- faktaark med helsestatistikk- Vekt og helse*. Hentet 08.04.2013 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6306&MainContent_6263=6464:0:25,6308&List_6212=6218:0:25,6320:1:0:0:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2011b). *Vekstdata for 8-9-åringer i 2010- Endring i andel overvektige barn*. Hentet 08.04.2013 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6261:0:25,6721&MainContent_6261=6496:0:25,6791&Content_6496=6178:90829:25,6791:0:6562:2:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2012a). *Overvekt og fedme hos voksne- faktaark med statistikk- Forebyggelse og samfunnsmessige tiltak*. Hentet 07.01.2013 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6306&MainContent_6263=6464:0:25,6307&List_6212=6218:0:25,6317:1:0:0:::0:0

- Folkehelseinstituttet. (2012b). *Overvekt og fedme hos voksne- faktaark med statistikk- Helserisiko ved overvekt og fedme*. Hentet 07.01.2013 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6306&MainContent_6263=6464:0:25,6307&List_6212=6218:0:25,6317:1:0:0:::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2012c). *Tema: Overvekt og fedme*. Hentet 11.02.2013 fra <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme>
- Golan, M. (2006). Parents as agents of change in childhood obesity--from research to practice. *International Journal Of Pediatric Obesity: IJPO: An Official Journal Of The International Association For The Study Of Obesity*, 1(2), 66-76.
- Golan, M., Kaufman, V. & Shahar, D. R. (2006). Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children. *The British Journal Of Nutrition*, 95(5), 1008-1015.
- Golan, M. & Weizman, A. (2001). Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual mode. *Journal Of Nutrition Education*, 33(2), 102-107.
- Gunnarsdottir, T., Njardvik, U., Olafsdottir, A. S., Craighead, L. W. & Bjarnason, R. (2011). The role of parental motivation in family-based treatment for childhood obesity. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19(8), 1654-1662. doi:10.1038/oby.2011.59
- Haugstvedt, K. T. S., Graff-Iversen, S., Bechensteen, B. & Hallberg, U. (2011). Parenting an overweight or obese child: a process of ambivalence. *Journal Of Child Health Care: For Professionals Working With Children In The Hospital And Community*, 15(1), 71-80. doi:10.1177/1367493510396262
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning, og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge: nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011a). *Anbefalinger*. Hentet 11.02.13 fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2011 b). *Overvekt*. Hentet 08.04.13 fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/overvekt/Sider/default.aspx>
- Jacobson, D. & Melnyk, B. M. (2012). A primary care healthy choices intervention program for overweight and obese school-age children and their parents. *Journal Of Pediatric Health Care: Official Publication Of National Association Of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 26(2), 126-138.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F. & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1187-1194.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forl.

- Klepp, K.-I. & Aarø, L. E. (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kolagotla, L. & Adams, W. (2004). Ambulatory management of childhood obesity. *Obesity Research, 12*(2), 275-283. doi:10.1038/oby.2004.35
- Koroni, M., Garagouni-Areou, F., Roussi-Vergou, C. J., Zafiropoulou, M. & Piperakis, S. M. (2009). The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite, 52*(1), 241-244. doi:10.1016/j.appet.2008.09.006
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kwapiszewski, R. M. & Lee Wallace, A. (2011). A pilot program to identify and reverse childhood obesity in a primary care clinic. *Clinical Pediatrics, 50*(7), 630-635.
- Larsen, T. & Gammersvik, Å. (red) (2012). *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- LOV 199-07-02 nr. 63: Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra: www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html.
- Lundemark Andersen, M., Brok, P. & Mathiasen, H. (2000). *Empowerment på dansk*. Frederikshavn: Dafolo.
- Løken, K. H. (2007). Lave stemme skal også høres: Hvordan lykkes med reell brukermedvirkning på psykisk helse-feltet. I Askheim, O. P. & Starrin, B. (red.), *Empowerment : i teori og praksis* (s. 140-151). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Mikhailovich, K. & Morrison, P. (2007). Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. *Journal of Child Health Care, 11*(4), 311-322.
- Nader, P. R. (1993). The role of the family in obesity prevention and treatment. *Annals Of The New York Academy Of Sciences, 699*, 147-153.
- Owen, S. E., Sharp, D. J., Shield, J. P. & Turner, K. M. (2009). Childrens' and parents' views and experiences of attending a childhood obesity clinic: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development, 10*(3), 236-244.
- Rudolf, M. (2004). Best practice. The obese child. *Archives of Disease in Childhood education, 89*, 57-62.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M. & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association, 289*(14), 1813-1819.

- Starrin, B. (2007). Empowerment som livsinnstilling- kan vi lære noe av Pippi Langsrømpe? I Askheim, O. P. & Starrin, B.(red.), *Empowerment : i teori og praksis* (s. 59-70). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A. R., Poustie, V. & Reilly, J. J. (2008). Parents' journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study. *Archives of Disease in Childhood*, 93(1), 35-39.
- Taveras, E. M., Gortmaker, S. L., Mitchell, K. F. & Gillman, M. W. (2008). Parental perceptions of overweight counseling in primary care: the roles of race/ethnicity and parent overweight. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(8), 1794-1801.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Turner, K. M., Salisbury, C. & Shield, J. P. H. (2012). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Family Practice*, 29(4), 476-481.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Goossens, L. & Mels, S. (2009). Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(3), 164-173.
doi:10.1007/s00787-008-0717-5
- Wald, E. R., Moyer, S. C. L., Eickhoff, J. & Ewing, L. J. (2011). Treating childhood obesity in primary care. *Clinical Pediatrics*, 50(11), 1010-1017.
- West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. J. & Davies, P. S. W. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research And Therapy*, 48(12), 1170-1179.
- Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge : forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforl.

VEDLEGG 1: Informasjonsbrev med samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Mitt navn er Shahrzad Arfa og er masterstudent i rehabilitering og habilitering ved Høgskolen i Oslo og Akershus og skriver masteroppgave om barn og overvekt.

Temaet for oppgaven min er livsstilsendring av overvektige barn i lys av foreldres erfaringer. Jeg skal undersøke hvilke erfaringer foreldre har gjort seg gjennom å delta i et helsefaglig behandlingsopplegg.

Formålet med studien er å få økt forståelse av hvordan det oppleves å være foreldre til barn som skal endre livsstil og belyse muligheter og utfordringer knyttet til endringsarbeidet ut fra foreldrenes erfaringer. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 5 foreldre som har deltatt i og fullført det tverrfaglige opplegget.

Jeg vil intervju foreldrene individuelt – ca 1 time beregnes på hvert intervju. Intervjuene vil tas opp på band og transkriberes.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen høsten 2013.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og leverer den til meg når jeg kommer for å intervju deg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 97 56 28 46, eller sende en e-post til shahrzadarfa@yahoo.no. Du kan også kontakte min veileder Karen Synne Groven ved Høgskolen i Oslo og Akershus (karen-synne.groven@hf.hio.no). Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).
Med vennlig hilsen

Shahrzad Arfa

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i din studie.

NAVN:

ADRESSE:

TLF.

MOBIL.

E-POST.

DATO.

STED.

UNDERSKRIFT-----
(Signert av prosjektdeltaker)

VEDLEGG 2: Intervjuguide

Del 1: Bakgrunnsspørsmål

Kan du si litt om bakgrunnen for at dere ble med i dette prosjektet?

Hvilken betydning har mat og fysisk aktivitet hatt i familien før dere ble med i prosjektet?

Hvilke erfaringer har du gjort deg som foreldre til et barn som veide mer enn det som ble anbefalt? Hvordan opplevde du det å få beskjed om barnets vektproblem fra helsepersonell?

Del 2: Erfaringer med å delta i opplegget

Hvilke erfaringer har du gjort deg med å være med som foreldre i dette opplegget?

Hvilken betydning tror du det har vært for barnet ditt å bli med i dette opplegget?

Hvilke endringer det å delta i dette opplegget har hatt for deres familie? Hvilke utfordringer vil du trekke frem?

Hvilken betydning har mat for barnet ditt og for din familie nå sammenlignet med før dere ble med i opplegget?

Hvordan erfares det å være mor/far til et barn som forventes å endre både matvaner og aktivitets vaner?

Hvilken betydning har det hatt å få veiledning av fysioterapeut? Helsesøster? Kan du fortelle episoder om dette?

Del 3: Avsluttende spørsmål

Hva tenker du om fremtiden? Hva tenker du om endringene dere er i prosessen med å gjøre når dere ikke lenger er med i opplegget?

Hvilken betydning tror du det har hatt for barnet ditt å være med på det helsefaglige opplegget?

Hvilken betydning har det vært for dere å være med på i det helsefaglige opplegget?

Kan du lese denne debatten som har vært publisert i Dagbladet om overvekt og fedme hos barn og si hva synes du om det?

VEDLEGG 3: Tilbakemelding fra REK

Side 1 av 1

Shahrzad Arfa

Fra: post@helseforskning.etikkom.no

Sendt: 9. august 2012 14:02

Til: Shahrzad Arfa

Kopi: nina.waaler@hioa.no; hilde.sylliaas@hioa.no

Emne: Sv: REK sør-øst 2012/986 Tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og fysioterapeut for å forebygge og behandle overvekt og fedme hos barn i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Vår ref.nr.: 2012/986 A

Hei

I komiteens vedtak fra 28.6.2012 heter det: "Komiteen oppfatter det omsøkte prosjektet til å være forskning på virkningen av en tiltaksmodell innen helsetjenesten. Prosjektet fremstår derfor som kvalitetssikring av tilbud i helsetjenesten som er utenfor REKs mandat." Etersom prosjektets formål faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, så gjelder det også forslag til intervju for å innhente data slik det nevnes i e-posten. Det trenges derfor ingen ny godkjenning av REK, men det må vurderes innenfor de gjeldende ordninger for helsetjenesten med hensyn til regler for taushetsplikt og personvern osv.

Med vennlig hilsen | Best regards

Jørgen Hardang

Komitéssekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845516

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>



10.08.2012

VEDLEGG 4: Svarbrev fra REK- gjelder det tverrfaglige prosjektet



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Katrine Ore	22845517	28.06.2012	2012/986/REK sør-øst A
			Deres dato:	Deres referanse:
			22.05.2012	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Merete Waage Hanssen-Bauer
Kunnskapsveien 55

2012/986 A Tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og fysioterapeut for å forebygge og behandle overvekt og fedme hos barn i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 14.06.2012.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste ledelse
Prosjektleder: Merete Waage Hanssen-Bauer

Prosjektomtale

Prosjektet er en evaluering av en tiltaksmodell for å forebygge overvekt hos barn. Modellen skal prøves ut blant 2 grupper av 8 barn. Data samles inn ved å observere barna i aktivitet, samt å intervju foreldrene om kosthold og fysisk aktivitet. Videre skal det innhentes opplysninger om barnas BMI. Studien er samtykkebasert.

Forskningsetisk vurdering

Komiteen oppfatter det omsøkte prosjektet til å være forskning på virkningen av en tiltaksmodell innen helsetjenesten. Prosjektet fremstår derfor som kvalitetssikring av tilbud i helsetjenesten som er utenfor REKs mandat.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud, og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vi gjør oppmerksom på at det for behandling av personopplysninger i prosjektet er nødvendig med tillatelse fra personvernombudet.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4A, Nydalen,
0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkorn.no
Web: <http://helseforskning.etikkorn.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen
Professor dr med
Komiteens leder

Katrine Ore
Rådgiver

Kopi til: nina.waaler@hioa.no; hilde.sylliaas@hioa.no

VEDLEGG 5: Tilbakemelding fra NSD

Skriv ut

Side 1 av 1

Emne: Prosjektnr: 30998. Tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og fysioterapeut for å forebygge og behandle overvekt og fedme hos barn i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Fra: Kjersti Håvardstun (kjersti.havardstun@nsd.uib.no)

Til: merete.hanssen-bauer@hioa.no;

Kopi: shahrzadarfa@yahoo.no; karen-synne.groven@hf.hio.no;

Dato: Fredag, 12. oktober 2012 14.39

Personvernombudet viser til endringsmelding mottatt den 10.09.12 samt påfølgende korrespondanse, og registrerer at masterstudent Shahrzad Arfa skal gjennomføre en intervjuundersøkelse av 5-6 foreldre som inngår i prosjektet. Personvernombudet forutsetter at Arfa utformer et forespørsels-/informasjonsskriv til foreldrene, som formidles foreldrene av Hanssen-Bauer. Informasjonsskrivet må inneholde følgende opplysninger, se <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke> Personvernombudet ber om å få skrevet tilsendt før det skal tas i bruk.

Vi registrerer at studentens behandling av opplysninger/masterprosjekt avsluttes høsten 2013. Personvernombudet vil rette en statushenvendelse vedrørende behandlingen i løpet av oktober 2013.

--

Vennlig hilsen
Kjersti Håvardstun
Spesialrådgiver
(Special Adviser)

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

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80
Faks: (+47) 55 58 96 50
Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no
Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

VELEGG 6: Svarbrev fra NSD- gjelder det tverrfaglige prosjekt

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Merete Waage Hanssen-Bauer
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 08.08.2012

Vår ref:30998 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.07.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30998

*Tverrfaglig samarbeid mellom helsesøster og fysioterapeut for å forebygge og behandle overvekt og fedme hos barn i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Merete Waage Hanssen-Bauer*

*Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

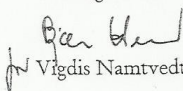
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

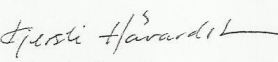
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.10.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 30998

Personvernombudet legger til grunn at helsestasjon trekker utvalget og oppretter førstegangskontakt med foreldre/foresatte.

Vi finner det reviderte informasjonsskrivet til utvalget mottatt 07.08.12 tilfredsstillende utformet.

Prosjektslutt er 15.10.13. Opplysninger om vekt og høyde journalføres. Det øvrige datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydopptak og navneliste slettes.