

Iben Akselbo

Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer

En kvalitativ studie.

Masteroppgave i Helsevitenskap

Trondheim, oktober 2009.



Forord

Ideen til denne masteroppgave oppstod på bakgrunn av flere års erfaring med kronisk syke barn og deres foreldre. Som barnesykepleier i sykehus jobber man med familien som en helhet. Foreldrene deltar i avgjørelser rundt barnets behandling og omsorg, og ofte har foreldrene et stort og krevende ansvar for å følge opp behandling hjemme etter utskrivelse. Hvordan dette oppleves for foreldre til barn med overvekt så jeg for meg som et utfordrende tema. Stigmatisering av overvektige i samfunnet og medias fokusering på underholdende og kjappe løsninger på overvekt mente jeg ville være med på å vanskeliggjøre oppfølgingen av barnet. Dette ga meg inspirasjon til en kvalitativ studie, hvor jeg ville få mulighet til å spørre foreldre om hvordan de opplever det å ha et barn med overvekt. De seks mødre som innvilget i å delta i undersøkelsen, møtte meg med stor åpenhet og flere lukket meg inn i sine hjem som gjest. Jeg vil derfor rette en takk til ”mine” mødre som har deltatt i intervjuene, dere hadde mange interessante svar og tanker dere delte med meg. Tusen takk.

For å finne informanter til denne studie fikk jeg hjelp fra St. Olavs Hospital HF. Overlege Rønnaug Ødegaard og fysioterapeut Marthe Volden på barneklubben i prosjektet ”Akkurat passe” bistod meg med å finne informanter, stor takk også til dere.

Takk til veileder Borgunn Ytterhus, ISH, NTNU som hjalp meg med å få perspektiver på oppgaven og gav konkret, nyttig veiledning underveis.

Underveis i arbeidet med masteroppgaven byttet jeg arbeidsplass og har nå ansettelse ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Her fikk jeg ansvar for videreutdanningen i barnesykepleie som startet opp igjen etter 3 års pause. Dette var en stor glede for meg, som mener denne utdanning er nødvendig for best mulig å kunne ivareta barna i sykehus. Her har mange gode kolleger og venner støttet meg med interesse, oppmuntring og gode råd, takk for det.

Ny jobb har gjort at det har vært liten tid til studier. Derfor har (nesten) alle søndager i det siste året gått til oppgaveskriving, godt hjulpet av 9 dagers permisjon helt på slutten. Derfor må jeg takke min kjære Frank for meget god støtte og tålmodighet under hele masterstudiet, for lesing av manuskripter og retting av mitt norske skriftspråk, tusen takk! Og til min datter Sandra som tålmodig har ventet på at vi igjen kan gjøre noe hyggelig sammen på søndager... takk for fint bilde til forsiden!

Sammendrag

Denne masteroppgavens hensikt er å kartlegge mødre til overvektige jenters opplevelser i møte med helsevesenet. Målet er å finne metoder som helsepersonell kan benytte for best mulig å motivere for behandling og å styrke foreldrene i deres oppfølging av barnet på sikt.

Antall barn med overvekt øker dramatisk i store deler av verden. Dette gjelder også i Norge, hvor det har det vært en bekymringsfull utvikling med økende andel overvektige både blant barn og ungdom. Samfunnets holdning til overvektige med stigmatisering og utestenging kan resultere i depresjon og lavt selvbilde. Dette kan igjen vanskeliggjøre mestring av overvektsproblemet. Behandling av overvekt hos barn har tidligere hovedsakelig lagt vekt på dietter og trening, men nyere forskning viser at det er nødvendig å involvere foreldre i behandlingsprosessen.

Det er anvendt kvalitativ metode med dybdeintervju av seks mødre til overvektige jenter, som har deltatt i et overvektsprosjekt i spesialisthelsetjenesten. I tillegg inngår både nasjonale og internasjonale studier i oppgaven. Sammen med oversikt over helsepolitiske føringer og samfunnets syn på kroppsideal legger dette grunnlaget for drøftingen i oppgaven.

Resultatene viser at behandlings- og oppfølgingstilbudet til de overvektige barna og deres familier som har deltatt i masterstudien ikke er tilfredsstillende. Mødrene opplever i liten grad psykisk og sosial støtte, og primærhelsetjenesten synes å bortprioritere oppfølging av overvektige. Barna prioriterer ikke fysisk aktivitet og har ikke lyst å delta i de etablerte tilbud som finnes. Flere av barna har opplevd mobbing og utestenging pga overvekten. Mødrene stresses av bekymringer for barnet og deres streben for å etterleve råd om sunt kosthold og aktiviteter.

Lokal oppfølging av primærhelsetjenesten med individuelle, motiverende samtaler med foreldre er et uttalt ønske fra informantene. Et langtidsperspektiv med inkludering av ”storfamilien” kan gi mødrene bedre støtte, og etablering av brukergrupper i nærmiljøet kan være en ressurs for familien. Tilbud om lokalt forankret breddeidrett, som er tilrettelagt for barn med overvekt foreslås av mødrene som en løsning for å øke barnets aktivitet.

Helsepolitiske føringer med prisreduksjon på sunne matvarer og regulering av markedsføringsbestemmelser samt overføring av oppfølging av overvektige til primærhelsetjenesten kan være elementer i bedring av omsorgen for denne gruppen av familier. Kunnskapsbygging av helsepersonell i primærhelsetjenesten, både i forhold til overvektsproblematikk og til positive mestringsteorier som styrker familiens selfefficacy (tro på å lykkes) er forslag til løsning.

Summary

The purpose of this master's thesis was to identify the experiences of mothers of overweight girls when meeting health service personnel. The aim was to find methods for health personnel to give parents more strength to follow up with their children in a longer perspective.

The numbers of overweight and obese children and youth are increasing dramatically worldwide. This prevalent problem also exists in Norway, where a larger number of children and young people are having problems with being overweight. The society's attitude towards overweight people, with stigmatisation and discrimination, can lead to depression and low self-esteem. This in turn can make it difficult to cope with the problem of being overweight. Treatment of overweight children has up till now consisted of diets and exercising, but recent research shows that it is necessary to involve the parents in the treatment process.

A qualitative method is used, with in-depth interviews of six mothers of overweight girls. The same mothers and girls are participating in an overweight project in the specialist health service. Furthermore, both national and international studies are part of this study. The thesis discusses a survey of the guidelines in health politics, and the society's views on body ideals.

The results from the interviews show that the treatment and follow-up of the overweight children and their families participating in the current master's study are not satisfactory. The mothers experience hardly any psychological or social support, and the primary health service seems not to follow-up on patients who struggle with being overweight. The children themselves do not give physical activity much attention and do not want to participate in established offers. Several children have experienced bullying and discrimination because of their weight. The mothers get stressed worrying for their children and strive to take advice on healthy diet and exercise.

Local follow-up by the primary health service with individual and motivating conversations with parents are needed from the informants of this study. A long-term perspective including the extended family may give the mothers some support, and establishing local user groups may become a resource for the family. The mothers suggest locally based exercises and sports organized for their overweight children as a way of increasing their activity.

Health political decisions, including price reductions of healthy food and regulation of ways of marketing products, together with transfer of the follow-up activities of overweight children to the primary health services may be elements of improvement of care of this group of families. Knowledge acquisition of primary health service personnel with respect to issues of weight and utilization of theories, which strengthens the family's self-efficacy, is proposed as a solution.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Summary	5
Innholdsfortegnelse	7
Kap. 1 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn og hensikt.....	9
1.2 Avgrensning og presentasjon av problemstilling	11
Begrepsavklaring.....	11
1.3 Oppgavens oppbygning.....	12
Kap. 2 Samfunn og overvekt.....	13
2.1 Forebyggende helsearbeid.....	13
Folkehelsen.....	13
Norges idrettsforbund.....	14
2.2 Stortingsmelding 16 ”Resept for et sunnere Norge”	14
2.4 Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten	16
2.5 Matpolitikk.....	18
Kap. 3 Teoretisk forankring	20
3.1 Kroppens fenomenologi	20
3.2 Kroppsforståelse i norsk kultur.	21
3.3 Holdninger til overvektsproblematikken.....	22
3.4 Albert Banduras teori om selfefficacy/ troen på egen mestringsevne.....	23
Selfefficacy.....	24
3.5 Selfefficacy og overvekt.....	25
3.6 Verbal overbevisning.	26
Kap. 4 Foreliggende forskning.....	27
4.1 Søk etter forskning	27
4.2 Psykososiale faktorer i forhold til overvekt.	27
Stigmatisering.....	27
Selvfølelse og kroppsbilde	28
Stress og evne til å takle utfordringer.....	29
Skyldfølelse og skam	30
4.3 Sosioøkonomiske forhold.....	31
Samfunnsutgifter	31
Inntekt og kulturell bakgrunn	31
Kosthold og trening.....	32
4.4 Identifisering av overvekt.....	33
4.5 Behandlingstilbud til overvektige	33
4.6 Ønsker og anbefalinger.	34
Kap. 5 Metodisk tilnærming.....	36
5.1 Valg av metode.....	36
5.2 Forskerens rolle	37
5.3 Utvalg.....	38
5.3.1 Beskrivelse av studien ”Akkurat passe” ved St. Olavs hospital.	39
5.3.2 Utvalgsbeskrivelse for de data masteroppgaven bygger på.	40
5.4 Etske overveielser/ gyldighet/ nøyaktighet	41
5.5 Beskrivelse av analysen	42
Kap. 6 Presentasjon og analyse av funn.....	44

6.2 Oppstart av behandling for barnets overvekt- egen innsats og primærhelsetjenestens engasjement.....	44
6.3 Følelser knyttet til barnets overvekt på bakgrunn av mødrenes egen erfaring. –.....	47
6.4 Mødrenes forklaringer på barnets overvekt knyttet til følelse av skyld , skam og hverdagsstressets utfordringer.....	48
6.5 Mødrenes syn på kropp og helse /mosjon og trening.....	50
6.6 Selfefficacy - mødrenes egen evne til å takle utfordringer.....	52
6.7 Mødrenes opplevelse av likeverd og samarbeid med helsevesenet.....	53
6.8 Mødrenes opplevelse av nytten av behandlingen og hvilke endringer dette har medført i familielivet. Egne tanker om god oppfølging av overvektige barn.....	54
Kap. 7 Drøfting og avslutning.....	58
Diskusjon.....	58
7.1 Holdninger til overvektige.....	59
7.2 Skolen.....	60
7.3 Primærhelsetjenesten.....	61
7.4 Usunn kost.....	63
7.5 Hva er det mødrene opplever som virker helsefremmende og støttende i forhold til overvekt hos deres barn?.....	66
7.6 Helhetlig oppfølging.....	67
7.7 Likemannsarbeid.....	70
7.8 Lokale tiltak.....	71
7.9 Studiens begrensninger.....	72
Kapittel 8 Oppsummering og konklusjon.....	74
8.1 Oppsummering.....	74
8.2 Konklusjon.....	77
Referanseliste.....	78

Kap. 1 Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt

Antallet barn med overvekt øker dramatisk i store deler av verden (Ebbeling, Pawlak og Ludwig, 2002). Dette gjelder også i Norge, hvor det har det vært en bekymringsfull utvikling med økende andel overvektige både blant barn og ungdom (Andersen, Lillegaard, Overby, Lytle, Klepp og Johansson, 2005). Overvekt kan gi en lang rekke fysiske plager, både i forhold til å kunne bevege seg, men også etter hvert i forhold til å utføre personlig hygiene og kle på seg. Utover dette kan overvekten medføre mange sykdommer som for eksempel diabetes, metabolsk syndrom, hjerte-kar sykdommer, kreft i tykktarm, livmorhals, bryst samt leddskader i kne og hofte (Nilsen, Johansen og Nielsen, 2003, Ødegård et al, 2007).

Man har tidligere vært noe tilbakeholden med å starte vektreduksjon hos barn fordi man mente at dette var ”valpefett”, noe barnet ville vokse av seg. Imidlertid ser det ut som at det kan være vanskelig å oppnå normalvekt hvis du først er overvektig som barn (Dietz, 1998). I tillegg har mange barn med overvekt foreldre som selv er overvektige. Barn under 10 år med foreldre som er overvektige har betydelig økt risiko for å utvikle overvekt/ fedme (Helsedirektoratet, 2000).

Overvektige behandles i dag nesten utelukkende med kontrollveier, medisin, veiledning i sunn kost, resept på mosjon eller tilbud om operasjon. De psykologiske årsaker til overvekten tas det i liten grad hensyn til. Selvkontroll er en dyd, dels som et grunnleggende behov for at vi alle skal kunne være her, dels for å styrke tidens illusjon om å være uavhengig av andre. Det ikke å kunne styre sin spising og dermed sin vekt ses på som umoralsk. I dagens individualiserte samfunn mener mange at enhver kan få suksess, bare man gjør de riktige tingene. Dette kan kanskje være en årsak til at studier viser at halvparten av piker på 15 år føler de er overvektige, og halvparten engasjerer seg i vektkontroll. Ca 90 % av de overvektige pikene skammer seg over sin vekt og 70 % mener de vil få flere venner om de slanker seg (Lassen, 2008).

Viktige utfordringer er om dagens behandlingstilbud til overvektige barn og deres familier er hensiktsmessige. I hvor stor grad ivaretas hele familien, og blir enkeltmennesket møtt helhetlig og på en støttende måte? Å ha et overvektig barn kan gi skyldfølelse hos foreldrene, og det kan oppleves som vanskelig å få profesjonell hjelp til behandling av barnet (Edmunds,

2005). Den amerikanske psykolog Albert Bandura anvender teorien om "Selfefficacy" til å beskrive og analysere hvordan et menneskes forventning til seg selv og egen evne til å lykkes vil påvirke hva vi begir oss inn på, og hvor stor energi vi legger i å gjennomføre et prosjekt. Desto bedre tro på egen kompetanse, desto mer energi. Oppmuntring og støtte vil bidra til at man får større tiltro til seg selv (økt selfefficacy) og egen evne til å klare oppgaver (Bandura, 1997).

Hensikten med studien er å kartlegge hvordan mødre til overvektige jenter opplever møtet med helsetjenesten. Dette for å finne metoder som helsepersonell kan benytte for best mulig å motivere for behandling og styrke foreldrene i deres oppfølging av barnet på sikt.

Helsepolitiske føringer for forebygging og behandling av overvekt hos barn har tidligere hovedsakelig lagt vekt på dietter og trening. Nyere forskning viser at det er nødvendig å involvere foreldrene i behandlingsprosessen (McLean, Griffin, Toney, og Hardeman, 2003). Imidlertid kan foreldre oppleve at behandlingen i liten grad involverer livet utenfor klinikken og at den varer for kort tid (Stewart, Chapple, Hughes, Poustie og Reilly, 2008).

Som regel er det mange årsaker til overvekt, og ofte er det en kombinasjon av fysiske, psykiske og sosiale forhold. Personer med overvekt/fedme kan ofte ha psykososiale problemer. I mange tilfeller er deres livskvalitet lavere enn for pasienter med andre alvorlige, kroniske sykdommer. Fordommer vedrørende fedme, som kan lede til nedsettende og fordømmende oppførsel, resulterer ofte i store personlige lidelser og skyldfølelse (Nilsen, 2003). En myte som kan finnes både hos helsepersonell og den generelle befolkning er at fedme er et resultat av latskap og mangel på selvkontroll. Negative holdninger fra helsepersonell kan forhindre god helsefaglig behandling av overvektige pasienter (Tao og Glazer, 2005).

Gjennom analyse av intervju av mødre ønsker jeg å frembringe økt kunnskap ved å avdekke kategorier eller sosiale mønstre, som kan vise hvordan familien opplever overvektsproblematikken. Dermed kan dette bidra til å gi helsepersonell best mulig forutsetninger for å imøtekomme foreldres behov i forhold til oppfølging av barnet og familien.

1.2 Avgrensning og presentasjon av problemstilling

Denne oppgaven baserer seg på en kvalitativ intervjuundersøkelse av 6 mødre til overvektige jenter mellom 7- 12 år som har deltatt i et overvektsprosjekt ved St. Olavs Hospital.

Problemområdet ønsker å ta opp mødres opplevelser i møtet med helsetjenesten når de har et overvektig barn.

Problemstillingen lyder:

Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

Forskningsspørsmål:

- 1: hvordan føler mødrene de får forståelse og hva er det som oppleves som helsefremmende?
- 2: hva skal til for at familien fortsetter med helsefremmende atferd?
- 2: Hadde mødrene tro på at de vil lykkes med oppfølgingen av deres barn- og støtter oppfølgingen fra helsevesenet deres tro på å lykkes?

Begrepsavklaring.

En utfordring i oppgaven har vært bruken av ordet ”overvekt” kontra ordet ”fedme”. I den engelske litteraturen som er anvendt underveis er ”obesity” et ofte brukt begrep. Dette oversettes direkte som ”fedme” i det nettbaserte oversettelsesprogrammet ”Clue”, mens ”overweight” av Dalton (2004) defineres som værende en mildere grad av dette. I ”Bokmålsordboka” er begrepet ”å være overvektig” forklart som å være ”en som veier for mye”(Bokmålsordboka, 2006). Fordi ordet ”fedme” kan oppfattes som nedsettende og stigmatiserende er ordet ”overvekt” brukt mest mulig i oppgaven, med noen få unntak

I tidsskrift for den norske legeforening er WHO's klassifikasjon av vektavvik gjengitt på norsk: ”Verdens helseorganisasjon (WHO) har etablert følgende grenseverdier av kroppsmasseindeks (KMI – på engelsk: body mass index; BMI) for vektavvik: Undervektig < 18,5, normalvektig 18,5–24,99, overvektig \geq 25–30, fet \geq 30”(Waalder, 2007). BMI beskrives som en aldersavhengig størrelse, derfor er det utarbeidet aldersjusterte verdier, såkalte iso-BMI- verdier (Cole et al, 2000). Tabell over dette vises i vedlegg 1.

1.3 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 presenterer bakgrunn for oppgaven, hensikt, avgrensning, begrepsavklaring og problemstilling for oppgaven med forskningsspørsmål.

I kapittel 2 beskrives historisk oppbygging av folkehelse i Norge. Deretter presenteres aktuelle statlige føringer for forebyggende helse. Resultater fra en forbrukerrapport i forhold til dagens matpolitikk er presentert for å gi et inntrykk av befolkningens holdninger til sunn og usunn mat.

Kapittel 3 inneholder presentasjon av teorier innen kroppsforståelse og mestring som er relevante i forhold til problemstillingen.

Kapittel 4 inneholder foreliggende forskning innen overvekt hos barn og foreldres oppfattelser og opplevelser. Her er resultatet av litteratursøk delt opp etter tema som psykososiale faktorer, sosioøkonomiske forhold, identifisering av overvekt, behandlingstilbud og ønsker og anbefalinger.

I kapittel 5 presenteres metodisk tilnærming. Valg av metode begrunnes og forskerens rolle, egen bakgrunn og forforståelse gjennomgås. Deretter presenteres utvalg og den studie som utvalget er valgt fra. Etske overveielser med metodekritikk og gyldighet og nøyaktighet drøftes her. Beskrivelse av analysen presenteres også her.

I kapittel 6 har jeg valgt å ha både presentasjon av funn og diskutere disse i forhold til forskning samtidig. Det vil si at mødrenes utsagn diskuteres opp mot tidligere presentert forskning og teori og enkelte nye elementer tas også med her.

Kapittel 7 inneholder en drøfting av problemstillingen, oppsummering samt konklusjon.

Kap. 2 Samfunn og overvekt

I dette kapittel gjennomgås den historiske utvikling av forebyggende helsearbeid i Norge. Herunder kommer statlige føringer for hvordan samfunnet må legge til rette for et sunt kosthold, trening og oppfølging av overvektige innen helsevesenet. Resultater fra en undersøkelse av befolkningens holdning til dagens matpolitikk beskrives også her.

2.1 Forebyggende helsearbeid

Folkehelsen

Da sosialmedisinen i Norge vokste frem mente man at hovedårsaken til lav levealder og stor grad av sykdommer var knyttet til arbeidsplasser med manglende hygieniske forhold, underernæring, trangboddhet, lange vakter, skiftarbeid osv. (Elstad, 2005). «Den industrielle revolusjon hadde skapt desperate helseforhold for en stor del av den nye arbeiderklasse», skrev Karl Evang (Evang, 1974. s.55). Legen Karl Evang (1902-1981) grunnla sammen med nære medarbeidere den offentlige helsesektoren i Norge. Han var i mange år helsedirektør i Norge fram til 1972 (NTM, 2003). Evang oppfattet mennesket som bestående av en treenighet, hvori inngikk begrepene *fysisk, psykisk og sosialt*. Folkehelsen måtte bygge på en bred sosialmedisinsk forståelse av hva helse er. Dette menneskesyn ble grunnlaget for den norske velferdsstats helsevesen (Siv Frøydis Berg, 2002). Etter andre verdenskrig startet Evang og hans medarbeidere oppbyggingen av den offentlige helsesektor, som baserte seg på at den enkeltes helse skulle være statens ansvar. Helsetilbudet skulle være likt for alle og ikke være avhengig av inntekt, status eller bosted (NTM, 2003).

Imidlertid skjedde det, samtidig med at den tradisjonelle fattigdommen og farene i arbeidslivet forsvant, et paradigmeskifte på midten av 1900- tallet i tenkningen rundt helseulikheter i befolkningen. Man så at helseplagene økte trinnvis nedover i hierarkiet, og fra 1970- tallet mente man at det var individets atferd som var det viktigste når det gjaldt sosioøkonomiske helseulikheter. Etter hvert oppfattet man spesielle vaner, handlemåter og forbruk som en hovedårsak til de sykdommene som sto for flertallet av dødsfallene: kreft, hjerte- og kar sykdommer. Derav kom uttrykket "livsstilsykdommer". Søkelyset ble rettet mot helserelatert atferd som røyking, kosthold og mosjon. Imidlertid kan dette gjennombrudd for livsstilsykdommer ha en politisk bakgrunn ; et svar på det som da (som nå) ble regnet som helsevesenets krise – at etterspørselen etter helsetjenester økte tross bedringene i folkehelsen.

Ideen om å kreve at folk flest selv passet på helsen sin var nærliggende, for dette ville kunne lette presset på de offentlige helsetjenestene. Det kom et oppsving i individualistiske tenkemåter, som fremhevet individets uavhengighet og ansvar og la mindre vekt på sosiale årsaker. De som nå ble rammet av dårlig helse var ikke lenger ofre for samfunnets struktur, men individer med dårlig oppførsel. Snart fikk helsekampanjer mot usunne levevaner en dominerende rolle (Elstad, 2005).

Norges idrettsforbund

Samtidig som sosialmedisinen utviklet seg ble også folkeidretten mer og mer omfattende og en del av folks hverdag. For å bedre befolkningens helsetilstand oppstod det allerede i midten av 1800-tallet den første landsomfattende idrettsorganisasjon i Norge. Den ble dannet for å styrke den norske befolknings fysikk i forhold til yteevne i forbindelse med forsvar av den norske stat. Norge ble påvirket av blant annet Tyskland og England, og etter hvert la man vekt på spesialisering og målbare prestasjoner. Nye idretter som fotball, tennis og sykling ble populære. Etter 2. verdenskrig ble Norges Idrettsforbund (NIF) offisielt stiftet i 1946 (Geir Thorsnæs, 2009). I dag er en stor del av Norges befolkning medlem av Norges idrettsforbund. De siste årene har det vært en sterk vekst i medlemstallene for aldersgruppen 6 – 12 år, som er ca 1/3 del av medlemsmassen. Ifølge forbundet begynner de fleste som trener og konkurrerer i idrettslag når de er mellom 6 og 7 år. Undersøkelser viser at barn som deltar i organisert idrett trives godt (Ingrid Tollånes mfl., 2007). Norges idrettsforbund har som slagord for idrettspolitikken i perioden 2007- 2010: ”En åpen og inkluderende idrett”. Her ønsker forbundet å:

- Gi flere barn, ungdom og voksne et bedre tilbud.
- Prioritere grupper som ikke finner seg godt nok til rette i idrettslagene.
- Vise respekt for menneskeverdet og sikre like muligheter for vekst og utvikling.
- Øke det frivillige engasjement og den lokale verdiskaping.

(NIF 2007)

2.2 Stortingsmelding 16 ”Resept for et sunnere Norge”

Den norske regjeringen 2001- 2005, en mindretallsregjering bestående av Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ønsket i sin regjeringsperiode å sette nye mål for folkehelsepolitikken i landet. Dette skyldtes at man mente at endrede utviklingstrekk i samfunnet ga nye helseutfordringer. Eksempler på dette var økt globalisering, flerkulturelt samfunn, krevende

arbeidsliv og rusproblematikk. WHO viste at en tredel av den samlede sykdomsbyrden i industrialiserte land skyldes de fem risikofaktorene tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt. På bakgrunn av dette ble Stortingsmelding 16(2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge” utarbeidet. Den omhandler forhold som bidrar til å skape helseproblemer, eller som bidrar til å motvirke sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003).

I ”Resept for et sunnere Norge” omhandles temaet ”Sunne livsstilsvalg”. Her registreres det at livsstil og helseatferd er gjensidig avhengig av sosial status. Grupper med lavere sosial status har størst grad av inaktive, menn er mer aktive enn kvinner og graden av aktivitet avtar med alderen. For å bedre dette presiseres det i meldingen at :”allsidig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene er nødvendig for god helse i oppveksten, for å beskytte mot sykdomsutvikling og plager senere i livet og for å etablere regelmessige aktivitetsvaner som gir varig aktivitetslyst og aktivitetsglede” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003). Ifølge meldingen er barns hverdag styrt av voksne med mindre tid til fri lek, samtidig som ett av fire norske barn hver dag bruker mer enn 4 timer foran data og tv skjermer:

I konkurranse med dataspill og andre innesittende fritidssysler er det særlig viktig å skape alternative attraktive tilbud og aktiviteter for barn og unge. Vi trenger arenaer for egenorganiserte aktiviteter og sosial lek. Våre fysiske omgivelser bør innby til bevegelse, lek og aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003, Punkt 4.1.”Folk i bevegelse”).

Stortingsmeldingen foreslår en strategi som inneholder tiltak som skal påvirke den enkeltes holdninger og atferd. Dette skal skje gjennom generell opplysning, veiledning i helsetjenestene, lavterskeltilbud og muligheter for organisert og egenorganisert fysisk aktivitet i nærmiljøet og på arbeidsplassen. Det skal gjøres lettere for alle å velge en aktiv livsstil og å inkludere fysisk aktivitet i daglige rutiner. ”Det betyr at tilrettelegging og tiltak må ha perspektiv på «24-timersmennesket» og på hele livsløpet” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003, punkt 4.1 ”Folk i bevegelse”).

Også aktivt ute- og friluftsliv vektlegges i dagliglivet. Her viser det seg at personer med høyere utdanning trener oftere enn personer med lav utdanning, og barn som har foreldre med

høy utdanning, trener oftere enn barn som har foreldre med lav utdanning. I forhold til ernæring så må befolkningens kosthold endres ved å redusere inntaket av fett og øke forbruket av grønnsaker og frukt i alle grupper i befolkningen. Personer med høy utdanning har høyere inntak av grønnsaker og frukt og lavere inntak av søtsaker, snacks og leskedrikker enn de med kortere utdanning. Da overvekt og hjerteinfarkt er vanligst blant grupper med lav sosial status, vil tiltak for et sunnere kosthold hos utsatte grupper bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Et sentralt tiltak er at skole og barnehage skal fremme et sunt kosthold gjennom for eksempel å tilby melk, frukt og grønnsaker, og det skal satses på kvalitet og reduksjon av prisen på frukt og grønnsaker til skolene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003)

2.4 Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten

I mai 2006 oppnevnte Helsedirektoratet en ekstern arbeidsgruppe som skulle utarbeide retningslinjer for forebygging, vurdering og behandling av overvekt og fedme, rettet mot primærhelsetjenesten. Arbeidsgruppen utarbeidet utkast relatert både til barn, unge og voksne som var sendt på ekstern høring med frist 31.12.2008. Høringsutkastet er ennå ikke ferdigbehandlet. Det er ønskelig at retningslinjene skal gi tydelige føringer for helsetjenesten og bidra til at hele befolkningen får et likeverdig tjenestetilbud av god kvalitet. I utkastet relatert til overvektige voksne uttales det at en:

...helsepolitisk holdningsendring i forhold til overvektepidemien er underveis, med løsninger som retter seg både mot samfunnsstruktur og individ. ...Samfunnet må legge forholdene til rette slik at sunne valg blir minste motstands vei og enkle valg – for alle. Fokus må flyttes fra skam til mestring (Helsedirektoratet, 2008a).

I retningslinjene til overvektig barn og ungdom omhandles psykososiale og sosioøkonomiske faktorer til overvekt og fedme:

Utvikling av overvekt og fedme kan ha sammenheng med oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold, reaksjoner og opplevelser. Mobbing, traumer, overgrep og nederlagsfølelser kan gi psykologiske belastninger som igjen kan føre til forstyrret spising og overvekt (Helsedirektoratet, 2008b).

Det beskrives i retningslinjene at det er en klar sammenheng mellom overvekt og sosioøkonomiske forhold; spesielt for kvinner. I helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 var det lavest andel med fedme blant kvinner i høyeste utdanningsgruppe, mens det for menn ikke var like tydelige forskjeller etter utdanning (Helsedirektoratet, 2008a).

Det poengteres at stigmatiseringen overvektige barn og unge utsettes for fra venner, foreldre, lærere og andre har store psykologiske, sosiale og helserelevante konsekvenser for den enkelte, og at overvektsutviklingen kan forsterkes av slike forhold. Nedsatt psykososial fungering er mest fremtredende hos overvektige eldre jenter. Det å bli ertet på grunn av vekt og kropp som barn har også en negativ effekt på kroppsbilde og selvfølelse i voksen alder Derfor presiseres det at behandling ikke utelukkende skal handle om vektkontroll, men også ha som mål å bedre barnets kroppsbilde og selvfølelse (Helsedirektoratet, 2008b).

I retningslinjene legges det vekt på at samfunnet har ansvar for tilrettelegging av forhold som kan fremme sunt kosthold og økt fysisk aktivitet. Her nevnes det at Nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) ”*Sammen for fysisk aktivitet*” og Handlingsplan for bedre kosthold (2007-2011) ”*Oppskrift for et sunnere kosthold*” foreslår en rekke konkrete tiltak som skal fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold i befolkningen (Helsedirektoratet, 2008a).

Det presiseres at fastlegen har et særlig ansvar i påvirkning av pasientens helseatferd. Fastlegen har ansvar for forebygging av overvekt for risikopersoner og individuelt tilrettelagt behandling og oppfølging. Retningslinjene understreker at for å kunne motivere pasienter, må legen selv ha tro på opplegget og tillit til at pasienten kan mestre utfordringene:

Det kan også være nyttig at legen reflekterer over sine egne holdninger til overvekt og fedme. Pasienter opplever fordomsfulle holdninger også fra helsepersonell, noe som er et dårlig utgangspunkt for respektfull samarbeid når fokus skal flyttes fra skam til mestring (Helsedirektoratet, 2008a).

Retningslinjene anbefaler langtidsoppfølging, til tider livslang oppfølging, da mange av pasientene opplever tilbakefall eller manglende måloppnåelse. Realistiske mål og strukturert mestringsstøtte er viktige forutsetninger for at fastlegen skal kunne bidra med faglig forsvarlig hjelp til denne pasientgruppen. Det foreslås en strukturert oppfølging på samme måte som for

pasienter med diabetes eller hypertensjon, som kan bidra til å styrke pasientens tro på egne krefter(Helsedirektoratet, 2008a).

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* ønsker koalisjonsregjeringen bestående av Sosialistisk venstreparti, Senterpartiet og Arbeiderpartiet, å: "... bli flinkere til å styre de nye pengene som kommer inn i helsetjenesten"(Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, forord). Slagordet "Rett behandling – på rett sted – til rett tid" viser til at det i større grad enn tidligere skal satses på forbygging i stedet for reparasjon. Det skal sørges for en økonomisk oppbygging av kommunene slik at de i større grad skal kunne ivareta borgernes helsebehov lokalt. Helsestasjoner og skolehelsetjenesten er et av satsningsområdene, hvor det ønskes et større: "...helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig samarbeid." (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s.29) I tillegg ønsker man å heve kompetansen innen for eksempel ernæring og samfunnsmedisin. Man vil bedre legetjenesten ved å gi økt innsats til prioriterte grupper på fastlegenes lister og det vil bli en sterkere kommunal styring av legenes oppgaver...." for å sikre at legens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer." (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s.31)

2.5 Matpolitikk

På bakgrunn av at det i Norge er et stigende marked for matprodukter og måltider som er spiseklare og kan inntas utenfor hjemmet utførte Helsedirektoratet i 2009 en kostholdsundersøkelse "Mat i farten". Her ønsket man å se på nordmenns hurtigmatvaner og hvilke muligheter og begrensninger som møter forbrukerne i valg av mat og drikke i det offentlige rom. De dominerende produktene i dette markedet er pølser, pizza, hamburgere, pommefrites samt fine og søte bakervarer. Man ønsket å se å se nærmere på muligheten for å innføre nye og sunnere spisekonsepter i dette markedet (Bugge, Lillebø og Lavik 2009) .

Knap halvparten av de spurte forbrukere - langt flere med lav utdanning enn med høy utdanning - mente det var for mye fokus på folks mat- og spisevaner i offentligheten, og at myndighetene ikke burde blande seg opp i enkeltmenneskers mat og spisevaner. 86 prosent var helt eller delvis enig i utsagnet; "Det er den enkeltes ansvar å spise sunt." Mange ga imidlertid uttrykk for at det var vanskelig å foreta helseriktige valg, at det er for mange steder som selger usunn mat, og at dette en viktig årsak til den økte forekomsten av overvekt og

fedme. De fleste mente at usunn mat ikke burde selges der barn og unge ferdes (for eksempel idrettshaller, svømmehaller, stevner og lignende). Kvinner, folk bosatt i Oslo og folk med høy utdanning var generelt mer opptatt av de strukturelle begrensningene for å foreta helseriktige valg enn de andre gruppene i undersøkelsen (Bugge, Lillebø og Lavik, 2009) .

I forhold til priser på matvarer mente de fleste at de sunnere alternativene burde bli rimeligere og nesten alle ønsket å fjerne merverdiavgiften på frukt og grønnsaker. Færre foreslo at fete og søte produkter burde bli dyrere. Kvinner var mer positive til alle disse endringene enn menn og ungdom. Folk med lav utdanning var mer negative til å øke prisen på usunn mat og drikke enn de andre sosiale gruppene (Bugge, Lillebø og Lavik, 2009).

Mange av forbrukerne mente det burde innføres sunnhetsmerking (for eksempel ”nøkkelhull”) av hurtigmatmenyer. En mindre del av forbrukerne mente markedsføring og reklame for hurtigmat med høyt innhold av fett og sukker burde forbys. Kvinner var mer positive til alle disse tiltakene enn menn (Bugge, Lillebø og Lavik, 2009)

Kap. 3 Teoretisk forankring

Dagens overdrevne kroppsfokusering betyr at man reduserer kroppen til en gjenstand for manipulasjon. Presset på den enkeltes følelse av selvverd øker i dagens samfunn hvor vi via mediene presenteres for både en glamorøs verden av filmstjerner og musikk idoler og for holdningen ”man kan hva man vil”. ”Jeget” blir derfor mer følsom overfor motgang for her kan alle få suksess om bare man gjør det riktige. Man skal være glansfull og glitrende og ”på” hele tiden. I stedet for jantelovens ”Du skal ikke tro du er noe” så er det nå ” du skal tro du er bedre enn de andre”. Selvoppfatning uttrykker vår relasjon til oss selv og har konsekvenser for vårt forhold til andre mennesker og den kulturen vi lever i (Lassen, 2008, Duesund, 2003). Disse dominerende holdninger til kropp og aksept er momenter som møter foreldre og barn i deres daglige liv. Dette er bakgrunn for følgende teoretiske gjennomgang av kroppsforståelse.

3.1 Kroppens fenomenologi

Filosofen Rene Descartes (1596-1650) har gitt den vestlige kultur en dualistisk forståelse av kroppen. Denne dualisme splitter mennesket i tanke og kropp, det ”fysiske” og det ”psykiske”. En konsekvens av dette var at kroppen ble oppfattet som et instrument som skal holdes ved like, og denne oppfattelse har hatt stor innflytelse på fagområder som for eksempel medisin og filosofi. Dette kan gjøre at helsepersonell kan få et mekanistisk forhold til menneskekroppen. For eksempel har det vært en tendens til at det ikke må tillates noen form for psykologisk tolkning av en smerte eller et kroppslig fenomen før alle fysiske årsaker er utelukket. Nåtidens kroppsfiksering adskiller fortsatt tanken fra kroppen ved at man objektiviserer kroppen, gjør den til noe som skal holdes ved like og endres på (Engelsrud 2006, Duesund, 1995).

Som en kontrast til dette står en annen ideologi om kroppen, fenomenologien med Maurice Merleau- Pontys (1908-1961) tanker om den levde kroppen. Her hevder han at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Følelser vises i kroppen, og kropp og sjel henger sammen. (Engelsrud 2006). Merleau- Ponty mener at kroppen må oppfattes som en helhet, som opplever omverdenen gjennom våre sanser. Vi reflekterer over sansenes erfaringer som gir oss vår identitet som mennesker, Dette gjør at vi *er* våre kropper i stedet for at vi *har* våre kropper. I den tradisjonelle medisinen studerer man for eksempel anatomien og fysiologien i et øye. Imidlertid gir dette ikke noen forklaring på hva det vil si å *kunne se*. Dette trenger en

annen kroppsforståelse, som Merleau- Ponty uttrykker gjennom begrepet ”den levde kroppen” eller ”den fenomenale kroppen”. Kroppen er i et kontinuerlig samspill og dialog med omverdenen. Vi erfarer gjennom vår kropp før vi analyserer erfaringen. I forhold til barn kan dette betyde at vi f.eks. ikke skal presentere de sunnhetsmessige fordeler ved trening og løping før eller samtidig med at disse aktiviteter foregår, eller foredra om middagens ernæringsmessige innhold før eller under måltidet. Dette kan ødelegge både appetitten og lysten til å utfolde seg fysisk (Duesund, 2003).

Merleau- Ponty understreker viktigheten av å opprettholde forbindelsen mellom den fenomenale kroppen og objekt kroppen. Kroppen er på samme tid subjekt og objekt, vi ser og blir sett. Når vi reflekterer over kroppen vil den fremstå som et objekt, og dette kan true vår oppfattelse av helheten som kroppen er. Sirkularitet er her et sentralt begrep, du kan ta i din høyre arm med din venstre arm. Gripe og bli grepet. Vi kan være objekter for oss selv og reflektere over oss selv (Duesund, 1995). Duesund beskriver og tolker Merleau – Ponty slik at det er i samspill med andre at vi ledes inn på den objektive, fysiske kroppen. Vi ser oss selv med andres blikk, og dette kan være både nyttig og positivt for eksempel for å lette kommunikasjonen mellom lege og pasient. Men kjenner ikke legen pasientens hjemmeforhold, vaner og arbeidsmiljø kan det lett stilles feildiagnoser. Pasientens emosjonelle tilstand, selvoppfatning og holdning til sin sykdom er av stor betydning for den diagnosen som blir stilt. Og pasientens egen tro på behandlingen er også en viktig faktor for helbredelse (Duesund, 2003).

3.2 Kroppsforståelse i norsk kultur.

Engelsrud (2006) viser hvordan kroppsforståelse avspeiler seg i det norske språk gjennom ordspill og formuleringer som ”mot i brystet, vett i pannen, stål i ben og armer” og ” en sunn sjel i et sunt legeme”. Å sitte med hendene i fanget eller være uvirksom er ikke bra. En sunn sjel i et sunt legeme er blitt idealet med høy nasjonal status. Å legge seg på sofaen etter å ha trent går an, men fenomener som å kunne sette seg ned å slappe av skal være fortjent, kroppen skal først være flink. Også i dannelse av den norske stat og nasjon er kroppen viktig gjennom prestasjoner i ulike idretter. Når idrettsfolk vinner medaljer er det ”vi” som nasjon som har vunnet. Dette er med på å opprettholde forståelsen av kroppen som prestasjonsobjekt.

3.3 Holdninger til overvektsproblematikken.

I boka "Humanistisk sykdomslære" (2007) beskriver Engelsrud og Rugseth hvordan forbedring og forandring i forhold til ens egen kropp ser ut til å være i tiden. Det å trene kommer opp som tema i tider med store samfunnsmessige endringer. Men holdningene er delte, mange mener at samtidens fokus på kropp og helse er skadelig og kroppen trenger å få fred, mens andre mener at befolkningen tenker for lite på helsen og lager oppslag om at vi stadig blir tykkere og slappere.

2000- årsskiftet var preget av et samfunn i endring: fra kollektivismen til markedstenkning og individualisme. Allerede på 1980 tallet begynte fremtidstroen å falle sammen og i stedet kom trusselsbildene. Massemediene ble svært opptatt av sykdommer som aids, streptokokker, klamydia, herpesvirus og unormale trøtthetstilstander. Og som svar på dette oppstod nye diagnoser som fibromyalgi, kronisk trøtthetssyndrom, utbrenthet og panikkangst. Anoreksi og bulimi ødela for kvinnefrigjøringens nye kvinneideal. Det tidligere bråket og uoppdragne barn fikk diagnoser som MBD, DAMP og ADHD eller Asperger. Et historisk perspektiv viser at diagnoser fødes, gjør karriere og dør, og i et fremtidsperspektiv utpekes for eksempel kjedsomhet, apati, ensomhet osv. som tenkelige diagnoser (Engelsrud og Rugseth, 2007).

Landsforeningen for overvektige i Norge arbeider for å få overvekt /fedme definert med en diagnose som en kronisk lidelse, da dette vil kunne utløse trygderettigheter og gi rett til sykemelding. Imidlertid gir overvektige enkeltpersoner uttrykk for en viss usikkerhet når det gjelder det å få en sykdomsdiagnose. Det er langt viktigere å bli tatt på alvor enn å få en diagnose, og mange overvektige føler seg mistrodd og mistenkeliggjort i møtet med helsepersonell (Rugseth, 2004). Som en motvekt til ønsket om diagnose er det i USA dannet et miljø som kaller seg *Fat Activists*, som har som mål å hindre diskriminering av tykke personer. De stiller, støttet av forskningsmiljøer i USA og Australia, spørsmålsteget ved de antakelser om overvektige som mye forskning viser til, som for eksempel: Er det en større helserisiko å slanke seg enn å være stabilt tykk? (Engelsrud, 2006). Overvektige kan bli syke om de ikke kommer ut av stadige forsøk på å slanke seg og stabil vekt er derfor viktigere mål for behandling enn vektreduksjon (Campus 2004, Byrne mfl. 2003, Wickelgreen 1998). *Fat Activists* snur problemstillinger på hodet og gir et annet perspektiv på overvektige: Det er noe galt med et samfunn som ikke tåler fett. Deres bidrag hjelper til å innse at den helsepolitiske diskurs bare er en av flere måter å forstå kropp og vekt på (Engelsrud, 2006).

I forhold til helserisikoen ved gjentatte slankingsforsøk viser internasjonal forskning at folk i løpet av de første fem årene etter vektreduksjon igjen går opp i vekt, ofte mer enn det som var utgangsvekten. Gjentatte forsøk på vektreduksjon kan gi motsatt resultat, og voksne overvektige forteller ofte om en lang karriere som jo-jo- slankere (Fairburn og Brownell, 2002, Curioni og Lourenco, 2005, Sosial- og helsedirektoratet, 2004, Byrne et al.,2003). Dette mener Engelsrud kan gi grunnlag for å spørre seg selv om slanking kan ha betydning for å utvikle overvekt? Hun beskriver en undersøkelse i *Pediatrics* som viste at unge som slanket seg, etter 4 år hadde lagt på seg mer enn de som aldri hadde forsøkt å gå ned i vekt. Analyser i Cochrane viser at "... det ikke finnes vitenskapelig dokumentasjon for at forebygging eller behandling av barns og voksnes fedme har noen varig effekt" (Engelsrud, 2006, s. 143). Engelsrud henviser også til professor i ernæring, Kaare Norum, sin kronikk i Aftensposten "Europeerne blir stadig fetere" i 2005, hvor han gir uttrykk for at behandling av fedme gir skuffende resultater. Ofte varer vektreduksjonen ikke lenge, og når vekten kommer tilbake er det ofte med økt tyngde. Dessuten vises det til forskningsmiljøer i USA og Australia, som hevder at ved at sult og metthetsfølelser forstyrres, forandres kroppens grunnleggende balanse og at de stadige vekstsvingninger kan være skyld i livsstilrelaterte sykdommer (Engelsrud, 2006).

Engelsrud og Rugseth mener at helsepersonell som tilbyr behandling av overvekt, i langt større grad må interessere seg for den overvektiges helhetssituasjon i stedet for kun å konsentrere seg om diett og trening. Livshistorie, følelser og egenverdi får liten plass i dagens behandlingsopplegg. Perspektiver som rommer overvektiges refleksjoner over egne erfaringer og opplevelser i forhold til kropp, vekt, mat og bevegelse må inkluderes for å få innblikk i den kompleksiteten det å være overvektig er." Det er ikke overvekt som en målbar størrelse fenomenet overvekt og fedme handler om, men overvektige menneskers situasjon, erfaring og liv" (Engelsrud og Rugseth, 2006, s. 146).

3.4 Albert Banduras teori om selfefficacy/ troen på egen mestringsevne.

Dette kapittel omhandler Albert Banduras teori om troen på egen mestringsevne (selfefficacy). Denne teori er anvendt i oppgaven på bakgrunn av overveielser omkring en eventuell helhetlig behandling og oppfølging av overvektige barn og deres familier. Banduras

teori gir et annet perspektiv på behandling og oppfølging av overvektige enn trening og kosthold. Han foreslår en psykologisk tilnærming som på sikt kan bedre pasientens tro på å kunne oppnå et normalt kosthold og normal vekt. Bandura mener at oppmuntring og støtte kan øke graden av ens egen tro på å lykkes. Dette er spesielt viktig for personer som i utgangspunktet har liten grad av selvtillit (Bandura, 2007).

Enkelte av spørsmålene i intervjuguiden er utarbeidet på bakgrunn av Banduras teori, for om mulig å få mødrene til verbalt å uttrykke deres tro på egne evner. For å få kunnskap om Banduras teori presenteres aktuelle og relevante elementer av teorien om selfefficacy i dette kapitlet.

Selfefficacy

Selfefficacy defineres ifølge Bandura (1994) som menneskets tro på egen mulighet til å skape bestemte nivåer av prestasjoner, som igjen har innflytelse på resultater som påvirker ens liv. Personens tro på egen mestringsevne bestemmer ens adferd og hvordan en føler, tenker og motiverer seg selv.

Bandura (1994) mener at en sterk tro på egne evner forbedrer menneskelige ferdigheter og personlig velvære på mange måter. Mennesker med stor grad av selvsikkerhet i forhold til egne evner nærmer seg vanskelige oppgaver som utfordringer der skal mestres, heller enn som trusler som må unngås. Et slikt positivt syn fremmer interesse og fordypelse i ulike aktiviteter. Disse mennesker setter seg utfordrende mål og opprettholder sterk forpliktelse til dem. De øker sine anstrengelser for å forbedre sine feil, og får hurtig tilbake følelsen av troen på egne evner etter nederlag. De begrunner eventuelle nederlag med egen utilstrekkelig innsats, kunnskap eller kompetanse, som det imidlertid vil være mulig å oppnå. De nærmer seg truende situasjoner med overbevisning om at de kan få kontroll over dem. Slik positiv forventning genererer personlige ferdigheter, minker stress og senker sårbarheten for depresjon. I motsetning til dette vil folk som tviler på egne evner prøve å unngå vanskelige utfordringer, som de ser som personlige trusler. De har små krav og føler svak forpliktelse til de mål som de velger å strebe etter. Når de står overfor vanskelige oppgaver dveler de ved egne mangler, ved de forhindringer de vil støte på og ved alle mulige negative resultater heller enn å konsentrere seg om hvordan man kan lykkes. De senker sitt eget innsatsnivå og gir hurtig opp stillet overfor vanskeligheter. Det tar lang tid å få tilbake følelsen av tro på egne evner etter nederlag og tilbakeslag. Fordi de oppfatter en dårlig prestasjon som en manglefull

evne hos seg selv, kreves det få nederlag for dem før de mister troen på egne muligheter. De blir et lett offer for stress og depresjon (Bandura, 1994).

3.5 Selfefficacy og overvekt

Som nevnt mener altså Bandura at det er en sammenheng mellom troen på egen mestringsevne og forventninger til ens egne resultater. På visse områder varierer troen på egne evner i nivå og styrke, og resultatene vil kunne påvirkes av disse enten positive eller negative forestillinger. Når resultatet er avhengig av kvaliteten på utførelsen, vil forventningene i stor grad avhenge av hvor godt man tror man vil være i stand til å utføre en aktivitet. For eksempel forventer ikke studenter med lav innsats i skoletiden å bli belønnet med akademiske æresbeviser, og idrettsutøvere som innser egne nederlag overfor gode motstandere forventer ikke å oppnå topp-plasseringer i konkurranse med disse. I de fleste sosiale, intellektuelle og fysiske aktiviteter vil de som vurderer seg selv som meget effektive forvente gode resultater, mens de som forventer dårlige egne prestasjoner kan mane frem negative resultater.

Bandura bygger sin teori om selfefficacy i forhold til overvekt på studier om fedme og livsstilendringer. Mange elementer bidrar til overvekt som for eksempel genetisk bakgrunn, antall fettceller utviklet i oppveksten, stoffskiftet, kaloriinntak og trening (Stunkard, 1975). Imidlertid har genetisk tilbøyelighet til overvekt en mindre rolle i forhold til den store økning av overvekt i befolkningen. Studier viser at overvekt er hyppigere blant personer med lav sosioøkonomisk status, som ofte i mindre grad driver med fysisk trening og mer sjeldent har et kalorilett kosthold. Forsøk på å redusere overvekt fokuserer ofte på redusert kaloriinntak og økt kaloriforbrenning. Imidlertid må behandlingen av overvekt som er oppstått pga sosiale og følelsesmessige påvirkninger gjøre pasienten i stand til å takle disse påvirkninger på en sunnere måte. Dette fordi vedvarende kontroll av ens overvekt krever livsstilendringer. Forandringer av reaksjonsmønstre kan virke både forebyggende så vel som regulerende i forhold til overvekt. Et annet viktig moment er å kontrollere overspising og stimulere til fysisk trening i barns første leveår og i ungdommen, mens man er i vekst og utvikling. Dermed kan utviklingen av fettceller reduseres, som igjen kan redusere det biologiske press etter kaloriinntak (Katch & McArdle, 1977).

Studier om livsstilsendringer viser at troen på egen mestringsevne kan forutsi størrelsen på vekttap. Man har målt hvorvidt graden av tro på at man kan kontrollere sin spising i situasjoner som involverer for eksempel sosialt samvær, tilgangen på appetittlig mat eller følelsesmessige bekymringer kan påvirke graden av vekttap. Jo mer behandlingen styrker troen på egen evne til å kontrollere egen spiseatferd, jo større vil det vedvarende vekttap være (Bernier og Avard, 1986, Desmond og Price, 1988 og Jeffrey et al., 1984). En høy følelse av evne til å kontrollere overspising vil være fulgt av høy selvspekt (Glynn og Ruderman, 1986).

3.6 Verbal overbevisning.

Ifølge Bandura kan verbal overbevisning styrke folks tro på at de har evnen til å oppnå hva de ønsker. Studier bekrefter at troen på ens personlige evner kan påvirke vektreduksjon. Personer som allerede har tro på sin egen dyktighet blir lettere overbevist om at de kan få kontroll over sin spisesituasjon, og de handler deretter ut fra troen på egne evner (Bandura, 1997).

Det er lettere å opprettholde tro på egne evner, spesielt når man kjemper med vanskeligheter, hvis andre betydningsfulle personer tror på ens dyktighet enn hvis disse personer uttrykker tvil. Verbal overbevisning alene er kanskje noe begrenset i forhold til å skape vedvarende økning i troen på egen evner, men det kan hjelpe hvis den positive vurdering er innenfor realistiske grenser. I den grad positive tilbakemeldinger på egne evner kan lede folk til å prøve hardt nok til å lykkes, kan troen på egne evner fremme utvikling av ferdigheter og en følelse av personlig styrke. Overbevisende fremheving av evner gjør derfor størst inntrykk på folk som har en grunn til å tro at de kan skape resultater gjennom sine handlinger. Å gi urealistisk tro på personlig dyktighet vil kun være å be om nederlag, noe som vil miskreditere den som prøver å overbevise og ytterligere undergrave mottakerens tro på egne ferdigheter (Bandura, 1997).

Kap. 4 Foreliggende forskning

4.1 Søk etter forskning

Det er gjort systematisk søk i søkebasene Med. line, Cinahl, Helsebiblioteket.no og BIBSYS med søkeordene: "Obese children, parents, obesity, intervention, selfefficacy, blame, mothers/ parents experiences" og "overvektige barn, foreldre, spisevaner", i ulike sammensetninger. Det fremkommer svært mange funn på søk av obese children (ca 20.000 på pubmed), men ved gradvis å tilføye flere ord som "parents" og "intervention" osv. er søket blitt avgrenset til mellom 100- 200 funn, hvor abstracts da er gjennomgått og artiklene sortert etter aktualitet. I tillegg er det ved gjennomlesing av artikler og bøker funnet aktuelle kilder, som var bakgrunn for disse.

4.2 Psykososiale faktorer i forhold til overvekt.

Stigmatisering

Studier viser at barn ofte stigmatiserer overvektige personer og helst unngår å ha overvektige som venner. Hill og Silver utførte i 1995 en undersøkelse blant 9 åringer, hvor barna skulle beskrive sosial funksjon og helsetilstanden av figurer av mennesker med ulik størrelse. Resultatet viste at barna assosierte den overvektige figuren med dårlig sosial fungering, dårlige skoleprestasjoner, dårligere helse, usunt kosthold og dårlig fysisk form. Kjønn og egen kroppsvekt hadde liten innflytelse på resultatet av barnets svar (Hill og Silver, 1995). Også funn fra Musher-Eizenman et al (2004) studie viser at førskolebarns holdninger til figurer av tykke barn er negative. Barna i denne studie ble likeledes forevist figurer av barn og spurt om hvem de helst ville ha som lekekamerat, og om de trodde at figuren selv kunne kontrollere sin egen vekt. Resultatene viste at barna mente de tykke figurer selv var skyld i overvekten. De brukte flest negative adjektiver for tykke figurer, og den tykke figur ble også valgt mer sjelden enn andre figurer i forhold til valg av lekekamerat.

Stigmatisering av overvektige finnes allerede hos 3 årige førskoleelever uansett kjønn eller egen kroppsbygning, viser en studie av Craner og Steinwert (1998). Overvektige barn viste faktisk større grad av stigmatisering overfor andre overvektige, enn de som ikke var overvektige. En liknende studie viser på samme måte at førskole barn mellom 2- 5 år tilskriver tykke figurer av personer flere negative egenskaper enn positive i forhold til

”normale” figurer, og flere negative egenskaper til tykke kvinnelige figurer enn til mannlige (Turnbull, 2000).

Nesten to av tre voksne amerikanere er enten overvektige eller sykelige overvektige. På tross av dette viser studier at et dominerende syn blant befolkningen er, at overvekt er moralsk uansvarlig, et tegn på latskap og en mangel på selvkontroll. Dette gjør at mange overvektige opplever psykisk stress, lav inntekt og diskriminering. Disse fordommer eksisterer blant størstedelen av helsepersonell så vel som hos folk generelt. Denne type negative holdninger kan kanskje hindre behandlingen av overvektige pasienter (Tao og Glazer, 2005).

Selvfølelse og kroppsbilde

Både overvektige gutter og jenter utsettes for erting og mobbing relatert til overvekten.

Hypptigheten av ertingen opp gjennom oppveksten påvirker ens syn på eget utseende negativt og øker utilfredsheten med egen kropp gjennom ungdomstiden. Overvekt som er oppstått tidlig i barndommen gir større kroppstillfredshet enn hvis man først er blitt overvektig som ungdom/ voksen. Å bli ertet i oppveksten pga overvekt kan således utgjøre en risikofaktor for utvikling av negativt kroppsbilde og dermed lavere selvrespekt (Grilo et al, 1994).

Samme funn finnes hos Wardle et al (2002). Denne studie undersøkte kroppstillfredshet blant overvektige kvinner. Man ville undersøke om evt. mobbing pga. overvekt opp gjennom barneårene ville gi utslag som for eksempel lavere selvrespekt. Man sammenliknet kvinner hvor overvekten hadde oppstått tidlig i barndommen med kvinner som hadde fått overvekt senere i livet. Funnene viste at kvinner med tidlig oppstått overvekt hadde høyere BMI, større grad av kroppstillfredshet og lavere selvrespekt. Kvinner med tidlig oppstått overvekt rapporterte større grad av erting i barneårene. Tidlig oppstått overvekt viser dermed i denne studie å øke risikoen for kroppstillfredshet med påfølgende lavere grad av selvrespekt.

Schwimmer et al (2003) viser til hvordan omgivelsenes holdninger til barn og ungdom med overvekt kan være svært viktige i forhold til kroppsbilde og selvfølelse. Overvekt er en av de mest alminnelige kroniske lidelser i barndommen og prevalensen stiger rask. Det er en voksende oppmerksomhet rettet mot langtidskomplikasjoner, men fortsatt tilbyr mange leger ikke behandling til disse barn og ungdom hvis det ikke samtidig er en sykelig tilstand.

Imidlertid kan den mest utbredte konsekvens av overvekt være psykososial. Overvektige barn og unge har større risiko for psykososiale og sosiale tilpasningsproblemer. En sammenlikning av svært overvektige barns livskvalitet med friske barn og med barn med kreft viser at svært

overvektige barn og unge har samme livskvalitet som barn og unge med kreft (Schwimmer et al, 2003). Selv moderat overvektige barn/unge hadde i en studie av Pinhas-Hamiel et al (2006) signifikant lavere skåre enn de normalvektige når det gjaldt fysiske og sosiale aspekt ved barnas livskvalitet.

Selv om de fleste studier peker mot sammenheng mellom overvekt og redusert livskvalitet er dette ikke helt entydig. En gjennomgang av en nasjonal longitudinell studie av tenåringer viser at overvekt i ungdomsårene er assosiert med dårlig fysisk livskvalitet, men ikke redusert emosjonell, sosial eller skolemessig fungering (Swallen et al, 2005). Også en svensk studie viser at selvfølelsen hos overvektige barn ikke trenger å være dårlig (Flodmark 2005) og studier av hele befolkninger som for eksempel i Sverige har vist at overvektige barn ikke har lavere selvfølelse enn normalvektige (Renman et al, 1999). Disse forskjeller i hvorvidt man utvikler depresjon eller dårlig selvfølelse pga overvekt kan være grunnlag for ny forskning. Eventuelt kan dette skyldes hvilken aksept og oppfølging barnet opplever i hjemmet og i sitt nærmiljø, eller det kan finnes ulike holdninger til overvekt i ulike samfunn som gir forskjeller i hvordan den overvektige føler seg stigmatisert. Et tredje spørsmål kan være om barn i noen samfunn kan inneha bedre selvtillit i utgangspunktet, og dermed klare seg bedre psykososialt på tross av overvekt?

Stress og evne til å takle utfordringer

Foreldre til overvektige barn føler ofte et stort press i forhold til barnets overvekt, og studier viser sammenheng mellom psykisk stress i familien og overvekt hos barn. Man finner at ulike stressorer som viktige livshendelser, mangel på sosial støtte og foreldres ulike bekymringer for barnet kan være utslagsgivende for stresset (Koch et al, 2008).

Å skulle motivere til omlegging av kosthold og økt trening kan være en stor utfordring og krever konsekvente holdninger hos foreldrene. I en rapport fra januar 2009 fra Folkehelseinstituttet beskrives viktigheten av foreldrenes oppdragerstil i forhold til barns og familiers fungering. En kombinasjon av mye støtte og mye kontroll betegnes gjerne som en ”autoritativ” oppdragelsesstil, og denne oppdragelsesstilen regnes oftest som den mest fordelaktige. Autoritative foreldre beskrives som forståelsesfulle og varme overfor barna sine, samtidig som de setter klare grenser for hva som tillates og hva som ikke tillates. En autoritativ oppdragelsesstil har vist seg å være fordelaktig både for barns og familiers

fungering, og har også vist seg å være den mest utbredte oppdragelsesstilen i Norge (Helland og Mathiesen, 2009). For foreldre til overvektige barn viser det seg imidlertid at det som er den største utfordring er å skulle motivere til å dyrke fysisk trening og begrense tv- titting (Eckstein, 2006).

For å kunne takle utfordringene knyttet til overvekten trenger familiene støtte fra det offentlige helsevesen. Imidlertid viser studier at foreldre opplever støtten fra helsevesenet som enten velmenende (men ikke særlig effektiv), eller negativ og avvisende. Mange leger viser manglende interesse, mens helsesøster gir noen praktiske råd. Studien konkluderer med at helsepersonale sannsynligvis kan ha nytte av en bedre forståelse for foreldrenes tilstand og barneovervekt. Dette kan bedre deres holdninger og praksis og oppmuntre pasienter til å søke hjelp på et tidligere tidspunkt av deres barns overvekt (Edmunds, 2005)

Skyldfølelse og skam

Å føle skyld og skam i forhold til overvekt kan skyldes de holdninger som ukepresse, næringsliv og samfunnet i øvrig gir uttrykk for. Studier viser at mat- og drikke- industrien beskriver barns overvektsproblem som et problem basert på et personlig valg og foreldres feil. Foreldre tar ikke ansvar for sine barns helse, de bør sørge for at deres barn trener nok og ikke spiser for mye. Ingen enkelte mat- eller drikketyper skal få skylden for barns overvekt siden alt er et spørsmål om moderasjon. Hvis foreldrene ikke forstår dette, er det legens eller annet helsepersonells ansvar å sørge for å gjøre dette klart for dem. Når det gjelder tenåringer bør skolen undervise i å spise og trene på riktig måte (Sugarman og Sandman, 2008).

Overvekt er ikke lenger en privatsak, men et fenomen de aller fleste har en oppfatning om. Den økte forekomsten bidrar til underholdning i for eksempel tv og ukepresse. I beste sendetid kan man følge med i ulike personers mer eller mindre mislykkete forsøk på vektreduksjon. Antallet av oppslag om dette fenomen i dags - og ukepressen kan gi et inntrykk av at vekt og overvekt er noe alle bør være opptatt av. Mange opplever samtidig at det å veie for mye er skamfullt og pinlig. Overvektige rapporterer selv om daglige erfaringer, hvor de opplever at andre ser på deres overvekt som frastøtende. Observasjoner fra et behandlingsopplegg som foregikk i grupper viser at vektnedgang gir anerkjennelse og støtte fra omgivelser. Man har vært flink, har tatt kontroll over sitt liv og er målrettet. Man blir innlemmet i positivitet og velvilje, og man assosieres med en som lykkes og har suksess. Å

mislykkes med vektnedgang fører med seg skuffelse, skyld og skam (Rugseth og Engelsrud, 2007).

4.3 Sosioøkonomiske forhold.

Samfunnsutgifter

Overvektige har et meget større forbruk av helsetjenester, og er dermed langt dyrere for samfunnet enn normalvektige (Helsedirektoratet, 2008a). Juel beskriver i en rapport for Sundhedsstyrelsen i Danmark de sosioøkonomiske sammenhenger mellom overvekt og samfunnsøkonomiske omkostninger. Overvekt er i Danmark forbundet med et årlig samfunnsmessig produksjonstap på omkring 2 milliarder kr., og 95 % av skyldes sykefravær. Overvekt reduserer danskenes middellevetid med tre måneder for menn og åtte måneder for kvinner, og svært overvektige menn og kvinner mister knapt tre henholdsvis seks leveår. Hertil kommer 55.000 sykehusinnleggelser, 1,1 millioner kontakter til allmennpraktiserende lege, 1,8 millioner fraværsdager fra arbeid på grunn av sykdom og nesten 1100 førtidspensjoner (Juel og Brønnum-Hansen, 2006).

Også Raebel et al (2004) viser til at overvektige pasienter har flere hospitalsinnleggelser, flere polikliniske besøk og får mer reseptbelagt medisin enn normalvektige. Overvektige anvender flere medikamenter innenfor kardiovaskulære lidelser, allergi/astma, magesår, diabetes, stoffskifte og smertestillende. Den største forskjellen mellom overvektige og normalvektige personer ligger i utgifter til medisiner. Jo større BMI, jo høyere omkostninger.

Inntekt og kulturell bakgrunn

Grøholt et al viser til sammenheng mellom overvekt og sosioøkonomiske faktorer. De undersøkte overvekt hos 15- 16 årige ungdommer i Norge i forhold til både sosioøkonomisk og kulturell bakgrunn. Det viste seg at i de nordligste kommuner (Troms og Finnmark) var det langt større grad av overvekt (mellom 70 til 90 %) sammenliknet med ungdom i Oslo. Lavere utdanning og dårlig familieøkonomi viste sammenheng med overvekt/fedme (Grøholt et al, 2009).

Fra andre land ser en også klare sosioøkonomiske og etniske forskjeller. Ogden et al undersøkte trender i overvekt for amerikanske barn og ungdommer mellom 1980 og 2004. Resultater viste at den høyeste forekomst av overvekt og fedme forekommer i samfunnslag

med lav utdanning eller inntekt, og barn og unge med meksikansk og latinamerikansk opprinnelse (Ogden et al, 2008). Det å kunne identifisere eget barns overvekt har sammenheng med mors utdannelsesnivå og egen overvekt. Mødre med lav utdanning har en større tendens til å feilklassifisere eget barns overvekt og bagatellisere relaterte helseproblemer (Warschburger og Kröller, 2009).

Kosthold og trening

Foreldres aktivitets- og kostmønster kan forutsi barnets risiko for overvekt. Som tidligere nevnt mener foreldre ofte selv at de har en sunn livsstil i forhold til ernæring, men at den største utfordring i forhold til overvekt ligger i det å dyrke fysisk trening (Eckstein, 2006). Levekårsundersøkelsen i Norge i 1997 viste at barn av foreldre med høyere utdanning trener oftere enn barn av foreldre med lavere utdanning. Nesten dobbelt så mange 16-åringer på yrkesfaglig studieretning som på allmennfaglig var inaktive i fritiden, det vil si at de var fysisk aktive mindre enn 1 time hver uke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002-2003).

Stress i hverdagen kan gjøre at man velger lettvinne løsninger i forhold til måltider.

Helsedirektoratets kostholdsundersøkelse ”Mat i farten” fra 2009 så på, hvem som ofte eller sjelden spiser på hurtigmatsteder. Et av de sentrale funn i rapporten viser at folk regelmessig benytter seg av hurtigmatprodukter dominert av søte og fete varer. Samtidig oppgir de å være opptatt av å spise mer sunt, og de ønsker sunnere alternative matvarer lettere tilgjengelig. Det som hyppigst blir brukt er dagligvarebutikkens ferskvaredisker og salatbarer, deretter følger kafé og storkiosk/gatekjøkken. Ungdom spiser oftere enn andre aldersgrupper på alle spisestedene med unntak av takeaway og veikro, hvor unge voksne benytter seg hyppigst av takeaway. Menn spiser oftere enn kvinner på alle spisesteder, unntatt på kafè - der kvinner spiser oftere hurtigmat enn menn. Folk med høy utdanning har lavere spisefrekvens på alle spisesteder enn folk med lav utdanning. Igjen er det ett unntak: kafè. De fleste måltider blir spist i nærmiljøet, langs riks-/motorvei, i by- handlegate og inne i kjøpesenter og anledningen er som oftest at folk er på vei til eller fra jobb og skole. Fire av ti i undersøkelsen begrunnet sitt valg av spisested med at det var et sted de hadde kjørt eller gått forbi. ”Denne type svar viser at det basale mulighetsrommet er mest fremtredende. I dette mulighetsrommet eksisterer den raske og enkle maten som først og fremst har til hensikt å stille sult.” (Bugge, Lillebø og Lavik, 2009)

4.4 Identifisering av overvekt

Studier viser at foreldre i liten grad identifiserer eget barns overvekt, og få foreldre husker at deres barns lege noen gang har nevnt noe om at barnet er overvektig (Eckstein et al, 2006). Tall fra en studie fra 2007 viser også at foreldre ikke klarer å klassifisere eget barns overvekt: 22% av foreldrene feilklassifiserte deres normalvektige barn til å være undervektig, 63% oppfattede deres overvektige barn som normalvektig og 63% oppfattede deres sykkelig overvektige barn som værende overvektig (He og Evans, 2007).

Også Chamovitz et al (2008) viser til at det å oppdage og vurdere barnets overvekt viser seg å være vanskelig for både barnet, foreldrene og fastlegen. Spesielt barn og foreldre undervurderer graden av deres barns overvekt, men også fastleger undervurderer i over halvparten av tilfellene graden av overvekt. Dette tyder på at det trengs ytterligere utdanning i forhold til temaet og for eksempel standard måling av BMI.

4.5 Behandlingstilbud til overvektige

Bare et mindretall av personer med overvekt får tilbud om hjelp til vektreduksjon fra helsetjenesten. Galuska undersøkte 12 835 voksne som var klassifisert som svært overvektige (bodymass indeks $>30 \text{ kg/m}^2$), som hadde besøkt sin lege for en rutine kontroll innenfor de siste 12 måneder. Under halvparten var blitt rådet til å gå ned i vekt. De som hadde fått dette råd var kvinner, middelaldrene, hadde høyere utdanning, hadde dårligere helse, var mer overvektig enn andre deltakere og hadde diabetes mellitus. De som fikk råd om å gå ned i vekt viste i større grad at de prøvde å redusere egen vekt enn de som ikke fikk råd om dette (Galuska, 1999).

Leverence et al viser i sine studier at det sjeldent gis behandling for overvekt. Selv om det i USA i dag eksisterer retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt, og det samtidig er dokumentert bekymring fra legehold, er det få pasienter som tilbys behandling. Legene oppgir imidlertid at de oppfatter seg som ansvarlig for å drive forebygging, behandling og oppfølging av pasienter med overvekt og fedme. De oppgir å bruke korte, målrettede, lavintensitetsbehandlinger på tross av lav pasientmotivasjon og manglende ressurser. Legene ser på familiære, kulturelle, sosiale og samfunnsmessige faktorer som sentrale for overvektproblemet, og derfor sin egen innsats som heller ineffektiv. De er ikke

overbevist om langtidseffekten av noen av de eksisterende typer vekttapsprogram. Konklusjonen på studien er at årsaken til liten grad av behandling av overvektige kan skyldes legers manglende erfaring og kunnskap (Leverence et al, 2007).

4.6 Ønsker og anbefalinger.

Behandling av barn med overvekt er preget av fravær, frafall og manglende oppnåelse av vektkontroll. En studie fra 2007 viser at mange foreldre opplever at støtten utenfor sykehusklinikken opphører når behandlingen for barnets overvekt er avsluttet. Foreldrene mener at fortsatt oppfølging og behandling som for eksempel den som blir gitt fra mer etablerte vektkontrolltilbud til voksne kunne ha gagnet barnet. Uavbrutt støtte er nødvendig for at behandlingen skal være vellykket. Denne studie konkluderer med at støttemekanismer innenfor familien har stor betydning i forhold til å oppnå og vedlikeholde livsstilsendringer. Den ”ledende” foreldre trenger ofte støtte fra kjernefamilien og fra ”storfamilien” for å gjøre og opprettholde forandringer. De som utvikler behandlingsprogrammer bør i større grad overveie å engasjere hele kjernefamilien sammen med ”storfamilien” i behandlingen for å få til en vellykket behandling, selv om dette krever en stor endring fra de opplegg som i dag tilbys (Stewart et al, 2007) Også Jacksons studie fra 2005 viser at mødre opplever overvektsproblemet mer som et familie- enn som et individuelt problem. Mange av intervensjonene som gjøres bør ta sikte på å involvere hele familien i stedet for kun barnet (Jackson et al, 2005).

Mer beleilig lokalisering og tidspunkt for vektkontroll kan redusere frafall fra behandlingsopplegg. Også tilpassede programmer til foreldres ønsker om intensitet og struktur kan bedre opprettholdelsen av deltakelse (Barlow og Ohlemeyer, 2006). Helsepersonale er nødt til å utvikle bedre kompetanse i adferdsstrategier og foreldreomsorg for å kunne støtte foreldre mer effektivt i deres roller. Det er viktig at informasjon om helsekonsekvenser av overvekt blir gitt på en empatisk måte med kunnskap om modningsprosessen gjennom ungdomslivet. En ungdom med overvekt må hjelpes til å se at hans/hennes situasjon kan endres. Pediatriske sykepleiere og annet helsepersonell må kunne gi drivkraft til mestring og kunne hjelpe ungdommer til å opprettholde motivasjon og styrke til å forbedre eget selvbilde og oppnå effektiv vektkontroll (Regber, 2007).

Et særlig egnet virkemiddel i forbedring av unges spise- og drikkevaner vil være større tilgjengelighet og lavere pris på frukt, grønnsaker, salater og lignende. Fagrapporten ”Mat i farten” konkluderer i sin studie at menn, ungdom og folk med lav utdanning hyppigst besøker hurtigmatsteder og at disse gruppene også har det høyeste inntaket av fett og sukker, samt det laveste inntaket av frukt, grønnsaker og fisk. Imidlertid har ungdom blitt betydelig mer opptatt av å spise og drikke sunt og helse riktig de senere årene, men pris er langt viktigere ved valg av mat og drikke for ungdom enn for de andre aldersgruppene. Begrensninger i å gjøre helse riktige valg viser seg å skyldes manglende tilgjengelighet og høy pris på de sunnere mat- og drikkevarer. (Bugge, Lillebø og Lavik, 2009).

For å fremme et enhetlig tilbud til overvektige barn og unge i alle helseregionene har en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet laget nye retningslinjer for veiing og måling av barn ved landets helsestasjoner og i skolehelsetjenesten. Her vil blant annet nye persentilkurver basert på BMI målinger introduseres. For å gi et reelt bilde av barnets vekt i forhold til høyde har International Obesity Task Force (IOTF) laget et forslag som tar utgangspunkt i BMI-verdiene for voksne, tilpasset barnets alder og kjønn. Disse grenseverdier for overvekt og fedme skal legges inn i de norske BMI kurver (Folkehelseinstituttet, 2008). Som grunnleggende i det enhetlige tilbud foreslås et tett samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, oppfølging av tverrfaglige team, utvikling av kunnskap gjennom FoU arbeid, kunnskapsheving hos ulike yrkesgrupper og frivillige organisasjoner samt støtte til helsesøstre og helsestasjonsleger (Ødegård et al, 2007).

Kap. 5 Metodisk tilnærming

5.1 Valg av metode

For å kunne velge hvilken tilnærming som vil være mest hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen, må en vurdere de ulike metodetyperne. Asbjørnsen og Tufta har sammenliknet kvalitative og kvantitative metoder og beskrevet kjennetegn for disse (se illustrasjon).

	Kvalitativ tilnærming	Kvantitativ tilnærming
Type data	Kvalitative (myke) data, det vil si tekstutsnitt (eventuelt bilde- eller lydutsnitt) som belyser teoretiske ”variabler” eller kategorier	Kvantitative (hårde) data, det vil si at teoretiske variabler gjøres om til operasjonaliserte variabler som kan måles med tall eller ved at informasjonen gjøres om til tallkoder.
Fleksibilitet	Stor	Forholdsvis liten
Dataanalyse	Fortolkning, løpende og integrert med datainnsamling	Opptelling etter datainnsamling
Nytte ut over den konkrete undersøkelse	Overførbarhet	Statistisk generalisering

(Johannesen et al, 2002)

For å finne frem til hvordan opplevelser hos mødre til overvektige barn kan ha betydning for deres oppfølging av barnet er den kvalitative metode velegnet. Den kvalitative tilnærming har en større grad av fleksibilitet enn den kvantitative, fordi den kvalitative kan la informantene styre informasjonen, og dermed kan det oppdages forhold som man ikke hadde tenkt seg på forhånd. Her kan det anvendes en intervjuguide, som ikke trengs å følges slavisk. Den kvantitative metoden består av opptelling, for eksempel av tall eller utsagn, mens den kvalitative metoden kan bestå av bearbeiding av data fra samtaler og intervjuer. Fortolkning, dvs. å sette ting i en sammenheng som gjør at vi ser hvilken betydning dette har, er viktig (Johannesen et al, 2006). Her anvendes den hermeneutiske sirkel som henviser til

begrunnelsessammenhenger – det vil si forbindelsen mellom det vi skal fortolke, forforståelsen og den sammenheng dette fortolkes i (Gilje og Grimen, 2004).

Kvalitativ metode kan anvendes som redskap når man ønsker å finne frem meningssammenhenge i sosiale fenomener. Man kan bruke denne metode for å kunne innsamle, systematisere og fortolke innhold fra samtaler, observasjoner eller skriftlig materiale (Malterud, 2003). Kvalitative intervju kan skape en god ramme for å finne frem tidligere opplevelser og sammenhenger. Her er det viktig at informanten føler seg trygg og respektert. Intervjueren må ha et åpent sinn og ikke ha alle svar klar for seg på forhånd. En forforståelse som forsker er en viktig side av motivasjonen for å gå inn i forskning omkring et tema (Malterud, 2003).

5.2 Forskerens rolle

Som sykepleier med videreutdanning i barnesykepleie og lang praksis fra nyfødteintensivavdeling, samt som kontaktsykepleier for hjertesyke barn har jeg vært i kontakt med mange foreldre; - spesielt mødre til syke barn. Her har det vært barn som har vært alvorlig syke med diagnoser med til tider dødelig utfall, men også mindre alvorlige sykdommer som har latt seg kurere uten varige men. Mange av disse foreldre har vært plaget av skyldfølelse overfor barnet, og mange samtaler har dreid seg om å hjelpe foreldrene til å mestre denne skyldfølelse. Et annet moment har vært ivaretagelse av barnets og foreldrenes rettigheter, og å hjelpe dem i deres kamp for å gi barnet et verdig liv. Min bakgrunn i disse foreldrerelasjoner vekket min interesse for disse overvektige barn og deres foreldre. Gjennom media og i min kontakt med folk både innen helsevesenet og i ulike andre sammenhenger, har jeg opplevd en noe nedlatende holdning i forhold til foreldre til overvektige barn. Dette begrunnes med at foreldrene bør vite bedre enn å gi barnet sitt usunne matvaner og dermed eventuell overvekt og psykososiale problemer. Jeg ble derfor interessert i hvordan disse foreldre opplever møtet med helsevesenet; får de støtte og oppmuntring? Fratas de skyldfølelser ved hjelp til forståelse for hvilke betingelser i samfunnet det er som kan gi overvektproblemer? Hvordan kan helsevesenet få foreldrene til å endre sin atferd til å bli mer helsefremmende? Medvirker ulike opplevelser i livet troen på å kunne lykkes med dette?

På bakgrunn av egen forforståelse er det allerede på forhånd bestemt hva man ønsker å vite noe om, og man spør derfor kun om dette (Malterud, 2003). Jeg tenker at disse foreldre ikke

er annerledes enn andre foreldre jeg har møtt, i forhold til tanker om skyldfølelse. Min erfaring sier meg at disse foreldre vil ha store utfordringer i forhold til å få en akseptabel oppfølging av deres barn som inkluderer samarbeid og opplevelse av respekt for egne verdier og holdninger. Jeg vil ikke få informasjon om det jeg ikke spør om. ”Det skjer altså en seleksjon av hva som blir observert og hvordan dataene blir registrert” (Johannesen et al, 2006, s.34). Informasjonen som man får fra informanten vil også siles gjennom et slags filter, basert på forhåndsoppfatninger om hva som er interessant. Disse oppfatninger kan være egne erfaringer sammen med en teoretisk forståelse man har oppnådd gjennom lesing av forskningsbasert kunnskap (Johannesen et al, 2006). Derfor må spørsmålene være så åpne som mulig, men samtidig er det viktig å få informasjon som vil gi svar på problemstillingen. Det er naivt å fornekte sin egen rolle og innbille seg at man som forsker kan bli en usynlig og uvirksom brikke i spillet der materialet produseres. Informanten kan ved direkte intervju være mer forsiktig med å fremstå i et negativt lys. Dette betegnes som ”intervjueffekten” og kan være et eksempel på et ”reliabilitetsproblem”, altså virke hemmende for påliteligheten i intervjuet (Malterud, 2003).

Malterud beskriver hvor viktig det er at forskeren selv transkriberer sine intervjuer. Hun mener det her er tale om en filteringsprosess, hvor forskeren selv setter sine spor som kan påvirke meningen i teksten (Malterud, 2003). Her er det viktig å ikke la sin forforståelse overdøve det som faktisk blir sagt i intervjuene, altså det empiriske materiale.

5.3 Utvalg

Ved kvalitative tilnærminger er det spesielt viktig at man ser på utvalgets egenart, og den betydning den har for overførbarhet. Et strategisk utvalg er et utvalg som er sammensatt slik at det har potensiale til å belyse den problemstilling en vil ta opp (Malterud, 2003). Det er spesielt opplevelser hos mødre med overvektige barn som er interessant i denne studie, derfor vil det sammensatte utvalg av mødre, hvis barn har deltatt i undersøkelsen ”Akkurat passe”, kanskje kunne gi svar på problemstillingen. ”Akkurat passe” er en randomisert kontrollert studie av familiebasert, lavgradig livsstilsintervensjon i behandling av overvekt hos barn ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK), St. Olavs Hospital i Trondheim. Da det kan synes svært vanskelig og tidskrevende å finne informanter i befolkningen, som på annet vis kunne tilfredsstille kravene til informantstatus, kan man si at det er gjort ”pragmatiske valg ut fra det

muliges kunst”(Malterud, 2003). I det følgende avsnitt vil jeg kort gjøre rede for den omtalte studie.

5.3.1 Beskrivelse av studien ”Akkurat passe” ved St. Olavs hospital.

Studiedesignet innebærer barn i alderen 7-12 år som møter inklusjonskriteriene: Alder 7-12 år og aldersavhengig kroppsmasseindeks (iso- BMI) over 30. Eksklusjonskriterier: Psykisk utviklingshemming, alvorlig psykopatologi eller rusmisbruk hos foreldre, uavklart forelderansvarsforhold. Disse randomiseres til enten 1) strukturert foreldreopplæring eller 2) selvhjelpsgrupper. I tillegg er det avgjørende at barnet/ ungdommen og familien er motivert for behandling.

1) Den strukturerte foreldreintervensjonen består av 4-6 foreldrepar og to fagpersoner, en psykolog og psykologspesialist. Her anvendes en behandlingsmanual for foreldreintervensjonen.

2) Selvhjelpsgruppene blir ledet av prosjektleder. Gruppene møtes like hyppig og like mange ganger som eksperimentgruppen, men gruppeleder er kun til stede på de første to samlingene, i tillegg til den siste. Selvhjelpsgruppen vil i motsetning til foreldreopplæringsgruppen ikke få noen form for opplæring eller faglige innspill mht behandling av overvekt under gruppesamlingene.

Alle barna deltar i grupper som ledes av klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut, og delvis av psykolog. Målet er å sikre opplæring og positive opplevelser knyttet til riktig kost og fysisk aktivitet, i tillegg til samtaler om tema barna opplever som viktige. Felles for alle deltakerne er også at familiene får månedlig individuell oppfølging av klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut i fellesskap, hvor det bl.a. lages en individuell plan for det enkelte barn.

Intervensjonen går over to år, med en intensiv behandlingsperiode på 5-6 mnd. Både foreldre og barn møter til gruppesamling hver 14. dag over 10 ganger, i tillegg til månedlig individuell oppfølging over samme periode. Deretter vil det bli et oppfølgingsprogram med 1-3 samlinger pr. semester med en gradvis overføring til 1.linje-tjenesten i den enkelte families kommune. Målet med studien ”Akkurat passe” er å finne lavest mulig innsatsnivå som gir ønsket behandlingseffekt (Silje Steinsbekk et al, 2005).

5.3.2 Utvalgsbeskrivelse for de data masteroppgaven bygger på.

Det er 6 mødre til overvektige jenter som har deltatt i denne forskningsstudien "Akkurat passe". Disse jentene har vært mellom 7 og 12 år i deltakelsesperioden, da dette var et av inklusjonskriteriene i denne studie. I masteroppgaven er disse jenter nå i tidlig tenårsalder. Populasjonen som utvalget er trukket fra er sikret at de forstår norsk, at de er samtykkekompetente og har foreldreansvar for barnet (ifølge inklusjonskriterier, se under beskrivelse av studien "Akkurat passe".)

Utvelgelsen skjedde i samarbeid med Barne- og Ungdomsklinikken ved St. Olavs Hospital, som sendte ut forespørsel til mødre som har vært med i prosjektet "Akkurat passe". Det ble sendt ut 10 brev i 2 omganger, hvor mødrene skulle ta kontakt ved å sende tilbake frankert svarkonvolutt. Imidlertid gav dette liten respons, som medførte at medarbeider ved prosjektet gjennomførte en ringerunde til alle som hadde mottatt brev for å purre på svar. Mødrene fikk nå en ny mulighet ved at de kunne ta kontakt via SMS eller ringe på et mobiltelefonnummer hvis de ønsket å delta. Kopi av utsendt brev med samtykkeerklæring ble da underskrevet før intervju ble gjennomført. Etter ca 3 måneders innhentning av informanter ble det akseptert at 6 mødre inngikk i undersøkelsen i stedet for 8 som først ønsket.

Årsaken til at det er valgt mødre til disse barna er en antagelse om at det er kvinnene som i størst grad har ansvar for matlaging og oppfølging av barna i hjemmet. Dette støttes foreksempel av følgende artikkelsitater: "... empiriske undersøkelser forteller at det fortsatt er kvinner som i all hovedsak har ansvar for - og bruker mest tid på matlaging i de tusen hjem. I den grad mennene har erobret kjøkkenet, er det gjerne i forbindelse med festlige anledninger". (Aarseth, 2007). Også offentliggjorte resultater fra forskning og undersøkelser utført av statistisk sentralbyrå viser at det:

"... på tross av omfattende reformer og en offentlig målsetting om økt likedeling av husholdsarbeid fortsatt er slik at mor bruker langt mer tid på både husarbeid og barneomsorg enn far" "... særlig matlaging, rengjøring og rydding av bolig, vask, stell og vedlikehold av tøy i hovedsak utføres av kvinnen" (Pettersen, 2004).

Dessuten har især den kvinnelige befolkningens betydelige vanskeligheter omkring kropp og selvfølelse (Helse og omsorgsdepartementet, 1999)

Et skjema over mødrenes bakgrunn gir oversikt over utvalget. Dette beskriver om de bor i by eller på landet, hvilken type utdanning og jobb de har samt opplysninger om egen overvekt. For å sikre anonymitet er det unngått alt for detaljert beskrivelse.

Beskrivelse av mødre:

	1	2	3	4	5	6
Utdanning	Ingen videregående utdanning	Universitetsutdannet	Videregående skole	Høgskoleutdannet	Yrkesskole	Yrkesskole
Jobb	Uføretrygdet	Full jobb	Full jobb, delvis sykemeldt	Deltidsstilling	Full jobb, delvis sykemeldt	Omskoleres i denne periode i deltidsstilling
Bosted	Kommune > 100.000 innbyggere	Kommune > 100.000 innbyggere	Bygd i kommune >10.000 innbyggere	Bygd i kommune <10.000 innbyggere	Bygd i kommune >10.000 innbyggere	Bygd i kommune <10.000 innbyggere
Eget forhold til kropp og vekt	Selv overvektig, ble selv mobbet på barne- og ungdomsskolen	Føler seg ”midt på treet” i forhold til egen vekt, flere ganger deltatt i Grete Rohdes slankeprogram Egen mor alltid kommentert utseende, alltid selv tenkt hun var tykk som barn	Selv overvektig, ikke selv opplevd å bli mobbet	Føler seg ”mager”, gikk ned 3-4 kilo under prosjektet. Alltid vært tynn og ”det får jeg høre”	Selv overvektig, ”alskens slankekur i 20 år”, var ikke inkludert i vennegjeng som barn men ikke direkte mobbet heller	Fikk som barn alltid høre at hun var stor, var litt lubben, har bestandig trodd hun var for tykk. Vært på Grete Rohde-kurs etter hver fødsel (4 ganger). Ble selv mobbet av slektninger som barn

5.4 Ethiske overveielser/ gyldighet/ nøyaktighet

For informantene har belastningen i forhold til intervju tidsmessig vært liten, da intervjuet var begrenset til ca. 1 time. Intervjuet var frivillig, og informanten fikk selv bestemme tidspunkt og sted. Informantene ville sannsynligvis under intervjuet komme inn på forhold som vedrørte deres datter, som har deltatt i studien ved St. Olavs Hospital. I forhold til FNs barnekonvensjon må et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, garanteres retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet. Barnets synspunkter må tillegges behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2003). Dette medførte at foreldrene ble informert om dette i informasjonsskrivet og de ble oppfordret til å gjøre kjent for barnet (ut ifra barnets utviklingsnivå) at de skulle delta i studien før de eventuelt samtykket. Barn og foreldre har

vært med i prosjekt tidligere som har omhandlet barnets overvekt. Det kan være både fordeler og bakdeler ved å ta dette opp igjen, men det kan ses som en mulighet for mødrene til å kunne gi uttrykk for deres opplevelser i forbindelse med deltakelse i prosjektet og deres erfaringer som mødre til et overvektig barn i møte med helsevesenet. Hermed kan de bidra med kunnskap som kan gjøre helsetjenesten bedre.

I forhold til gyldighet og nøyaktighet av studien er dette begrenset av et lite utvalg, som i tillegg kanskje er spesielt motivert for deltakelse. Studien er basert på kvalitativ metode og det er anvendt intervju av få enkeltpersoner. Dette gjør at den ikke er statistisk gyldig. Det er opp til leseren å vurdere hvorvidt funnene, som representerer meninger og holdninger hos de deltakende mødre til overvektige barn, er overførbare til mødre i liknende situasjoner.

5.5 Beskrivelse av analysen

Som analysemetode er det anvendt fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi, modifisert av Malterud som systematisk tekstkondensering (Malterud 2004). Her anvendes den hermeneutiske sirkel ved å gå fra helheten til delene og tilbake til helheten. Malterud beskriver Giorgis anbefalinger i analysen ved gjennomføring av fire trinn:

- 1) å få et helhetsinntrykk
- 2) å identifisere meningsbærende enheter
- 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter
- 4) sammenfatte betydningen av dette.

(Malterud 2004)

For å kunne analysere intervjuene er først alle intervjuene gjennomlest for å få et helhetsperspektiv. Inntrykk av hvilke tema som gikk igjen i tekstene resulterte i koder som kunne brukes for å systematisere de meninger informantene uttrykte i sine svar. 19 koder som langt på vei henger sammen med intervjuguiden ble anvendt (se tabell s. 43).

Etter koding av alle seks intervjuer ble materialet dekontekstualisert ved å anvende en datamatrikse for å systematisere og gruppere svarene (se vedlegg 2). Etter dette ble funnene i hver kodegruppe samlet under et og uttalelser som var uttrykt fra informantene ble sammenfattet. Flere kodegrupper uttrykte meninger innen samme tema, og derfor ble noen av

disse sammenfattet under samme innhold. Etter gjennomlesing og vurdering av innholdet i innholdsbeskrivelsene fikk disse en ny og passende overskrift. I innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe er en del sitater gjengitt for å illustrere det som ble oppfattet som meningsinnholdet i svarene. Dessuten er intervju teksten meningsfortettet, det vil si at en del av informantenes uttalelser er omgjort til kortere formuleringer (Kvale, 2002).

Kodegruppe	Ny overskrift for innholdsbeskrivelse
Oppdager overvekt/ igangsetting av behandling+ primærhelsetjenestens innsats	<i>Oppstart av behandling for barnets overvekt- egen innsats og primærhelsetjenestens engasjement</i>
Egne følelser barnets overvekt + egen erfaring overvekt og mobbing + mobbing av barnet	<i>Følelser knyttet til barnets overvekt på bakgrunn av mødrenes egen erfaring</i>
Egne forklaringer på barnets overvekt + ”fritids”- stress + følelse av skam og skyld	<i>Mødrenes forklaringer på barnets overvekt knyttet til følelse av skyld, skam og hverdagsstressets utfordringer</i>
Eget syn på kropp og helse + trening og mosjon + redd for spiseforstyrrelser	<i>Mødrenes syn på kropp og helse/ mosjon og trening</i>
Selfefficacy- egen evne til å takle utfordringer + støtte utenfor helsevesenet	<i>Selfefficacy -mødrenes egen evne til å takle utfordringer</i>
Opplevelse av likeverd/ samarbeid + positive opplevelser med helsevesenet	<i>Mødrenes opplevelse av likeverd og samarbeid med helsevesenet</i>
Nytten av behandlingen + egne tanker om god oppfølging + endringer i familielivet	<i>Mødrenes opplevelse av nytten av behandlingen og hvilke endringer dette har medført i familielivet. Egne tanker om god oppfølging av overvektige barn.</i>

Kap. 6 Presentasjon og analyse av funn

I det følgende er funnene fra hvert samlede kodeområde beskrevet og drøftet opp mot forskning og politiske føringer.

6.2 Oppstart av behandling for barnets overvekt- egen innsats og primærhelsetjenestens engasjement

-”Det må nok være veldig overvekt før helsesøster kommer og sier: nei , nå skal vi på slanking her”

Alle mødrene i mastergradsundersøkelsen hadde tidlig vært klar over at barnet deres var overvektig. De fleste hadde allerede fra barnet var i førskolealderen sett at barnet var større enn jevnaldrene barn. Som mor 6 uttrykker det: ”Ho var stor fra hun var baby”, ” .. vi så det helt fra hun gikk i barnehagen at hun var veldig rund”. I tillegg uttrykte alle informantene at barnet deres alltid hadde vært rolig og lite interessert i fysisk aktivitet. Mor 2 sier: ” Ho er ikke en sådan hopp og sprett unge, som klatrer og krabber og er veldig glad i å røre seg, og hun er vel litt sein, har vært sådan i motorisk utvikling, hun gikk for eksempel ikke før hun var 19 måneder”. Stort sett alle mødrene uttalte at bekymringene startet når det begynte å bli vanskelig å finne pikeklær i passende størrelser, her Mor 3:” når vi skulle kjøpe klær så var det aldri at de passa i forhold til lengde og bredde, vi måtte jo opp i størrelse hele veien, og når hun begynte på skolen så var hun jo kraftig, stor”. Studier viser at det mest vanlige er at foreldre ikke identifiserer sitt barns overvekt (Eckstein et al, 2006, He og Evans, 2007, Warschburger og Krøller, 2009). Dette samsvarer ikke med mødrene fra masteroppgaven, men her må man se på utvalget i mastergradsundersøkelsen. Dette utvalget var mødre som frivillig hadde ønsket å delta i et prosjekt for å redusere sitt barns overvekt, og dette er kanskje ikke representativt for den generelle befolkningspopulasjon.

4 av mødrene hadde aldri fått noen kommentar fra helsesøster eller fastlege på barnets vekt, men 2 av mødrene hadde fått råd om å være litt forsiktig med kjeks og saft. En mor uttalte(3) ”Jeg fikk aldri noen kommentar fra legen om at ho var overvektig nei..det gjorde jeg ikke altså”. En av utfordringene ved overvekt hos barn er kanskje nettopp at foreldre sjeldent blir gjort oppmerksom på barnets overvekt av deres fastlege (Eckstein et al, 2006). Da både foreldre og fastleger har en tendens til å overse overvekten, vil tiltak sjeldent bli iverksatt (R Chaimovitz et al, 2008).

I intervju-undersøkelsen hadde nesten alle mødrene selv lest om prosjektet ”Akkurat passe” i avisen og tatt kontakt med fastlegen eller helsesøster for å få barnet sitt henvist til sykehuset for deltakelse i prosjektet. Ingen hadde før dette aktivt prøvd å få barnet ned i vekt. Mødrene uttrykte at de følte et manglende engasjement fra spesielt fastlege, at han/hun kun har vært involvert i forbindelse med henvisning til sykehuset og de har ikke hatt noen kontakt angående dette siden da. En mor(4) uttaler: ”Fastlegen har ikke vært på banen, han har vært innkalt til felles møte men prioriterer det ikke i det hele tatt.” Spørsmålet er om fastleger nedprioriterer behandling og oppfølging av overvekt. Leverence viser til at leger ofte ikke starter behandling av overvekt pga egne kunnskapsmangler, og de er ofte ikke overbevist om langtidseffekten av noen typer vekttapsprogram (Leverence et al, 2007). I tillegg har fastleger ofte et stort arbeidspress, og tilfredsheten hos legene med fastlegeordningen i Norge er sprikende, med dårligst tilfredshet i Trondheim. Trondheim har dårligst legedekning blant kommunene (Paulsen, 2000). Fastlegene blir stadig mer opptatt av et økende antall eldre og kronisk syke med sammensatte lidelser og psykiske problemer. I tillegg er legen ønsket på flere og flere arenaer som sykehjem, helsestasjon, tverrfaglig samarbeid osv. (Roksund, 2007). I ”Samhandlingsreformen” beskriver regjeringen imidlertid hvordan man fremover ønsker å foreta vurderinger av det reelle kapasitetsbehovet for legeressurser både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Herunder vil man gjennomgå og vurdere listelengder hos fastleger, og gi kommunene sterkere posisjoner til å lede og prioritere legeressursene. Dette skal bidra til å sikre at fastlegen samhandler med andre. I tillegg vil man styrke fastlegens vurderingskompetanse (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008- 2009).

Mødrenes forventninger til helsesøster er tydelig, men opplevelsene i forhold til hvilken oppfølging barnet har fått er noe forskjellig- fra meget god oppfølging med samtaler og tydelig engasjement, til følelse av manglende interesse. En mor(1) uttaler: ”Hun (helsesøster, anm.) har ganske mye å gjøre, men hun ønsker at hun hadde hatt mer tid sådan sett.. men arbeidsmessig så er det sådan at hun ikke kan... men hun tar inn og veier og prater og såne ting.” Imidlertid opplever flere at dette overvektspørsmål ikke er prioritert fra helsesøsters side. Mor (2):” Ja, når vi har gått en stund på dette ”Akkurat passe” prosjektet, så ble vi på en måte anbefalt å ta kontakt med den lokale helsesøster våres for å bli fulgt opp der da... og det har i grunnen ikke fungert noe særlig for vår del, for det virker ikke på en måte som om hun syntes at det var så veldig viktig.”

I en dansk rapport fra 2006 redegjøres det for en undersøkelse om helsepersonells rådgiving om sunnhetsatferd. Her viser det seg at ca 1/3 av helsepersonell (de fleste innen primærhelsetjenesten) daglig bruker ca 2 timer på rådgiving om fysisk aktivitet og kostendringer. Pasientens helsetilstand har stor betydning for om man rådgir om sunnhetsatferd, hvis pasienten har en sykdom relatert til atferden sin skjer dette i langt større grad. Mer enn 80 % angir at de anser rådgiving om sunnhetsatferd som en del av deres ansvar og oppgave. Imidlertid henviser kun en mindre andel til andre tilbud, oppfølgende samtaler eller kontroll og utlevering av brosjyrer. Mange mener de har tilstrekkelig kunnskap til å kunne rådgi om helbredskonsekvenser av for eksempel røyking, usunn kost, fysisk inaktivitet, overvekt og for stort alkoholforbruk Likevel etterspør 2/3 en styrking av deres kompetanse innen rådgiving. Denne undersøkelse viser store forskjeller på hvilke redskaper og henvisningsmuligheter det enkelte helsepersonale anvender i forbindelse med rådgiving om sunnhetsatferd. Også muligheten til å tilegne seg kompetanse er meget forskjellig (Nielsen, Hansen, Hansen, Madsen og Willemann, 2006)

Enkelte av mødrene mener selv at det er andre barn som har større og viktigere problemer som må prioriteres av helsesøster. Mor (2) ”Dem (helsesøstre, anm.) har jo så mange henvendelser og det er nok mange problemer som blir vurdert som mykje større enn det her, sådan at det kanskje ikke blir så prioritert heller. Så jeg har ikke hatt samvittighet til å pushe så veldig på, for jeg har tenkt at det er andre som trenger helsesøster mer enn oss da.”

Stewart et al viser til at foreldre nettopp opplever at støtten i forhold til barnets overvekt i liten grad ivaretas i førstelinjetjenesten. Selv om foreldre mener at fortsatt oppfølging etter et behandlingstilbud ved spesialisthelsetjenesten har stor betydning for at de skal kunne fortsette med det opplegget som de er startet på, så skjer dette i liten grad (Stewart et al, 2007) I tillegg til ønske om kontinuerlig oppfølging så viser studier at mødre til overvektige barn føler at dette er et familieproblem og ønsker derfor at hele familien involveres i behandlingen (Jackson et al, 2005). Dette ønsker også mødrene i denne masterstudie. Fordi dette vil være ganske ressurskrevende kan det legge en demper på i hvor stor utstrekning man tar kontakt med helsesøster, da mødrene gir uttrykk for at andre med mer såkalt viktige problemstillinger må prioriteres.

6.3 Følelser knyttet til barnets overvekt på bakgrunn av mødrenes egen erfaring. –

”Jeg er så redd at det skal gjøre noe med selvbildet hennes, for jeg var litt lubben selv jeg i barneskolealder.”

Alle mødrene forteller om egne utfordringer i forhold til vekt. I oppveksten har de selv opplevd å få sårende kommentarer i større eller mindre grad av enten nære slektninger som f.eks. egen mor eller av jevnaldrene. Mødrene gir uttrykk for at de også i dag har et større eller mindre vektproblem. Mor (5) forteller: ”Veldig vanskelig for du føler deg uglesett som om det eneste du gjør er å spise junkfood og at du er lat.” En av mødrene har alltid slitt med undervekt, mens resten har gått på flere ”Grete Rohde” - slankekurs eller annet for å få ned større eller mindre grad av overvekt. Mor (5) sier:” Jeg har jo vært gjennom alskens slankekur siden jeg var 15 år så det er jo 20 år på slanking, nesten...”

For å få kontroll over vekten er slanking blitt en vanlig atferd hos en stor andel av vestlige kvinner. Mange kvinner som slanker seg befinner seg innenfor den medisinske definisjonen av normalvekt. Det er altså ingen medisinske grunner til at disse kvinnene skal være opptatt av vektreduksjon (Bugge, 2005). Dette må ses i lys av de føringer som legges i forhold til mote, helse og kjønnsroller. I et samfunn preget av velstand og overflod blir det i tillegg status å kunne vise at man har kroppskontroll (Williams og Germov, 1999). De kvinnekroppene som fremstilles i massemediene er ofte fjernt fra den gjennomsnittlige kvinnekroppen. Kvinner vil imidlertid i ulik grad tilpasse seg dette kroppsidealet (Bugge, 2005.)

Flere av mødrene trodde selv at de var overvektige, da de var barn. Mor (6) sier: ”.. jeg fikk bestandig høre det at : ”nei du er nå stor” og ”du er nå så kraftig,” så jeg har bestandig trodd at jeg var tykk. For jeg ser jo at jeg har alltid vært stor, men jeg har jo slettes ikke vært feit. Det ser jeg jo på barnebildene nå, at jeg skjønner ikke hvordan dem kunne si noe sådant.” Barnets overvekt oppleves som sårt og trist. Mødrene er lei seg og bekymret og redd for fremtiden fordi de fra egen erfaring vet hvilke utfordringer barnet står overfor, både i forhold til reduksjon av vekt og sosialt i forhold til mobbing og aksept. Mor (2) sier:” Jeg syntes det var trasig, jeg syntes det var ubehagelig, først og fremst fordi jeg var redd for at det skulle bli en problematisk oppvekst for ho ... Fordi at du kanskje blir litt mer utafør, sosialt, at du ikke blir akseptert fordi at du er tykkere enn dem andre”. De fleste av barna har også opplevd å få

nedsettende bemerkninger/mobbing pga overvekten og to av dem blir fortsatt mobbet på skolen. Dette har ført til at mødrene har tatt kontakt med lærer eller mobber.

At mødrene er bekymret for sine barns fremtid pga egne erfaringer med mobbing og dårlig selvbilde er forståelig, fordi stigmatisering av overvektige barn er svært vanlig. Mange studier viser at både barn og voksne oppfatter overvektige personer negativt, og tillegger dem negative egenskaper. Mobbing i oppveksten kan medføre psykiske problemer som depresjon, dårlig selvtillit og lav selvrespekt (Hill og Silver, 1995, Schwimmer et al, 2003, Musher-Eizenman, 2004, Cramer og Steinwert, 1998). Disse problemer kan i neste omgang vanskeliggjøre en vellykket vektreduksjon. Som Bandura uttrykker det så vil mennesker med dårlig selvtillit, som i utgangspunktet har liten tro på å lykkes med et prosjekt ofte få vanskeligheter med å gjennomføre dette med godt resultat (Bandura, 1997).

6.4 Mødrenes forklaringer på barnets overvekt knyttet til følelse av skyld , skam og hverdagsstressets utfordringer

- ” Min mor og bestemor og jeg selv er store damer så det ligger vel kanskje litt der..”

Når mødrene skal forklare hvorfor de mener at barnet er blitt overvektig, så anvender de nesten alle ordene ”gener”, eller at det ”er noe i kroppen”. Mor (3) sier:” Det er et eller annet i kroppen hennes som gjør at hun er stor” og mor (2):” jeg tror at det handler litt mer om hennes gener, at hun er mer disponert for det”. Mor (3):” det er et eller annet feil med oss da sådan at vi er for svær da, vi har noen gener som er litt annerledes ”. En mor (5) uttrykte at hun håpet det var en sykdom som hadde gjort barnet syk:” jeg håpte det var sykdom som gjorde det faktisk, for jeg har kjempet så mange år selv, så nei! Jeg håpte det skulle være noe behandling for stoffskifte eller et eller annet.” I tillegg mener de fleste at barnet allerede fra fødsel har hatt en tendens til overspising og overvekt, og dette forklares med for eksempel bruk av morsmelkerstatning, fjerning av mandler, kolikksmerter og besteforeldres holdninger. Som mor 4 sier: ” Hun åt store porsjoner, det oppdaget jeg for hun har god matlyst, og besteforeldrene klappet i hendene for det var så fint å se en unge som åt så godt!”

I forhold til at mødrene forklarer barnets overvekt med bruk av flaske i stedet for amming, så viser flere studier en sammenheng mellom inntak av morsmelk og redusert risiko for senere overvekt, avhengig av hvor mye morsmelk barnet får og hvor lenge barnet ammes. Jo mer amming desto mindre risiko for overvekt. (Owen et al (2005), Arenz et al(2004), Harder et al

(2005), Gillman et al, (2006)). Imidlertid viser nye kvinnestudier at dette kanskje likevel ikke er tilfellet. Funn viser sammenheng mellom amming i mer enn seks måneder og redusert overvekt, men ammingen hadde kun en beskyttende effekt frem til femårsalderen (Kramer et al, 2009). Her trengs det mer forskning på området, fordi de fleste forskningsartikler peker på ammingens positive effekt på overvekt.

Mange foreldre oppdager og ser ikke sitt eget barns overvekt. Studier fra flere steder i verden viser at nettopp dette er en stor utfordring innen overvektsproblematikk hos barn (Warschburger og Kröller, 2009, Eckstein et al, 2006, He og Evans, 2007 og Chamovitz et al, 2008). Ifølge Darron (2004) er det ikke uvanlig å høre foreldre si for eksempel at sønnen er akkurat som sine søsken; en kraftkar. Disse sammenlikninger kan ha en stor innflytelse på foreldrenes oppfattelse av riktig vekt og størrelse, i så stor grad at få tar særlig notis av lærebøkers oppgitte standarder for høyde og vekt. I stedet utvikler familien egne standarder for riktig størrelse. Studier viser at spesielt ulikheter i etnisitet kan gi ulike utslag innen vektoppfatning. Disse kulturelle forventninger kan sammen med stolthet og beskyttelsesinstinkter bidra til foreldrenes oppfattelse av normal størrelse (Darron, 2004).

Utfordringer pga stress i hverdagen gir mødrene i denne undersøkelse dårlig samvittighet. De føler de ikke har overskudd til å gi barnet den oppfølging de mener barnet trenger i forhold til overvektsproblemet. Dette gjelder både matlaging og aktiviteter. Mor (2): ”Det har kostet oss mye å skulle motivere henne, og det overskuddet, det har vi ikke hatt da. I liksom en travel hverdag for øvrig.” Også mor (4) mener oppfølgingen var overveldende: ”... tok lengre tid med matlaginga og så samtidig, ungene begynte å være med på aktivitet, jeg kommer durende hjem fra arbeid, henter unger i SFO, i barnehagen, hjem å lage mat, ut på noe, finn på noe aktivitet”. Dette ekstra presset i hverdagen kan derfor kanskje gjøre at man etter hvert eller inn i mellom velger hurtigmat og halvfabrikata (Bugge, Lilleborg Lavik, 2009). I tillegg kan det kanskje medføre at man til tider velger bort treningsøkten, fordi man er sliten etter en lang dag på jobb, innkjøp og husarbeid samt andre gjøremål.

Flere av mødrene uttrykker at de ikke har lyktes i morsrollen og at de skulle ha grepet inn mye tidligere når barnet var lite. Mor (3): ”Det er forferdelig synes jeg, som mor har jeg prøvd å gjøre alt jeg kan for at hun ikke skal være sådan, jeg har ikke lyktes, så da tenker jeg som så, at jeg er litt mislykka ikke sant”. ”Jeg angre meg jo nå som en hund at ikke jeg tok ho når hun var 2- 3 år og begynte da med slanking rett og slett for å få ho ned i vekt”. Her viser flere

av mødrene skyldfølelse i forhold egen manglende innsats tidligere i barnets utvikling. Imidlertid er ikke mødrene tydelige i sine svar når det gjelder følelse av skyld og skam, men flere uttrykker at barnets overvekt ikke er noe de har diskutert med venner og familie. Deltakelse i prosjektet "Akkurat passe" har de ikke offentliggjort for venner og slekt, som oftest er det kun egen arbeidsgiver og barnets klasselærer som er informert pga behov for fravær. Ved spørsmål om hvorfor dette ikke er drøftet med andre, uttrykker mødrene at dette er et tema de ikke ønsker blir kjent. Som mor (2) sier: "Vi har i grunnen ikke snakket så veldig høyt om det, for vi har vel tenkt sådan at kanskje kan det være litt sådan stigmatiserende, så det har ikke vært noe vi har... ropt ut med megafon at ho er overvektig så hun er med på et sådant tilbud. Vi har gått litt stille i dørene med det." Og mor (3): "For det er jo veldig touchy, vi snakker jo helst ikke om det verken med naboer eller kolleger." Mange overvektige har fortalt hvordan de er blitt møtt med nedsettende holdninger pga sin overvekt (Rugseth og Engelsrud, 2007). Disse erfaringer har også flere av disse mødre, og dette vil kanskje kunne legge en demper på lysten til å dele sine problemer i forhold til et så vanskelig tema med omverdenen. Som sagt opplever mange det som skamfullt å være overvektig, og dette gjelder sannsynligvis også når det dreier seg om ens barn. Fire av mødrene oppgir at de ikke opplever å få noen støtte av andre enn helsepersonale, mens to oppgir at deres mann støtter dem. Dette kan eventuelt ses i sammenheng med at svært få i familiens sosiale nettverk er informert om at barnet deltar i et vektreduksjonsprogram. I tillegg kan det kanskje tenkes at også venner og andre familiemedlemmer opplever det som et tabuområde belagt med skam.

6.5 Mødrenes syn på kropp og helse /mosjon og trening

"Jeg skulle ha ete mer frukt og grønt, jeg skulle trimmet mer, så jeg føler meg litt på etterskudd hele tiden i forhold til ..men jeg synes jo det er alt for mye fokus på det og helt feil verdier. Det er ikke det som gjør oss til bra mennesker."

Mødrene gir alle uttrykk for at de ikke liker det dominerende syn på kropp og helse som råder i dag, i form av en slank kropp og et pent utseende. Mor (2): "et lykkelig liv kommer ikke først og fremst av korleis du ser ut eller kor lett du er". Imidlertid er det klart at oppfattelsen av, at man selv er skyld i eget utseende, influerer på de fleste menneskers holdninger til overvektige. Dermed vil overvektige ofte oppleve at omverdenen tar avstand til dem og oppfatter dem som både late og dumme (Engelsrud og Rugseth, 2004). Studier viser at

livskvaliteten hos barn og unge med selv moderat overvekt er svært lav (Schwimmer et al, 2003).

Fire av mødrene i oppgaven mener de vet mye om sunn mat og at de spiser forholdsvis sunt i hverdagen, mens to aldri har vært opptatt av kosthold. I forhold til trening og mosjon oppgir kun en av mødrene at hun går regelmessig på treningsstudio blant annet pga ryggtrening, ellers opplever de andre seg som ”vanlige” kvinner i forhold til trim med gåturer på søndager og litt skigåing. Ingen av mødrene er aktive i idrettsmiljøer, og flere av mødrene trives ikke på treningsstudio. Mor (1) sier: ”Helsestudio er ikke noe for meg”. Imidlertid gis det uttrykk for at de selv burde ha spist sunnere og trent mer. I forhold til barnets interesse for trening forteller mødrene at deres overvektige døtre alltid har vært rolige barn med liten interesse for idrett og fysisk aktivitet. Som mor (3) sier: ”Men det å sykle seg en tur eller være i bevegelse som du tenker vanlige normale unger, det er det de mangler de her unger. Det er ikke så artig, eller det er kanskje for slitsomt, så dem er mye passiv”. Mødrene i undersøkelsen har nesten alle en utdanning fra enten yrkesskole, høyskole eller universitet. Studier viser at barn av foreldre med høyere utdanning trener mer enn hvis foreldrene har lavere utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003-2003). Men selv om disse mødre har høyere utdanning trener deres barn ikke. Imidlertid er dette materiale i oppgaven basert på svært få informanter, som er spesielle i forhold til befolkningen generelt fordi de nettopp selv har tatt initiativ til oppfølging av deres overvektige barn.

Tall fra Norges idrettsforbund viser at andelen barn som trener i Norge i dag øker kraftig. De aktive barn er mer aktive. Samtidig øker antallet av barn med overvekt, størst er økningen blant barneskolebarn (Ødegård, 2008). I USA, hvor mer enn halvparten av alle kvinner og menn over 20 år er overvektige, har denne trenden lenge vært et problem (Wichelgren, 1998). Imidlertid er det den slanke kroppen som er idealet, og overvekt blir betraktet som en negativ egenskap som gir liten sosial aksept, både i forhold til å finne en partner, karrierejobber og helsepersonellens syn på fedme (Maurer og Sobal, 1995 og Sobal, 1999). Samfunnet er preget av dualisme i forhold til kost og trening, hvor det i forhold til folkehelsen er problematisk at gjennomsnittsvekten i befolkningen øker. Dette skyldes hovedsakelig fysisk inaktivitet og overdrevent matinntak. For de fleste mennesker vil mer mosjon og sunnere kost med færre kalorier være gunstig for både fysisk og psykisk helse, men overdreven fysisk aktivitet og slanking ser på den annen side ut til å kunne utløse spiseforstyrrelser som for eksempel

anorexi eller bulimi (Martinsen, 2004). Tre av mødrene har vært redd for at barnet eller søsken skulle få spiseforstyrrelse hvis de pratet for mye om overvekten.

6.6 Selfefficacy - mødrenes egen evne til å takle utfordringer

–” Så jeg presser og presser og så plutselig så er det tomt, og da er det tomt.”

Mødrene mener at de i hverdagen er rimelig gode til å takle utfordringer. I forhold til stress på jobb kan det være ulike utfordringer, som mor (2) sier: ” ..så liker jeg å vise at jeg kan prestere litt, ..men så samtidig så kan jeg ha veldig tvil på egne evner da, så det er nå litt begge deler da, kanskje det kommer litt an på hva slags område det er ”. Mor (3) forteller:” Det er jo mange sånne baller og ting jeg skal bringe videre og sette i system og det er jo aldri en dag som er likens og jeg vet aldri hva som kommer, og alt haster jo og skulle være gjort i går liksom, så det å prøve å roe ned og prøve å finne gode arbeidsmåter så en ikke stresser, det har jeg fokusert ganske mye på personlig, og lærer meg å stresse ned.” Direkte stress er verre å håndtere. Dette kan medføre søvnløshet, kort lunte, smerter i kroppen og frustrasjon. Mor (6) sier:” Stress takler jeg veldig dårlig. Nei, det er ikke bra for meg. Da blir det søvnløst”, eller mor (3): ” Jeg er kanskje litt for stressa, jeg er nok det, for etter hvert så har jeg lav toleranse, så det er vel derfor jeg er svimmel akkurat”. Det er stor forskjell på evnen til å håndtere stresset i forhold til hvilken type utfordringer det er snakk om. Hvis det er personlig/familiært er det straks mye vanskeligere enn hvis det dreier seg om utfordringer i jobbsammenheng. Som mor 5 sier: ” Utfordring er utfordring, og det tar vi. Men hvis det går mer på meg personlig, da kan jeg lett finne på omveier. .. jeg er veldig fort til å gi opp personlige mål og ikke gjøre det nå.” For eksempel har flere av mødrene aldri selv klart å slanke seg som ønsket, eller klart å holde en ideelvekt. Også mål om å skulle spise mer grønt eller trene mer har vært vanskelige å oppnå. Mor (5) sier: ”Alt som ikke går på slanking og trim går greit. Resten går stort sett greit, altså.”

Banduras teori viser en sammenheng mellom troen på egne evner og oppnåelse av resultater (Bandura, 1997). Mødrenes bakgrunn med egne utfordringer knyttet til vekt kan gjøre at de tviler på barnets og sine egne evner til å oppnå målet om et normalt BMI nivå, og mislykkes derfor i forhold til dette. Studier viser at mennesker med høy grad av selfefficacy (tro på egne evner) også har høy grad av optimisme, og teorier om begrepet optimisme viser at dette har positiv innflytelse på menneskets atferd i forhold til måloppnåelse og motivasjon

(Luszczynska, Gutiérrez- Dona og Scwarzer, 2005). For å styrke mødrenes tro på at de sammen med barnet kan lykkes i forhold til overvektsproblemet kan intervensjon, som inngir optimisme og fremhever foreldres evne til å ivareta barnets helse, være en måte å imøtekomme familien på. Dette kan igjen være et redskap for foreldrene i forhold til deres egen oppfølging av barnet.

Alle mødrene er samstemt i forhold til hvor vanskelig det er å skulle endre spisevaner til barnet sitt og oppnå vektreduksjon. Som mor (3) uttrykker det: ” Men det er jo et mye vanskeligere prosjekt det å skulle slanke en unge enn å skulle nå et anna mål.” Og mor (4): ” Hvis jeg har et mål så når jeg det. Går på til jeg når det målet. Men det målet med å få barnet ned i vekt og endre livsstil, det er kjempetøft”. Å få ansvar for å skulle motivere sitt barn til vektreduksjon, noe som innebærer store endringer i hverdagen, er helt åpenbart en stor ekstra påkjenning for foreldre i et moderne familieliv med jobb, skole, transport, husarbeid, parforhold og fritidsinteresser. Som studier viser er grensesetting i forhold til mosjon en av de største utfordringer (Eckstein, 2006)

6.7 Mødrenes opplevelse av likeverd og samarbeid med helsevesenet

–”Nei, så jeg har følt at det på en måte har vært opp til oss som foreldre å ta initiativ til å få et nært samarbeid med den her primærhelsetjenesten da.”

Mødrene føler de spesielt på sykehuset, i forbindelse med deltakelse i prosjektet, har blitt møtt av hyggelig personale som har virket interessert i dem og deres barn. De føler de er blitt tatt på alvor, blant annet fordi det i utredningen av barnets overvekt også er gjort undersøkelser for å utelukke medisinske årsaker. I forhold til følelse av samarbeid og likeverd har de følt seg akseptert og likestilt i de foreldregrupper de har deltatt i i prosjektet, men mødrene mener ikke de har vært tatt med på råd eller er blitt spurt om egen kompetanse. Mor (1) sier: ”Dem spurte ikke kossen følelser vi satt inne med og sånne ting, det har ikke vært spørsmål om hva vi ville.” Behandlingen i prosjektet har ifølge en mor ikke skjedd i et samspill. Som mor (2) sier: ... Gjennom begge disse 2 åra her så har vi ikke fått noe tilbud om samtaler.. vi voksne kun, uten at barna har vært til stede.. så det er mange ting en har følt behov for å spørre om eller snakket om som vi ikke har hatt anledning til Vi har jo hele tiden hatt en invitasjon til å selv ta kontakt, men så er det det at det føles jo veldig stort på en måte... alt her nede på sykehuset... og vi tenker at dem har det travelt, og er redd for å

forstyrre... og dem er vanskelig å få tak i på telefon og sådan, så selv om du har en stående invitasjon om at du kan bare ta kontakt, så er det likevel en terskel for å gjøre det...

Enkelte føler seg ikke ivaretatt på helsestasjonen, og en mor har opplevd seg nedlatende behandlet. Mor (6) sier: ”Med helsesøstera, nei. Jeg føler det at når du kommer dit, så har dokker gjort noe feil. Dem har litt sådan nedlatende holdning. Så det synes jeg ikke er bra.” En annen mor mener helsevesenet betrakter henne på en arrogant måte. ”Veldig vanskelig å ta kontakt for du føler deg uglesett som om det eneste du gjør er å spise junkfood og at du er lat. Det er liksom det inntrykket du føler at dem gir deg da.” På tross av det økende antall overvektige barn og voksne er det som nevnt tidligere vanlig at helsepersonell har fordommer overfor overvekt (Tao og Glazer, 2005). Holdninger som diskriminerer pasienter kan kanskje medføre et manglende engasjement i denne gruppens utfordringer.

Helsetjenesten gir kun behandling for overvekt til et mindretall av de personer som trenger det, og leger føler seg ikke overbevist av effekten av behandlingsmetodene, som ofte gir dårlige resultater. Ofte kreves det at pasienten viser at han/hun har et stort ønske og vilje til å komme i gang før det startes på behandling (Galuska, 1999, Leverence, 2007). Når det i et behandlingsopplegg kreves innsats fra flere ulike nivåer som her både spesialist- og primærhelsetjenesten, er det kanskje ikke overraskende at pasienten møter motstand og manglende interesse jo flere innstanser som han/hun må henvende seg til.

6.8 Mødrenes opplevelse av nytten av behandlingen og hvilke endringer dette har medført i familielivet. Egne tanker om god oppfølging av overvektige barn.

–”Jeg skulle ønske det fantes en pille mot fedme!”

I forhold til nytten av den behandling barnet har fått i prosjektet ”Akkurat passe”, så er det kun en av disse informanters døtre som har gått ned i BMI. Resten har ifølge mødrene økt i vekt, enkelte har hatt stor økning i løpet av siste året, mens et barn har stagnert i BMI. Likevel opplever flere av mødrene at deres barn spiser sunnere og en av mødrene har merket at barnet er blitt mer aktiv. Mødrene synes imidlertid at oppfølgingen har vært for resultatløs og for mye av opplegget har vært basert på selvhjelp. Mor (2) sier: ”Jeg tror nok at hadde jeg visst korleis det var, så hadde vi ikke kommet til å delta, for vi føler at vi har brukt veldig mykje tid på å være her uten at vi har fått noe særlig igjen.” En annen mor (6) sier: ”Hos oss fungerte

det ikke i det hele tatt syntes jeg. Nei, jeg syntes det var for taslet. Nei, jeg tror at når vi bruker så mye tid og energi, kjører til byen, da forventer du noe resultat.” Mødrene viser frustrasjon over manglende resultater etter en tøff innsats, hvor de har brukt mye tid og penger på å kjøre langt for å komme til Barne- og ungdomsklinikken. Studier viser at kortere avstand til behandlingssklinikken kan bedre oppfølgingen av overvektige barn (Barlow og Ohlemeyer, 2006). Et lokalt tilbud synes å være opplagt da Norge er et langstrakt land, med vær og føre som kan gi utfordringer store deler av året.

Mange foreldre opplever, som disse mødre i oppgaven, at oppfølging etter behandling i klinikken er dårlig. Kontinuerlig støtte til familien for å oppnå behandlingsresultater og en inkludering av hele ”storfamilien” synes å være en fordel for å unngå undergraving av kjernefamiliens prosjekt (Stewart et al, 2007)..

Ved spørsmål om egne tanker om god oppfølging ønsker alle mødrene individuelle samtaler foreldre og barna hver for seg. En mor ønsker i tillegg at det for hver forelder skal foretas en dyperegående samtale med helsepersonalet for å forsikre seg om, at vedkommende virkelig er positivt innstilt til prosjektet. Dette var i forhold til skilte foreldre, hvor mor opplevde at far skulle være ”snill” når datteren var på besøk, og dermed ga henne godteri osv. De 5 som har vært i selvhjelpsgrupper har alle savnet individuelle samtaler uten barna til stede fordi de da kunne ha stilt spørsmål og kunne ha drøftet tema som de ikke følte de kunne ta opp med barnet tilstede. Mor (2) sier: ” Det er mange ting en har følt behov for å spørre om eller snakket om som vi ikke har hatt anledning til.” Og mor (1) sier:” ... så er det foreldre som ikke vil si alt når ungene hører på selvfølgelig.”

Det har ikke skjedd store varige endringer i familielivet pga deltakelse i prosjektet, men enkelte opplever en større bevissthet i forhold til valg av sunne matvarer og flere har begrenset ettermiddagskaffen og lørdagsgodtet. Mor (3) sier på spørsmål om familien spiste mer lørdagsgodt før:” Nei, oss hadde ikke det altså... men dem hadde nok fått mer lørdagsgodt, altså det her smågodtet, du plukker i butikken selv, det er jeg overbevist om, og det holder vi oss langt unna, det er helseskadelig.” Og mor (2) sier:” Vi drakk nok mykje mer ettermiddagskaffe før, med litt kjeks eller boller eller sådanne ting der til, det har vi kuttet ut. Sådan til hverdags ja.”. Mødrene opplever at de ikke har hatt så dårlig kosthold fra før, derfor krevde deltakelsen i prosjektet ikke noen stor endring. Mor (2) sier:” vi har liksom ikke fått råd som jeg ikke har vist om fra før.” Ettersom mødrene selv mener de har god kunnskap om

sunn kost og oppgir, at de har et ganske sunt kosthold fra før, kan noe av årsaken til barnets overvekt kanskje skyldes at tilgjengeligheten for usunn mat er stor for barn og ungdom. Mødrene klarer kanskje i mindre grad å kontrollere hvilken type mat barnet får i seg i løpet av skoledagen og på fritiden. For å redusere usunt kosthold hos barn og ungdom har Kunnskapsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007) gått sammen for å gjøre en innsats i forhold til mat og drikke i skolen. De har i samarbeid utgitt brosjyren ”Fysisk aktivitet og måltider i skolen”, hvor det anbefales at skoler ikke bør tilby brus, saft, snacks eller godteri og unngå kaker og boller daglig. Ungdomsskoler og videregående skoler bør ha et mattilbud i kantine eller matbod. Imidlertid er mange skoler plassert tett opp til kjøpesentre, og fortsatt har en del fritidssentre (for eksempel svømmehaller, sportshaller osv.) brus- og godteriautomater.

I forhold til aktivitet så trener familiene ikke noe spesielt mye mer nå etter endt prosjektdeltakelse enn før. Eget treningstilbud i gruppe til overvektige barn er en ide som flere har tenkt på, gjerne lokalt administrert via helsesøster. Mor (2) sier: ” det som jeg hadde ønsket meg veldig det var at det hadde fantes et sådant treningstilbud for disse ungene her, nettopp fordi det er så mange av de her som ikke har lyst å være med på handball og fotball og slik aktivitet, for dem faller jo igjennom.” og mor (3) sier: ”... lokale grupper, treningsgrupper for de unger der dem er mye roligere enn dem andre ungene, og dermed så blir dem og kraftigere. At man har et treningsopplegg der man møter andre unger og er i fysisk aktivitet i kommunen.” Mødrene mener det er viktig at man kommer i gang tidlig før barnet og familien legger til seg vaner som er usunne.

I ”Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005- 2009) presiseres det at målgruppen for intensjonene i planen er hele befolkningen, og spesielt barn og ungdom og personer som er for lite fysisk aktive. Og i Kapittel 6.1 står det: ”Sosial- og helsetjenesten skal også bidra til å skape aktivitetstilbud for grupper med spesielle behov og grupper som faller utenfor de ordinære aktivitetstilbudene”(Helsedirektoratet, 2005). Dermed finnes det politisk grunnlag for å igangsette tiltak i kommunene som kan imøtekomme denne gruppes ønske om et spesielt treningsopplegg.

Flere av mødrene ønsket seg konkrete resultater ved at barnet for eksempel ble satt på en diett og at det var strengere opplegg med hjemmelektse for barnet. Mor (6) foreslår:” Da syntes jeg dem skulle ha sagt: ok, til neste gang, her er dagboka, og da skal du krysse av for det og det,

ut og gå den dagen. At dem rett og slett., og da skal dem ha fylt ut og underskrevet at dem har gjort det. Det blir som lekser.” I tillegg ønsker mødrene oppfølging på sikt enten via prosjektet eller egen fastlege eller helsesøster, med innkalling og kontroll for eksempel hvert halvår. Mor (2) sier:” Nå føles det litt liksom nå er vi sluppet ut i det store intet”.

Mødrene gir uttrykk for at de mener at de på den ene side bør få en mer helhetlig oppfølging med flere samtaler og involvering av resten av familien. Samtidig ønsker de en streng kur med kontroll av barnet gjennom for eksempel lekse eller som veiekontroll a la Grete Rohdes slankeprogrammer. Mødrene viser her en tvetydighet, at dette problem ikke bare er barnets – men samtidig er det barnet som skal ”behandles”.

Familiene til de overvektige barn kommer fra et stort område, flest fra mindre bygder med befolkningstall på ca 10.000. Mor (4) uttaler:” Men jeg har ikke hatt noe kontakt etterpå. Det følte veldig greit der og da, vi fikk sånne oppgaver, dokker ringer dem og så neste gang så ringer dem dokker, før neste møte, men etterpå... nei det var ikke sådan ... med spredt geografi så er det ikke noe naturlig at dem blir våre omgangsvenner, ungene skrev nå kanskje litt brev eller sendte noen meldinger, men ikke oss, det var ikke noe mer.”

I en kronikk i Aftenposten drøfter forskere fra *Norsk senter for bygdeforskning*, *Institutt for sosiologi og statsvitenskap* og *Norsk senter for barneforskning* utfordringen ”Bygdebarn fetere enn barn i byene”. Her påpekes det at: ”Flere nye studier antyder at bygdebarna sliter mer med vekta og står i større fare for å utvikle påfølgende livsvarige helseproblemer enn barn som vokser opp i byen”(Flø, Heggem, og Rye, 2008). Studier fra utlandet viser at bygdefolk ofte tjener dårligere og har lavere utdanning enn folk i urbane strøk, forhold som vanligvis peker mot mindre helsebringende livsstiler. Selv om forskerne understreker at den norske bygda skiller seg fra andre lands bygdesamfunn i disse forhold, så viser studier her hjemme tilsvarende resultater. En undersøkelse publisert i ”Journal of Public Health” viser at det er en klar geografisk dimensjon i den norske fedmeproblematikken, med flest overvektige barn i Nord-Norge. Det vises i kronikken også til at ”.. St. Olavs hospital i Trondheim rapporterer om en tydelig rural dimensjon i sitt fedmearbeid. Over halvparten av alle barna som får behandling for overvekt ved sykehuset, er fra bygda” (Flø, Heggem, og Rye, 2008).

Kap. 7 Drøfting og avslutning

Hensikten med denne oppgave er å finne frem til metoder som helsepersonell kan benytte for best mulig å motivere familier med overvekt hos barn og ungdom til helsefremmende atferd, livsstilendring og oppfølging av barnet på sikt. Oppgavens problemstilling inneholder flere tema for drøfting:

Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

Forskningsspørsmål:

- 1: hvordan føler mødrene de får forståelse og hva er det som oppleves som helsefremmende?
- 2: hva skal til for at familien fortsetter med helsefremmende atferd?
- 3: hadde mødrene tro på at de vil lykkes med oppfølgingen av deres barn- og støtter oppfølgingen fra helsevesenet deres tro på å lykkes?

Tema som drøftes i dette kapittel er de samfunnsmessige betingelser og helsepolitiske føringer, som legger grunnen for hvilke holdninger og behandlingstilbud som møter overvektige barn og deres foreldre. Denne oppgaven tar for seg hvordan dette kan påvirke mestringsevnen hos både foreldre og barn. Valg av kvalitativ metode er gjort for å avdekke hvordan mødre til overvektige jenter opplever seg ivaretatt og imøtekommet ved kontakt med helsevesenet i forbindelse med barnets overvekt. Funn fra intervjuundersøkelsen diskuteres opp mot hvordan man som helsepersonell mest hensiktsmessig møter barn og familier med overvektsproblematikk, slik at disse føler seg forstått, ivaretatt og inspirert til å fortsette med helsefremmende atferd.

Diskusjon.

Behandling av barns overvekt har vært fundert på sunt kosthold, aktivitet og trening. Funn i denne studien viser at mødrene mener de selv stort sett har et rimelig sunt kosthold i hjemmet, og at de prøver å motivere deres barn til å være mer fysisk aktiv. De har prøvd å følge spesialisthelsetjenestens opplegg trofast gjennom lang tid, og flere har med vekslende hell forsøkt å få til en slags oppfølging i egen hjemkommune. På tross av dette er det små resultater, barna er fortsatt overvektige; enkelte mer enn noen gang. Hva er det så mødrene står opp imot?

7.1 Holdninger til overvektige

Funnet i studien tyder på at overvektsproblemer ikke kun løses ved forsøk på vektreduksjon gjennom kostendring og økt mosjon. Likevel er det dette de fleste behandlingstilbud er basert på. Hvis en ikke lykkes med dette, er holdningen at da er det ditt valg, du kan selv velge om du vil være sunn eller usunn.

I en kronikk i Dagbladet 26. januar 2004 skriver Professor Gunn Engelsrud og førsteamanuensis Gro Rugseth (UiO) om den overvektige kroppen. De mener at Sosial- og helsedirektoratet gjennom sin presentasjon av fedme og de utfordringer som er knyttet til dette sammen med media bidrar til å skape negative holdninger til overvektige. De mener at helsedirektoratet fremstiller overvekt som et resultat av usunne valg, fet mat og lite fysisk aktivitet, og henviser til Dr. Serena Tonstad i Norsk forening for fedmeforskning. Ifølge Tonstad medfører denne fremstillingen at overvektige ikke blir tatt på alvor i helsevesenet, fordi helsepersonell har en tendens til å oppfatte fedme som mangel på selvkontroll. Engelsrud og Rugseth mener at kroppen i dag oppfattes som et individuelt prosjekt, og du er dermed selv skyld i ditt eget utseende. Den slanke, trente kroppen er idealet som det krever hardt arbeid for å oppnå. Den slanke kroppen utløser beundring og gir deg innpass og velvilje. I motsetning til dette oppfattes den overvektige som lat, grenseløs og usunn. Kroppsform og personlige egenskaper knyttes sammen på en måte som man tidligere knyttet sammen for eksempel kroppsform med kriminalitet. Når helsedirektoratet sammen med media knytter sammen inntatt og forbrukt energi, og fokuserer på en løsning som skal øke aktivitetsnivået i særlig utsatte grupper og øke hverdagsaktiviteten i befolkningen generelt, så kan direktoratet være med på å bygge opp om fordommer og intoleranse. Er den overvektige lat og uambisiøs? ”Den som er overvektig blir redusert til et objekt som media og helsepersonell kan plassere sin virkestrang og angst på” (Engelsrud og Rugseth, 2004).

Sosial- og helsedirektoratet svarte på denne kronikken den 3.2.2005. De tilbakeviste at overvekt skyldes latskap eller bevisste usunne valg, og ga uttrykk for at det er en rekke årsaker til overvekt. Det ble presisert at fokuset bør dreie fra overvekt til aktivitet. Det vises til nyere forskning som viser at overvekt alene ikke utgjør særlig helserisiko dersom man er i fysisk form. Derfor anses det som den viktigste oppgave å være pådriver for å tilrettelegge for muligheten til å være i hverdagsaktivitet. ”Til syvende og sist blir det den enkeltes valg, men

med et samfunn tilrettelagt for aktivitet, vil de sunne valgene også bli enklere”(Bjørneboe og Aadland, 2005).

Selv om Sosial- og helsedirektoratet avviser at overvekt skyldes latskap eller dårlig kost, så sier de i neste omgang at det er den enkeltes valg å delta i aktivitet og spise sunt, bare dette blir tilrettelagt slik at valgmuligheten for dette er tilstede. Dermed legger man ansvaret for problemet på den enkelte, og vektlegger i liten grad det helhetlige i problemstillingen.

7.2 Skolen

Nowika og Flodmark(2006) understreker i boka ”Barnövervekt i praktiken; evidensbasert familjeviktsskola” at lærerens rolle som støtte for det overvektige barnet er en viktig oppgave. Her vektlegges det blant annet at læreren må hjelpe det overvektige barnet med å få aksept fra klassekamerater i forhold til for eksempel et spesielt kosthold. Lærere må ta ansvar for sanering av skolen i forhold til usunn hurtigmat og drikke, og for at gym i skolen i mindre grad fokuserer på eliteidrett men heller vektlegger normal hverdagsmosjon. Den norske opplæringslov levner ikke tvil om at alle har krav på tilpasset opplæring. Inkluderende opplæring inngår i kunnskapsdepartementets utredning: *I første rekke- En tilpasset opplæring for alle* (NOU 16, 2003). Det vil si at det som en naturlig ting skal legges til rette for gymopplæring for også det overvektige barn, slik at dette barnet kan delta på lik linje med sine klassekamerater. Imidlertid har ingen av mødrene nevnt samarbeid med skolen i forhold til barnets overvekt. Flere av mødrene har opplevd selv å skulle ta opp mobbing av barnet gjentatte ganger, og har selv måttet foreslå tiltak for å få stoppet dette.

På skolen kan helsepolitiske råd om sunn kost og økt fysisk aktivitet administreres svært forskjellig. Stortingsmelding 30 ”Kultur for læring” (2003-2004) foreslår at det legges til rette for en periode med variert fysisk aktivitet midt på dagen de dagene elevene ikke har kroppsøving. Imidlertid gis mulighet for lokalt handlingsrom for utvikling og drift av ordningene, det vil si at tilbudet på noen skoler kan oppleves administrert som selvstudier. Midler til frukt og melk blir på enkelte skoler anvendt til vikarer, lønn eller skolemateriell. Dette begrunnes med at skolene ikke får tilført nok ekstra midler til å imøtekomme de politiske krav (Alm, 2009).

Om økt gym i skolen er veien å gå, kan det stilles spørsmålsteget ved. Forskningsresultater lagt frem på The European Congress on Obesity i Amsterdam, 2009 tyder på at den totale tiden brukt på fysisk aktivitet blant barn er den samme, uansett hvor mange timer gym de har på skolen. En britisk studie som inkluderte ca. 200 barn fra tre barneskoler sammenliknet aktiviteten til barna som hadde ulik mengde med gymtimer i skolen, fra mellom 9 til ca 1,5 timer pr uke. Barna var utstyrt med skritteller hver dag i 7 dager. Det var justert for alder, kjønn, daglys og regn. I tillegg var kroppsstørrelse og stoffskifte tatt med i vurderingene. Likevel var antallet timer aktivitet per uke det samme uansett hvilken skole barna kom fra. Studien mener barna kompenserer for mer aktivitet på skolen med mindre når de er hjemme, og omvendt (Frémeaux, 2009).

7.3 Primærhelsetjenesten

Flere av mødrene forteller selv om tidligere og nåværende vektproblemer. Disse mødre er alle ganske ressurssterke med utdanning, partner og jobb, selv om enkelte er sykemeldt pga diverse helseproblemer. Vektproblem har gitt flere av mødrene negative opplevelser tidligere i livet. Dette kan kanskje til dels hemme lysten til å be om hjelp til barnets overvektspørsmål. Derfor er det kanskje enda mer viktig at fastlege og helsesøster er aktive og oppsøkende i arbeidet for å unngå utvikling av stor overvekt hos barn. Mødrene foreslår selv at kostveiledning og oppmerksomhet allerede tidlig kan være et middel til å unngå at overvekt utvikler seg hos barnet. Få av mødrene hadde opplevd at primærhelsetjenesten hadde grepet inn, selv om barnet etter hvert utviklet betydelig overvekt og flere mødre selv var tydelig overvektige. Hva er årsaken til dette? I Norge forsvant den rutinemessige vektkontrollen på helsesøsters kontor i 1998, vesentlig av frykt for stigmatisering og spiseforstyrrelser. Imidlertid har den bekymringsfulle utvikling av overvekt og også tendenser til økning av undervektige gjort, at Helsedirektoratet i dag anbefaler rutinemessige målinger av høyde og vekt på gitte alderstrinn i det forebyggende helsearbeidet blant barn og unge på helsestasjonene og i skolehelsetjenesten. I disse dager er ”Utkast til nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten” ute på høring med frist 20. september 2009. Hensikten med målingene er tredelt: for det første ønsker man å følge det enkelte barns vekst og på et tidlig tidspunkt kunne sette inn hvis det fremkommer avvik. For det annet ønsker man å følge utviklingen i barne – og ungdomsbefolkningen over tid for å få et grunnlag for å utarbeide og evaluere forebyggende tiltak. For det tredje ønsker man ved innsamling av høyde- og vektdata å bidra til forskning i forhold til

årsakssammenhenger av overvekt og undervekt hos barn og ungdom (Helsedirektoratet, 2009).

I perioden barna til informantene i denne studien vokste opp, var det altså ikke systematisk måling og veiing av barna opp gjennom barnealderen. Bakgrunnen var som sagt frykten for å stigmatisere de overvektige barn og risiko for å utvikle spiseforstyrrelser som anoreksi. Målinger skulle imidlertid ifølge ”Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 1998” (Statens helsetilsyn, 1998) foretas på helsemessig indikasjon. Dette skjedde ikke for disse barn; eller også har denne formulering vært såpass uklar at man har vært i tvil om når det var ”helsemessig indikasjon”.

Holdninger til gjeninnføring av veiing og måling møter kritikk. Opplevelse av vekt og veiing kan for den enkelte oppleves som svært ubehagelig og mot sin hensikt. Gro Rugseth (2007) skriver i en kronolog i ”Norsk farmaceutisk tidsskrift” om de utfordringer hun ser i forbindelse med vektlegging av måleverdier i oppfølging av befolkningen. Hun mener det er en fare for at ansvaret for å bli og å være overvektig plasseres hos personen selv ved at dette knyttes til valg av livsstil med dårlig selvkontroll og mangel på kunnskap om trening og kosthold. Rugseth hevder at forskning på behandlingsopplegg hvor veiing står sentralt viser at målet om varig vektreduksjon i liten grad oppnås. Hun ønsker at forskningen i større grad konsentrerer seg om hvordan vekt *oppleves*. Rugseths egne studier viser at både egen opplevelse av vekt og det å bli veid av andre er følelsesmessig svært ladet og sårbart, og flere har i hennes datainnsamling uttrykket at de ikke liker veiing, at de nærmest ikke tåler det. Imidlertid viser hennes data også at noen føler det som motiverende i vektreduksjonsarbeid å veie seg. Veiing og måling viser seg altså å ha ulike betydninger. Imidlertid viser Rugseth til erfaring som observatør på vektreduksjonsbehandling, hvor hun har fulgt med når veiing foregår. Her viser det seg at det kommuniseres helt forskjellig om vekt avhengig av om en person har gått opp eller ned. Ved vektnedgang feirer man med positiv kommentering, anerkjennende blikk og smil. Når vekten har gått opp eller vekten står stille, blir kommenteringen mer skjerpene, litt bedrøvet og trist, for eksempel «ja, ja, du får bare stå på» eller «det er ikke godt å si hva du gjør galt». Informanter beskriver at det å føle seg «redusert til sin målte vekt» er en vanlig erfaring, og i slike tilfeller føler de seg sviktet av helsetjenesten. De ønsker seg omsorg, men møter kontroll og overvåking. Rugseth mener det er viktig at helsemyndigheter er klar over risikoen for å forvalte et syn som ikke tillegger personen verdi utover sin egen målte vekt.

”Den som veier for mye blir plukket ut, kategorisert som for tykk og anbefalt vektreduksjon gjennom de samme programmene som har vist seg å ikke ha effekt. Målet er bedre helse gjennom redusert vekt. Det er like gjerne starten på lange slankekarrierer, ja hele livsløp med gjentatte slankeforsøk. Det er ikke nødvendigvis helsefremmende. Ved å bygge behandling av overvektige mennesker på deres målte vekt risikerer man å begå en grunnleggende feil.”
(Rugseth, 2007, s. 20).

Imidlertid kommer forfatteren i denne kronikken ikke med alternative forslag til forebygging og oppdagelse av overvekt hos barn. Hvis man ikke har tall å forholde seg til, hva skal man da anvende?

Mødrene i denne studien sin oppfattelse av hvordan barnets overvekt skal kontrolleres/behandles er delt. Selv om de har med seg en kroppserfaring som sier at ”dette klarer jeg ikke” når det gjelder kortvarige intensivkurs som de selv har deltatt i opptil fire ganger, så ønsker de intensiv og til dels streng diett behandling med kontrollveining av barna. Samtidig virker det som om mødrene gjennom egen erfaring er klar over, at dette problemet som har utviklet seg hos barnet er noe mye større, en del av et helhetsbilde som både involverer barnets psykiske, fysiske og sosiale liv. Mødrene selv sliter med en spenning mellom samfunn og individ; hva blir presentert som middel mot overvekt i medier og fra helsevesenet og hva er egentlig den grunnleggende årsaken til overvekten hos deres barn? For selv om intensivkurs kan ha god effekt på kort sikt så viser jo både litteraturen og mødrenes egen erfaring at dette ikke holder i det lange løp.

7.4 Usunn kost

Det finnes i dag et stort matutvalg og mattilbud i den vestlige verden. Dette gjør at det virker som en nødvendighet å være seg bevisst næringsverdien i den type mat og drikke man inntar i sitt daglige kosthold for å unngå helseproblemer som følge av feilernæring. Tall fra Helsedirektoratets publikasjon ”Utviklingen i norsk kosthold 2008” viser tydelig at et økt tilbud på søte og fete matvarer medfører økt forbruk. I 2007 spiste hver nordmann nesten 15 kilo godteri og drakk 67 liter sukkerholdig brus hver. Brus og godteri er de største sukkerkildene i kostholdet, og forbruket av sukkerholdig brus økte igjen i 2008. I forbruckerundersøkelser utgjør brus og godteri en større andel av utgiftene enn matvarer som

frukt, grønnsaker og brød. Siden 1999 har forbruket av grønnsaker økt fra 60 til 67 kilo og frukt har økt fra 69 til 91 kilo. Samtidig er grønnsaker en av de varegruppene som har hatt størst prisøkning de siste årene. Forbruket av frukt, bær, poteter og grønnsaker er vesentlig lavere enn anbefalt og kan med fordel fordobles. Norske spørreundersøkelser blant voksne over hele landet viser at de som spiser grønnsaker eller frukt og bær daglig, har økt fra ca. 40 til 60 prosent de siste ti årene. Økningen har skjedd både blant menn og kvinner, men fortsatt er det flest kvinner som spiser mest grønnsaker og frukt. Imidlertid viser undersøkelsene tydelig at en stor andel av befolkningen fortsatt ikke spiser grønnsaker eller frukt daglig. For eksempel viste en undersøkelse i 9 europeiske land at norske ungdommer spiste vesentlig mindre grønnsaker enn i de andre landene, med unntak av Island og Spania. Andelen ungdommer som spiste frukt daglig var 30 prosent i Norge mot drøyt 50 prosent i Portugal (Helsedirektoratet, 2008).

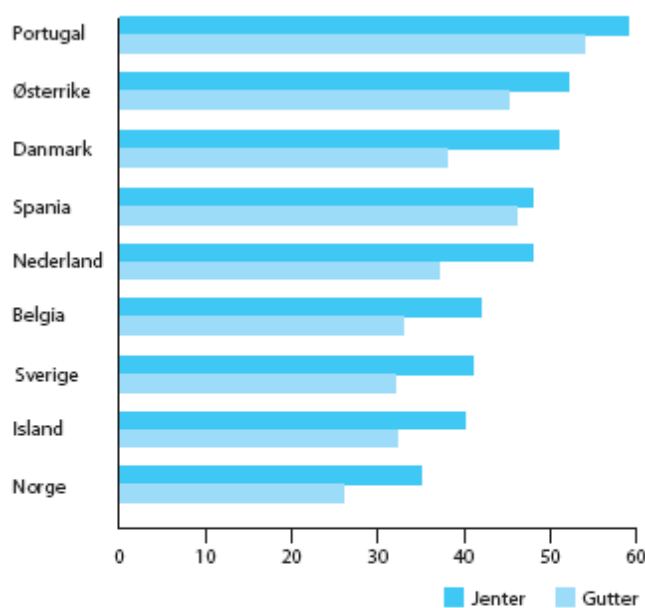


Fig. 8: Rapportert daglig inntak av frukt blant europeiske 6. klassinger (%)

Norske gutter og jenter i 6.klasse har det laveste inntaket av frukt sammenlignet med 6. klassinger fra en rekke andre europeiske land.

Kilde: ProChildren 2003, Universitetet i Oslo.

(Figur anvendt i Publikasjonen "Utvikling i norsk kosthold", Helsedirektoratet (2008) s. 112)

Bevissthet om kostens næringsverdi kommer ikke av seg selv, og da barn og ungdom har svært ulike forutsetninger for å finne frem til denne type informasjon, har samfunnet et ansvar overfor forbrukeren slik at man kan orientere seg i den jungelen av tilbud som finnes. For å

møte denne utfordringen utarbeidet Regjeringen "Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et sunnere kosthold". Denne handlingsplanen var bakgrunn for retningslinjer for markedsføring av mat og drikke rettet mot barn og unge. De ble utarbeidet etter initiativ fra Forbrukerrådet og i samarbeid med representanter fra privat sektor for å sikre at hensynet til at forbrukernes helse ble ivaretatt i markedsføringen av mat. Retningslinjene inneholder for eksempel bestemmelser om hvilken påvirkningseffekt markedsføringen har på barn og unge, målgruppens situasjon og hensyn til deres alder. Det må også tas hensyn til hvor påtrengende mediet er (Forbrukerrådet, 2007). Imidlertid er retningslinjene frivillige, og fortsatt er det svært mange reklamestunts både på TV, Internett og i ukeblad for barn og ungdom som annonserer for både cola, chips, godteri og fet mat. McDonald sine "Happy Meal" appellerer direkte til små barn med både maten, samleobjekter (leker) og innpakning. Til produkter knyttes det fengende melodier og "accessories" som for eksempel t-skjorter, badges og liknende. Som tidligere nevnt i rapporten "Mat i farten" er det ofte lett tilgjengelig hurtigmat med et stort innhold av fett og tomme kalorier som tilbys både barn og voksne på turen hjem fra skole og jobb og i forbindelse med dagens eventuelle øvrige innkjøp. Sunne alternativer er ikke like tilgjengelige som snacks eller "fastfood". De usunne matvarene som godteri og chips er ofte strategisk plassert ved utgangen av innkjøpsstrene hvor man kan tilbringe mange minutter i kø. Her oppleves nesten daglig situasjoner med krav om innkjøp av godteri fra mindre barn, og også eldre barn og voksne kan bli fristet til å kjøpe litt ny energi når man sulten og sliten står og venter. Her ønsker Helsedirektoratet både å vurdere innføring av restriksjoner på markedsføring av usunn mat rettet mot barn og unge, samt foreta en kunnskapsoppsummering om produktplassering og valg av matvarer på ulike typer utsalgssteder (Helsedirektoratet, 2008).

Regulering av markedsføringsbestemmelser er en side av problematikken. Prisnivå på sunne kontra usunne matvarer kan også diskuteres. I rapporten "Mat i farten" mente informantene at sunne alternativer burde være billigere enn de usunne og nesten alle ønsket å fjerne merverdiavgiften på frukt og grønnsaker. Imidlertid var det få som ønsket at fete og søte produkter burde bli dyrere (Bugge, Lillebø og Lavik, 2009). Når man skal handle matvarer og drikke krever det en ganske god økonomi og en bevissthet om næringsverdier for å velge sunt. For eksempel koster karbonadedeig med 6 % fett ca det dobbelte om ikke det tredobbelte av kjøttdeig som kan inneholde opp til 14 % fett; mellom 45-60 kr/400g for karbonadedeig og 20- 35 kr/400g for kjøttdeig (Coop obs!, City Syd Trondheim og Ultra, Solsiden Trondheim 12.9.09) Andre produkter som sukkerholdige frokostblandinger finnes i store

økonomipakninger, mens sunne blandinger ofte kun er å få i små, dyre pakninger. I tillegg finnes det mange usunne halv- og helfabrikata (for eksempel pizza og hamburgere) som lett kan bli et valg i en ellers stresset hverdag. For å skape endringer i forhold til dette forsøker myndighetene i noen grad å regulere disse prisnivåene og satse på redusering av prisene på et billig og sunt alternativ. I listen over tiltak som skal igangsettes på bakgrunn av rapporten fra Helsedirektoratet står det blant annet under tiltak i ”Sunn mat i et mangfoldig marked” at man ønsker en endring av avgiften på alkoholfrie drikkevarer, og en utredning av muligheter for bruk av økonomiske virkemidler for å fremme et sunt kosthold (Helsedirektoratet, 2008).

Rapporten ”Mat i farten” viser at befolkningen ønsker mer tilgjengelighet til sunn kost. Økonomiske vurderinger kan kanskje medføre at deler av næringslivet vil motsette seg endringer, men hensynet til befolkningens helse må vel rent helsepolitisk veie tyngre enn bedriftsøkonomi.

7.5 Hva er det mødrene opplever som virker helsefremmende og støttende i forhold til overvekt hos deres barn?

Et av hovedfunnene i undersøkelsen er at mødrene ønsker tett, lokal oppfølging som vedvarer over tid. De mener at kostveiledning og oppfølging fra tidlig i barneårene er viktig før dårlige vaner setter seg. I tillegg mener de at inkludering av hele familien er viktig for støtte og lojalitet til barnets kost- og treningsprogram. Tilbudet barna har fått gjennom prosjektet ”Akkurat passe” har ifølge mødrene hatt liten effekt på barnets overvektsproblem. Flere av mødrene uttrykte misnøye med opplegget fra sykehuset, de følte at de hadde brukt unødig mye tid på et noe resultatløst prosjekt. Mødrene opplevde i tillegg at de ble sluppet ut fra spesialisthelsetjenesten til ingenting - manglende oppfølging i primærhelsetjenesten, og ingen ettersamtaler på sykehuset. Så, er dette i det hele tatt et oppdrag for spesialisthelsetjenesten? I det program som disse mødre deltok i sammen med sine døtre ble det forsøkt, i en avgrenset periode av barnets og familiens liv, å ”reparere” en fysisk mislykkethet som overvekten langt på vei synes å bli oppfattet som. Fem av mødrene deltok i selvhjelpsgrupper. De opplevde lite profesjonell psykisk, individuell støtte i dette opplegget. Er det imidlertid slik at overvekt er en sammensatt problematikk som ikke bare kan løses med kostendring og trening, men trenger langvarig, kontinuerlig oppfølging med stor vekt på psykisk støtte og oppmuntring?

Samfunnets holdninger med tilbedelse av det slanke kroppsideal, hard og hyppig trening og fettfri kost kan gjøre at mennesker detter utenfor fellesskapet fordi de ikke passer inn i dette samfunnsbilde. Depresjon og lavt selvbilde kan bli en følge, som igjen disponerer for trøstespising og isolering. Politiske føringer kan være et middel for å endre både holdninger til kropp og kost og også tilbud til de som faller utenfor. Her kan for eksempel større vektlegging i skolen av menneskets indre verdier, respekt for enkeltmennesket og samfunnsengasjement gradvis endre holdninger hos barn og ungdom. Endring av matpriser slik at sunn kost blir et billigere alternativ, regulering i forhold til medienes fokus på kropp og mote og bredere strukturerte treningsopplegg som forebygger stigmatisering av overvektige barn på skoler og i fritid er tiltak som kanskje også kan være medvirkende til endringer i holdninger. Et større tilbud av idrettsformer uten konkurransepreg kan virke mer tiltrekkende for de som ikke ser seg selv som potensielle profesjonelle idrettsutøvere. Mødrene i studien gir uttrykk for at de ønsker tilpassete treningsmuligheter for deres barn, som aldri har vært interessert i noen typer for mosjon, blant annet pga nedsatt lyst og evne til å kunne bevege seg. Dette har i flere år ekskludert dem fra organiserte idrettstilbud. Mødrene vil at tilbud for barna skal opprettes lokalt og være et lavterskeltilbud, fordi barna i utgangspunktet ikke ønsker å drive med sport. Finnes det egentlig slike tilbud i dag? Mødrene i undersøkelsen har etterspurt dette hos helsesøster i hjemkommunen, men fått negative svar. Det finnes tilbud i større kommuner som Bergen (Stor og sprek), Asker (Treningstilbud til tunge barn og unge) og Sandefjord (Full fres), men ettersom overvekt blant barn i bygdenorge er et økende problem, kan dette kanskje med fordel utvikles i de små kommuner. Det kan også med fordel gjøres lett tilgjengelig for foreldre til overvektige barn å finne frem til tilbud, fordi mange kanskje ikke har kunnskaper og mulighet til å finne akkurat det de leter etter. Mye av dette inngår i de helsepolitiske planer som er nevnt tidligere i oppgaven. Hvordan dette vil bli effektivt i de enkelte kommuner avhenger delvis av, hvordan kunnskapsbyggingen skal skje og delvis hvordan den enkelte kommune vil prioritere disse tiltak. Samtidig kan skiftende politiske konstellasjoner gjøre at tiltak utsettes, endres eller vektlegges i større eller mindre grad.

7.6 Helhetlig oppfølging

Merleau- Pontys fenomenologisk kroppsforståelse innebærer en helhetsoppfattelse hvor kropp og bevissthet er sammenvevet. I møtet mellom helsevesenet og det overvektige barn og foreldrene kan forståelsen av at følelser vises i kroppen og at kropp og sjel henger sammen,

legge føringer for hvordan oppfølgingen av familien skal ivaretas. Mange av dagens tilbud innen behandling av overvekt er oppbygget etter Descartes dualistiske syn, og fokus er lagt på vektreduksjon gjennom trening og kostholdsendringer. Imidlertid har dette i liten grad vist seg å være hensiktsmessig. Når det ikke tas hensyn til hele mennesket både fysisk, psykisk og sosialt i tilnærmingen, vil årsaker til overspising i liten grad bli berørt og dermed fortsatt være tilstede når behandlingen er fullført. Troen på at behandlingen virker er en viktig faktor for at tiltak skal lykkes, og derfor er mestringsteori som styrker dette et viktig redskap i behandling og oppfølging (Duesund 2003, Bandura 1997).

Støtte til familien for å skape endringer er viktig og nødvendig for mødre for å få barnet til å stagnere eller gå ned i vekt og forbli normalvektig. Mødrene etterlyser oppfølging over tid, og Helsedirektoratet foreslår at overvekt følges i livslange forløp som andre kroniske sykdommer, for eksempel diabetes (Helsedirektoratet, 2008a). Imidlertid forteller mødre at de har liten støtte utenom sykehuset i forhold til barnets overvektsproblem. Dette tilsier at kunnskap om hvordan man ivaretar barn og foreldre når barnet har et overvektsproblem er mangelvare både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette støttes av flere studier, for eksempel Eckstein et al (2006) og Leverence et al (2007). Langvarig oppfølging i nær tilknytning til familien er kanskje det som er mest hensiktsmessig. Der hvor folk bor og lever, hvor barna vokser opp og går på skole og hvor fritid og venner finnes. Nærmiljøets samspill med familien kan tenkes å være svært viktig for oppfølging og forebygging. Det vil si at primærhelsetjenesten kan være den instans som bør drive med overvektsproblematikk og ikke spesialisthelsetjenesten. I henhold til Samhandlingsreformen (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) er det regjeringens ønske at forebygging og behandling på rett sted skal være et satsningsområde. Kommunene skal bygges opp slik at de ivaretar borgerne på lokalt plan, og helsestasjoner og skolehelsetjeneste skal i større grad jobbe helhetlig og tverrfaglig. I tillegg skal det skje en sterkere styring av fastlegens oppgaver slik at han /hun handler i tråd med regjeringens planer. Man ønsker å heve kompetansen innen sosialmedisin og ernæring. Dette vil kunne passe med overvektsproblematikk, som defineres inn under disse satsningsområdene. Hvordan dette skal gjøres er ikke beskrevet i detalj i Samhandlingsreformen. Punkt 7.6.5. *Tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid* forklarer hvordan samhandlingsreformen skal legge til rette for å styrke kommunenes muligheter for å rette tiltak mot livs- og helseproblemenes grunnleggende årsaker og sammenhenger. Her understrekes det at tiltakene må forankres i kommunale planer. I tillegg poengteres det at kommunen har et stort behov for å styrke

kompetansen i primærhelsetjenesten i forhold til ernæring og samfunnsmedisin. For å styrke fastlegeordningen må det ifølge reformen utvikles nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegevirksomheten, og her vil Helsedirektoratet ha en sentral rolle i å utforme nasjonale krav.

Tanken om at kommunen i større grad skal jobbe helhetlig og tverrfaglig virker umiddelbart som en løsningsmodell som kan være gunstig i forhold til barn med overvektsproblemer. Her er det kanskje vel så viktig at man analyserer hva disse begrepene (helhetlig og tverrfaglig) kan inneholde, og hvordan man mest hensiktsmessig tilnærmer seg barna og familien for å forebygge overvekt eller oppnå livsstilendringer som vedvarer. Helsedirektoratet foreslår i ”Utviklingen i norsk kosthold 2008”, at det settes fokus på kosthold i lokalt folkehelsearbeid. Herunder bør det blant annet legges vekt på å utvikle gode indikatorer innen ernæring og folkehelse som inkluderes i kommunehelseprofiler, videreføre ernæring og kosthold som prioritert satsing og samle og utvikle verktøy og modeller i kostholdsarbeidet (Helsedirektoratet, 2008,).

Mange ansatte i helsesektoren vil nok allerede i dag mene at de jobber både helhetlig og tverrfaglig. Men hvordan kan man som helsepersonell intervensjon i en familie med overvektsproblemer på en helhetlig måte uten å virke fordømmende eller moraliserende? En helhetlig, fenomenologisk tilnærming til problematikken som unngår oppdeling av vekt og kropp med fettmasse og BMI som selvstendige momenter, og som i stedet ser at mennesket er sin kropp og at kroppen avspeiler det menneske som lever i den, kan kanskje gi barnet og familien en bedre mulighet for å få styrke til varig endring av livsstil. At overvekt kanskje bare er et bilde på hvordan mennesket har det fysisk, psykisk og sosialt og at en eventuell intervensjon må dekke disse områdene. Psykolog Linda Lassen skriver i *Myter og facts om overvekt* (2009) at hvis man oppfatter overvekt som et spørsmål om feil ernæring og mangel på mosjon, så ordinerer man grønnsaker og mosjonssenter. Men hvis man tror at overvekten skyldes noe dypere liggende kan man sammen med den overvektige og familien finne frem til hva det er man savner, når dette ikke er mat. Hun viser til, at selv om de fleste fagfolk faktisk er enig i at det kan være psykiske faktorer som medvirker til utvikling og opprettholdelse av overvekt, så aksepterer man at den overvektige kun symptombehandles. Dette skyldes ifølge Lassen at dette er et arbeid som gir lite prestisje, og henger sammen med samfunnets generelle holdning til fedme som noe uestetisk og provoserende. De overvektige oppfattes som viljesvake, og store deler av helsevesenet deler disse synspunkter og anser overvektige

som ute av stand til å gjennomføre en behandling. Imidlertid kan samtaler med psykolog kanskje avdekke om spisingen har en angstdempende funksjon i forbindelse med ensomhet og negativ selvoppfattelse, eller om det for eksempel dreier seg om stress eller manglende evne til konflikthåndtering. Om man oppfatter seg selv som dum og latterlig er det klart at man ikke kan endre noe så vesentlig som sitt spisemønster, da spising har en beroligende effekt (Lassen, 2008).

Banduras teori om "Selfefficacy" og verbal overbevisning for å skape endring kan kanskje være en modell til ettertanke. Å inngi barn og familie håp om å kunne lykkes med endringer i hverdagslivet og støtte som kan hjelpe til vektreduksjon og sunnere livsstil vil muligens kunne ha effekt over tid. Et optimistisk syn på at man vil kunne oppnå sitt mål kan ifølge Bandura forbedre mulighetene for dette betraktelig (Bandura 1997). En mestringsteori som ligger nært opp av dette er "empowerment" som er et velkjent og meget anvendt begrep både innen somatisk og psykisk helse. En vanlig norsk oversettelse av ordet "empowerment" er ifølge Clue for Windows: "å bemyndige, gi makt til, sette en i stand til". Mens "selfefficacy" defineres som troen på egne muligheter til å nå et mål som kan styrkes ved verbal overbevisning, beskriver Thesen og Malterud "empowerment" slik:

"Empowerment" handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette er nødvendig for at pasienter skal bli friske og beholde helsen, og ofte for å motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykking, som fra tid til annen videreføres i medisinsk praksis."(Thesen og Malterud, 2001)

Å bidra til styrking og mobilisering av barnets og foreldrenes krefter krever både bevisstgjøring, praktiske ferdigheter, kliniske strategier og spesifikk kunnskap hos helsepersonellet som ivaretar disse familier (Thesen og Malterud, 2001)

7.7 Likemannsarbeid

Mødrene opplevde svært liten støtte utenom helsevesenet. Et brukerstyrt tiltak som likemannsarbeid vil kanskje være et likeverdig og støttende tilbud til den overvektige og familien. Kjennskap til pasientforeninger gjennom mitt eget arbeid som barnesykepleier og kontaktsykepleier for hjertesyke barn bringer dette temaet frem som en modell til hjelp for familier med overvektsproblemer. I utgangspunktet er Likemannsarbeid tiltak som skjer i regi av funksjonshemmedes organisasjoner som for eksempel FFHB (Foreningen for hjertesyke

Barn). Slike tiltak får statlig tilskudd til etablering og drift. Arbeidet skjer på frivillig basis blant kronisk syke og pårørende som har brukererfaring. Målet er å være til hjelp, støtte og veiledning. Ulike brukergrupper har utviklet et bredt spekter av tiltak som for eksempel å dele erfaringer, praktisk kunnskap og følelsesmessige opplevelser. Gjennom samtaler om erfaringer kan den enkelte og familien finne støtte til å komme videre i egen mestringsprosess. Informasjon om arbeidet i de enkelte foreninger finnes både som brosjyrer og nettbasert informasjon, samt informasjonstelefoner som drives av brukerne. Enkelte organisasjoner har møter i form av samtalegrupper eller årlige samlinger for familier, og noen har satset på veiledningstilbud om hvilke rettigheter brukerne har eller tjenester de kan dra nytte av. En del av tiltakene er knyttet til aktiviteter som kostholdskurs eller treningstilbud. For å finne frem til slike tilbud er det viktig at helsetjenesten informerer om at slike tiltak eksisterer (NOU, 2005). I Norge finnes en forening for voksne overvektige, LFO (Landsforeningen for overvektige). De arbeider for at det også gis gode tilbud til barn og ungdom, og støtter blant annet prosjekter i forhold til problematikken. Imidlertid er det ennå ikke opprettet egen organisasjon for foreldre med overvektige barn. For mødrene i masteroppgaven, som savner støtte i oppfølgingen av barnet, kan det være godt å være sammen med andre i samme situasjon i og lære av andre hvilke mønstre familien sitter fast i og hvordan man kan avprøve nye mønstre. Min egen erfaring med formidling av slike tilbud til andre pasientgrupper er, at tross noen nøling og motstridende følelser pga skepsis til dette brukerstyrte tiltak så uttrykker de fleste foreldre og barn/ungdom stor tilfredshet og utviser stort engasjement. Denne type tilbud kan inngå i nettverksbygging i lokalmiljøet, da dette kan finnes i umiddelbar nærhet til brukerne.

7.8 Lokale tiltak

Hvordan kan kommunene selv etablere lokale helsetiltak for oppfølging av overvektige barn og ungdom? Forslag til dette kan være samarbeid mellom både kjernefamilien og ”storfamilien” (herunder besteforeldre, tanter og onkler) og et team i primærhelsetjenesten bestående av f.eks. helsesøster eller sykepleier, fastlege, fysioterapeut, psykolog og ernæringsfysiolog. Dette samarbeid kan bestå i informasjonsutveksling, kunnskapsformidling, kreativt verksted i forhold til ideer rundt aktiviteter og kost og individuelle, støttende samtaler med barnet og foreldrene i forhold til de utfordringer dette vil gi familien. Her kan en optimistisk holdning til familiens evne til å klare utfordringene, fundert i positive mestrings teorier som ”selfefficacy” eller ”empowerment”, være basis i alle forhold. Samtidig vil samtale med barnet/ungdommen kunne avdekke de problemer den enkelte opplever. Troen på egne evner til å skape endring kan fremme følelsen av personlig styrke og øke

mestringsevnen. Hvis dette gjøres til et felles prosjekt, som helst inkluderer flere familier med samme problematikk i lokalmiljøet, kan man kanskje se for seg at tilværelsen for både den overvektige og familien vil bli lettere.

Aksept og respekt for barnet og familien må være nøkkelord i samarbeidet. Her er det svært viktig at man som behandler/helsepersonell klargjør for seg selv hvilke holdninger man har til overvektige. Lassen (2008) understreker at det den overvektige og familien har behov for ikke er løftede pekefinger, kontroll eller trøst men derimot hyppig kontakt og vissheten om at man blir sett. Det er viktig at man føler aksept og det må utvises stor empati for å unngå at den overvektige (barnet/ ungdommen) og familien får aktivert skamfølelse som kan gjøre det vanskelig å ta imot hjelp. Man må være oppmerksom på foreldrenes ressurser - hvordan makter foreldrene å ha et barn som har et ytre synlig tegn på vanskeligheter? De vilkår de voksne har betyr mye for det overskudd de har til å vise barnet omsorg og interesse. For å ta ansvar for både spisemønster og livet generelt må man vite hva man vil. Mange overvektige har lavt selvbilde og tror ikke de selv er i stand til å ta ansvar for noe så viktig som sitt eget liv. Så de håper på at hjelpen kommer fra ekspertene, og har vanskelig for å innse at hjelpen ikke kommer utefra. Det er vanskelig å tro på at man selv kan, men det er dette man som behandler kan hjelpe pasienten til å få troen på. Her må man som helsepersonell tro på at barnet og familien har evne til å utvikle seg og bli sunnere.

7.9 Studiens begrensninger.

Masteroppgaven bygger blant annet på studier som er utført i USA. Stor variasjon i utvalg og metode i disse studier umuliggjør en direkte sammenlikning med norske forhold, hvor levestandarden generelt er høyere og de sosiale ulikheter mindre. Imidlertid vil resultater fra disse studier hjelpe til å gi en pekepinn i forhold til hvordan overvektige opplever sin situasjon i Norge. Det er grunnlag for å utføre flere studier innen samme tema – hvordan tilrettelegge for best mulig oppfølging av overvektige barn og ungdom og deres familier, fordi utvalget i denne kvalitative studie er svært lite og ikke danner grunnlag for generalisering. Imidlertid kan det ifølge Kvale (2002 s.161) vurderes:” i hvilken grad funn fra en studie kan brukes som rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen situasjon.” Kvale stiller spørsmålsteget ved om vurderingen av å generalisere kvalitative forskningsfunn, som ved for eksempel bruk av ”case studies” i rettspraksisen, kan overlates til leseren. I tilfelle en viss

overførbarhet aksepteres kan denne studien kanskje være et bidrag i en diskusjon om etablering av lokale oppfølgingstilbud i små kommuner eller bydeler.

I etterpåklokskapens lys er det mange andre spørsmål som kunne være stilt til mødrene, for eksempel kunne samarbeidet med skolen ha vært grundigere behandlet. Familiens økonomiske vurderinger i forhold til matinnkjøp og treningstilbud er aktuelle problemstillinger og også eventuell interesse for/kunnskap om likemannsarbeid synes å være viktige forskningsspørsmål. En sammenliknende studie hvor man vurderer det tilbud som ble gitt til de mødre som hadde fått foreldreintervensjon i forhold til de som var i selvhjelpsgrupper kan gi opplysninger, som kan være relevante i forhold til utarbeidelse av bedre behandlingsopplegg. Dette kan imidlertid eventuelt inngå i videre forskning på området. I denne studie var det ikke noen større forskjell på svarene fra den ene av mødrene som fikk foreldreintervensjon og resten av informantene.

Kapittel 8 Oppsummering og konklusjon

8.1 Oppsummering

Alle mødrene i studien hadde tidlig vært klar over at deres barn var overvektig. Ingen av dem hadde fått tilbud om kostveiledning eller direkte behandling for barnets overvekt av fastlege eller helsesøster, men to hadde fått beskjed om å være litt tilbakeholdende med saft og kjeks. Mødrene (unntatt en, hvor helsesøster hadde lest om dette) hadde selv tatt kontakt med helsesøster eller fastlege for å få henvisning til prosjektet "Akkurat passe". Mødrene opplevde at fastlegen ikke hadde vært involvert i oppfølging av barnets overvekt etter denne henvisning i løpet av de to år prosjektet hadde vart, og at det var et manglende engasjement hos legen i forhold til dette. Opplevelsene av helsesøsteroppfølgingen var litt forskjellig, en fortalte om en ivrig og interessert helsesøster som tok seg tid til samtaler med ungdommen. Men de fleste uttrykte at dette ikke var noe helsesøster hadde tid til eller interesse for å engasjere seg i. Samtidig mente enkelte av mødrene at andre barn med større problemer må prioriteres av helsesøster.

Mødrene opplevde at de ble møtt positivt på sykehuset i forbindelse med deltakelse i prosjektet "Akkurat passe". Her var det interessert helsepersonell som tok dem på alvor. De følte seg akseptert og likestilt i de foreldregrupper de deltok i. Men de opplevde i liten grad at det fra helsevesenets side ble spurt om deres opplevelser og erfaringer, og flere ga uttrykk for at oppfølgingen var for resultatløs og for mye av opplegget har vært basert på selvhjelp. De følte de hadde brukt mye tid og penger på å kjøre langt og brukt mye tid til liten nytte. Flere av mødrene ønsket et strengere, mer resultatstyrt opplegg i stil med etablerte slankeprogrammer for voksne.

Funnene i studien taler for at en holdningsendring til overvektige barn og deres foreldre er nødvendig for å skape både kortsiktige og langsiktige forandringer. Tidlig intervensjon allerede når barnet viser tegn til å være i risikogruppe må medføre et oppfølgingstilbud til familien. Løsninger som retter seg både mot samfunn og individ er viktige, slik at forholdene legges til rette for at sunne valg blir reelle alternativer og at den enkelte familie får en kvalifisert vurdering og tilbud om strukturert oppfølging tilpasset individuelle behov. Det er ifølge Helsedirektoratet (2008b) et helsepolitisk ansvar å bevisst arbeide for å hindre at overvektspromblemene øker blant befolkningen og spesielt blant barn og ungdom.

Måter å møte dette ansvaret på kan være i forhold til matpolitikk, herunder priser og markedsføring i forhold til sunn og usunn kost. Reduserte priser på fettfattige matvarer med lavt sukkerinnhold, grønnsaker og frukt samt strengere regler for reklame og plassering av usunne produkter kan medvirke til at barn og ungdom i større grad velger sunne alternativer. I forhold til skoler og fritidssentre kan tiltak være å unngå salg av usunn mat og drikke og heller satse på salg av for eksempel frukt og grønt, grove brødsorter og smoothies.

I forhold til samfunnets syn på kropp og helse så mislikte mødrene det slanke idealet som presenteres i media. I forhold til eget kosthold så syntes mødrene at de visste mye om sunn mat og at de spiste forholdsvis sunt. Trening og mosjon var et tema som var vanskelig i forhold til barnet, hvor alle opplevde at deres barn ikke likte å mosjonere. Fem av mødrene drev ikke med strukturerte treningsopplegg (en av mødrene gikk til fast ryggtrening i helsestudio) og flere sa at de mislikte treningsstudioer. Ønsket om et lokalt, tilpasset mosjonstilbud til barn med overvekt er til stede hos alle mødrene. En større satsning på breddeidretten i kommunene, med spennende lavterskeltilbud kan være motiverende for overvektige barn og ha en forebyggende og behandlende effekt. Kunnskaper om barn og overvekt vil være nødvendig for de som skal drive disse tilbud, slik at en bevisst opplæring av gymlærere og sportsledere må inngå i dette opplegget.

For å forebygge utestenging og stigmatisering med påfølgende negative følelser, depresjon og risiko for forverring av overvekt har barnehage og skole et ansvar som støtte for barnet. Her kan lærere blant annet ha fokus på å bevisstgjøre foreldre til å oppdra sine barn til å ha en respektfull holdning til overvektige kamerater og til å reagere hvis andre barn mobbes.

Mødrenes erfaringer viser at helsepersonell trenger økt kunnskap om fysiske, psykiske og sosiale årsaker til overvekt og på hvilken måte man best mulig støtter den overvektige og familien. Noen av mødrene følte seg ikke ivaretatt av verken fastlege eller helsesøster, og en av mødrene følte at helsesøster hadde en nedlatende holdning til henne pga egen og barnets overvekt. Flere av mødrene sa at de var plaget mye med stress, som ga fysiske utslag som søvnmangel, svimmelhet og diffuse smerter. Barnets overvektsbehandling har stresset alle mødrene i forhold til å skulle endre spisevaner og motivere til økt mosjon, og i tillegg har flere av mødrene opplevd stress pga mobbing av barnet. Mødrene forteller selv om egne vektproblemer, alle har vært på mange slankekurer opp gjennom livet, unntatt en som hadde

det motsatte problemet, at hun var for ”mager”(informantens eget uttrykk). Mødrene var derfor bekymret for barnas fremtid pga egen erfaring med mobbing og trakassering. De uttrykte ikke selv tydelig om de følte skyld eller skam i forhold til barnets overvekt, men samtidig sa de at dette ikke var noe de diskuterte med resten av familien eller venner, fordi de ikke ønsket at problemet skulle bli kjent.

Mødrenes tanker om god oppfølging viser at de trenger mer individuell støtte hvor egne opplevelser kan drøftes uten at barnet er tilstede. For å imøtekomme familier med denne bakgrunn kan modeller innen positiv psykologi som for eksempel ”selfefficacy” være et verktøy. Interesse for, og engasjement i barnet og familiens problem med evne til å gi støtte til økt mestring er avgjørende i oppfølgingen. Fenomenologisk kroppsforståelse, med en helhetlig tilnærming til barnet og familien som innebærer varhet og innsikt i de følelsesmessige årsaker som kan ligge til grunn for at familien ønsker hjelp, kan gi trygghet og tillit i forholdet til helsepersonellet.

Mødrene ønsker at oppfølgingen av familiene skjer lokalt av primærhelsetjenesten, og oppfølgingen kan med fordel vedvare opp gjennom barne- og ungdomsårene, eventuelt også opp i voksenalder som ved annen kronisk sykdom. Lokal, langvarig oppfølging av kompetent helsepersonell, som blant annet medfører at de unngår lang kjøring og mye fravær fra jobb er et ønske fra de mødre som bodde utenfor Trondheim.

Mødrene opplever liten støtte i forhold til barnets overvekt utenom helsevesenet. Derfor ønsket de at flere i familien ble involvert, fordi det ikke alltid var så lett å få forståelse fra for eksempel besteforeldre i forhold til kostholdsendringer. Helsepersonell kan her fungere som et mellomledd til ”storfamilien” og til lokale pasientorganisasjoner som driver med likemannsarbeid eller kommunale, brukerstyrte selvhjelpsgrupper hvor fokus er å støtte mennesker som skal gjennomgå permanente livsstilsendringer. Her kan deltakelse hjelpe foreldre og barn til å få et lokalt nettverk med andre i samme situasjon som møter dem fordomsfritt og inkluderende, og dette kan styrke familien i en endringsprosess i forhold til livsstil. Følelse av forståelse og aksept er grunnleggende for de fleste mennesker, og kanskje spesielt når man strever med store utfordringer.

8.2 Konklusjon

Dagens tilbud til overvektige barn og deres familier er ikke tilfredsstillende. Behandlingen skjer oftest i regi av spesialisthelsetjenesten, hvor avgrensede opplegg med kostveiledning og treningsprogrammer foregår ved kontroller på sykehus. Det gis i liten grad psykisk og sosial støtte til foreldre og barn. Oppfølgingen har i liten grad tilknytning til hjemkommunen, og primærhelsetjenesten synes å bortprioritere oppfølging av overvektige.

Kunnskaper om overvekt og innsikt i mestringsteorier som selfefficacy og empowerment som styrker barnets og foreldrenes evne til å lykkes med behandlingen ser ut til å være manglende hos helsepersonell. Dette er medvirkende til at behandlingsopplegg synes resultatløse.

Samfunnets holdning til overvektige medfører stigmatisering og utestengning. Depresjon og lavt selvbilde kan være konsekvenser av dette, og igjen medføre at behandlingsopplegg vanskeliggjøres.

En satsning på lokal oppfølging av primærhelsetjenesten med et langtidsperspektiv, og inkludering av "storfamilien" samt formidling av likemannsarbeid og selvhjelpsgrupper kan være en løsningsmodell. Kunnskapsheving av helsepersonell i forhold til overvekt og modeller innen mestringsteorier kan være nyttig i oppfølging av familiene, og individuell tilnærming til både barn og foreldre kan avdekke forhold som er viktige for at behandlingen skal lykkes. En matpolitikk som gir prisreduksjon på sunne mat- og drikkevarer, samt restriksjon i reklame og markedsføring kan skape holdningsendringer hos barn og ungdom og medføre at de i større grad tar sunne valg. Et tilbud om lokalt forankret breddeidrett, som er tilrettelagt for barn med overvekt er et ønske fra flere av mødrene.

Referanseliste

Alissa Frémeaux (2009) ECO 2009 – The 17 th European Congress on Obesity
Amsterdam 69, May 2009

Alm, Carina S.(2009)Frukt i skolen blir latterliggjort. Skal det være gulrøtter eller kunnskap, lærere eller pærer? *Kostforum, Utdanningsnytt.no* nedlastet 23.09.09
http://www.utdanningsnytt.no/templates/udf20____21283.aspx?mode=print

Aarseth, Helene (2007), Mat og maskulinitet i senmoderne familieliv, *Bulletine 1 - 07*, 21. årgang Utgitt av: Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Universitetet i Oslo

Andersen LF, Lillegaard IT, Overby N, Lytle L, Klepp KI, Johansson L.(2005) Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000. *Scandinavian Journal of Public Health Vol.33(2):99-106.*

Anker-Nilssen, Ellen (2003) *Når mat blir en besettelse*, Noras Ark , Oslo

Arenz S, Rückerl R, Koletzko B et al. Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28: 1247–56.*

Bandura, A. (1994). *Selfefficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press

Bandura, Albert (1997) *Selfefficacy .The exercise of control*, W.H. Freeman and Company, USA

Barlow, S.E. og C.L. Ohlemeyer(2006) Parent Reasons for Nonreturn to a Pediatric Weight Management Program, *Clinical Pediatrics, Vol. 45, No. 4, 355-360*

Barne- og likestillingsdepartementet (2003)*FNs konvensjon om barnets rettigheter*, Vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989, Ratifisert av Norge 8. januar 1991, Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller

Bernier, M. og Avard, J. (1986) Selfefficacy, outcome and attrition in a weight reduction program. *Cognitive therapy and Research*, 10, 319-338

Bjørneboe, G. E. og Aadland, A., A. (2005) *Samfunnet må tilrettelegges for hverdagsaktivitet*, Sosial- og helsedirektoratet

Bokmålsordboka, *Dokumentasjonsprosjektet*, Universitetet i Oslo, ajourført 23. januar 2006. nedlastet 9.09.09. på <http://www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html>

Bugge, Annechen; Kjersti Lillebø & Randi Lavik (2009) *Mat i farten: – muligheter og begrensninger for nye og sunnere spisekonsepter i hurtigmatmarkedet*. Fagrapport nr. 2-2009, Oslo, SIFO

Bugge, Annechen Bahr (2005) *Middag -en sosiologisk analyse av den norske middagspraksis*, Avhandling for dr.polit-graden i sosiologi, Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU), Trondheim

Byrne S., Cooper, Z og Fairburne, C. (2003) Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity Vol 27*, pp: 955-962

Campus, P. (2004), *The obesity myth. Why America's obsession with weight is Hazardous to your health*. New York: Gotham Books

Chaimovitz, R. Issenman, T. Moffat, og R. Persad (2008) Body Perception: Do Parents, Their Children, and Their Children's Physicians Perceive Body Image Differently? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 47:76–80

Cramer P. og Steinwert T. (1998) Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, Volume 19, Issue 3, Pages 429-451.

Curioni, C.C. og Lourenco, P.M. (2005) Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. *International Journal of Obesity Vol. 29*, pp 1168- 1174

Darron, Sharron (2004) *Our overweight children- whar parents, schools, and communities can do to control the fatness epidemic*. University of California Press, Berkely and Los Angeles, California

Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Stortingsmelding nr. 47

Desmond, S.M. og Price, J.H. (1988). Selfefficacy and weight control. *Health education*, 19, 12-18

Dietz WH.(1998) Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr* 1998 Feb;128(2 Suppl):411S-4S.

Duesund, Liv, 2003, Kroppen i verden, *Skapande Vetande* 40, Linkjöpings Universitet, Linkjöping

Duesund, Liv, 1995, *Kropp, Kunnskap og selvoppfatning*, Universitetsforlaget, Oslo

Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. (2002)Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure.*Lancet Aug 10;360(9331):473-82*

Eckstein, K.C., Mikhail, L.M., Ariza, A.J. Scott Thomson, J., Millard, S.C. og Binns, H.J (2006)Parents' Perceptions of Their Child's Weight and Health, *Pediatrics* Vol. 117;681-690

Edmunds, LD (2005) Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight Children, *Family Practice* Vol.22: 287–292.*Bristol, UK*

Elstad, J.I. (2005) *Sosioøkonomiske ulikheter i helse teorier og forklaringer*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo

Engelsrud, Gunn, 2006, *Hva er kropp*, Universitetsforlaget, Oslo

Engelsrud, Gunn og Rugseth, Gro(2004) Den overvektige kroppen, *Dagbladet.no*, nedlastet 9.09.09 <http://www.dagbladet.no/kultur/2004/01/26/389299.html>

Engelsrud, Gunn og Rugseth, Gro, (2007) *Overvåkning av vekt*, Kapittel 8 i *Humanistisk sykdomslære* av Gunn Engelsrud og Kristin Heggen, Universitetsforlaget, Oslo

Evang, K. (1974) *Helse og samfunn. Sosialmedisinsk almenkunnskap*. Oslo: Gyldendal

Fairburn,C.G og Brownell K.D.(2002) *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* New Yourk og London: The Guilford press

Flodmark, C.E.(2005) The happy obese child *International Journal of Obesity Vol. 29, S31–S33*.

Flø, B. J. ,Heggem, R. og Rye, J. F.(2008) Bygdebarn fetere enn barn i byene *Aftenposten*, 24.12.08

Folkehelseinstituttet (2008) *Overvekt og fedme hos barn og unge*, Folkehelseinstituttets faktaarkserie, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

Forbrukerrådet (2007)Retningslinjer for markedsføring av mat og drikke rettet mot barn og unge, forbrukerportalen.no, nedlastet 21.09.09

Galuska,D.A., Will,J.C. og Mary K. Serdula (1999) Are Health Care Professionals AdvisingObese Patients to Lose Weight? *JAMA.Vol. 282(16):1576-1578*

Gilje, Nils og Grimen, Harald (2004) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*, 10. Utg Universitetsforlaget, Oslo

Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Berkey CS et al. Breastfeeding and overweight in adolescence. *Epidemiology 2006; 17: 112–4*.

Glynn, S.M. og Ruderman, A.J. (1986) The developmentand validation of an eating selfefficacy scale. *Cognitive therapy and reseach, 10, 403-420*

Grilo CM, Wilfley DE, Brownell KD, Rodin J (1994) Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addict Behav Vol 19(4):443-450*

Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R.(2009) Overweight and obesity among adolescents in Norway: cultural and socio-economic differences., *J Public Health (Oxf)*. Jun; 31(2):308.

Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 397–403.

He, M og Evans, A.(2007) Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Canadian Family Physician Vol 53*

Helland, M.J. og Mathiesen, K.S.(2009)*13-15-åringar fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*, Rapport 2009:1 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Helse og omsorgsdepartementet(1999) *Kvinnens helse i Norge*, (NOU 1999: 13) Oslo: Statens forvaltningstjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* St.meld. nr. 16

Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *Fra stykkevis til helt, En sammenhengende helsetjeneste* (NOU 2005.3) Oslo: Statens forvaltningstjeneste

Helsedirektoratet(2000) Rapport 1/2000 *Vekt – helse*, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet

Helsedirektoratet (2005) *Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009)* Publikasjon IS-o162

Helsedirektoratet (2008) *Utviklingen i norsk kosthold 2008* Publikasjon IS-1657

Helsedirektoratet (2008a) *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne, Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*

Helsedirektoratet (2008b), *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*

Helsedirektoratet (2009), *Utkast til retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og Skolehelsetjenesten, Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*

Hill AJ og Silver EK. (1995) Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *International journal of obesity and related metabolic disorders*. Vol. 19(6):423-30

Jackson, D., Mannix, J., Faga, P. og Glenda McDonald (2005) Overweight and obese children: mothers' strategies, *Journal of Advanced Nursing, Volume 52 Issue 1, Pages 6 – 13*

Jeffrey, R.W., Bjornson- Benson, W.M., Rosenthal, B.S., Lindquist, R.A., Kurth, C.L., og Johnson, S.L.(1984). Correlates of weight loss and its maintenance over two years of follow-up among middle- aged men, *Preventive medicine, 13, 155- 168*

Johannesen, Asbjørn og Tufte, Per Arne(2002) *Samfunnsvitenskapelig metode*, , Abstrakt Forlag, Oslo

Juel, K. og Brønnum-Hansen,H.(2006) *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark 2006*, Statens Institut for Folkesundhed, København

Katch, F.L.og McArdle,W.D(1977) *Nutrition, weight control and exercise*. Boston: Houghton Mifflin

Koch, F.S., Sapa, A., Ludvigsson, J. (2008) Psychological stress and obesity. *Journal of Pediatrics, Vol.153(6):839-44*

Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt RW, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shishko G, Collet JP, Martin RM, Smith GD, Gillman MW, Chalmers B, Hodnett E, Shapiro S.(2009) A randomized breast-feeding promotion intervention did not reduce child obesity in Belarus *J Nutr. 2009 Feb;139(2):417S-21S. Epub 2008 Dec 23.*

Kunnskapsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (2007) *Fysisk aktivitet og måltider i skolen*, Veileder for fysisk aktivitet og måltider i skolen

Kvale, Steinar (2002) *Det kvalitative forskningsintervju*, Gyldendal akademisk

Lassen Linda, 2008, *Myter og facts om overvægt*, Frydenlund, København

Leverence RR, Williams RL, Sussman A, Crabtree BF.(2007) Obesity counseling and guidelines in primary care: a qualitative study. *American Journal Prev Med Vol.32(4):334-9*

Luszczynska, A., Gutiérrez- Dona, B. og R. Scwarzer (2005) General selfefficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries, *International Journal og psychology, 40(2), 80- 89*

Malterud, Kirsti (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, 2.utg.*, Universitetsforlaget, Oslo

Martinsen,E.W.(2004) Når slanking blir farlig , *Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:1915*

Maurer, Donna og Jeffery Sobal (1995) *Eating agendas : food and nutrition as social problems*. New York: Aldine de Gruyter

McLean, H., Griffin, S., Toney, K., Hardeman, W. (2003). Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *International Journal of Obesity Vol. 27, 987-1005*.

Musher-Eizenman, D.R., Holub S.C.,Miller A.B., Goldstein, S.E. og Edwards-Leeper, L. (2004) Body Size Stigmatization in Preschool Children:The Role of Control Attributions, *Journal of Pediatric Psychology vol.29no. 8, Society of Pediatric Psychology*

NIF (2007) *Idrettens barnerettigheter og Bestemmelser om barneidrett vedtatt på Idrettstinget 2007*, Norges Idrettsforbund, Oslo, www.nif.no

Nielsen, A.J., Hansen, M:B:, Hansen,J., Madsen, M.H. og M. Willemann (2006) *Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd, en kortlægning og analyse, Rapport 2006.06*, DSI institut for sundhedsvæsen, København

Nielsen, Bent, Johansen Anette og Nielsen, Else(2003) *Livsstilændringer for overvægtige*, Psykiatrifondens forlag, København

Nilsen, Ellen dr. philos (2003) *Kirurgisk behandling av ekstrem/sykkelig fedme*, SMM rapport nr.1, Sintef, Oslo

NTM (2003), Norges tekniske Museum, *Forebyggende helsearbeid - bedre folkehelse* nedlastet 8.09.09 på http://www.museumsnett.no/alias/-HJEMMESIDE/ntm/medisinsk-museum/sunn_sjel/evang.htm

Nowika, P. og Flodmark, C.K.(2006) *Barnövervekt i praktiken- evidensbaseret familjeviktsskola*, Studentlitteratur, Danmark

Ogden,C.L., Carroll,M.D., Flegal, K.M.(2008)High Body Mass Index for Age Among US Children and Adolescents, 2003-2006 *JAMA. Vol.299(20):2401-2405*

Owen CG, Martin R, Whincup PH et al. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005; 115: 1367-77

Paulsen, B. (2000) Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene? *Tidsskr Nor Lægeforen Nr. 120*

Pettersen, Silje Vatne (2004) *Arbeidsdeling hjemme blant foreldrepar- Mer likedelt med ulik arbeidstidsordning?* Statistisk sentralbyrå

Pinhas-Hamiel, O., Singe.S., Pilpel N., Fradkin, A.,Modan, D. og Reichman, B. (2006) Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity *International Journal of Obesity Vol. 30, 267-272*

Raebel, M.A., Malone, D.C.,Conner, D.A., Xu, S., Porter,J.A. og Frances A. Lanty (2004) Health Services Use and Health Care Costs of Obese and Nonobese Individuals *Arch Intern Med. 2004;164:2135-2140*

Regber, S., Berg-Kelly, K. og Marild , Staffan (2007) Parenting styles and treatment of adolescents with obesity, *Pediatric Nursing , Jan-Feb, 2007*

- Renman C., Engstrom I. og Silfverdal S.A.(1999) Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. *Acta Paediatr Vol. 88 pp. 998–1003.*
- Roksund, G., 2007, *Strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*, Høringsuttalelse fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA)
- Rugseth, Gro(2004) *Fra fett til erfaring*, Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- Rugseth, Gro (2007) Opplevelse av vekt og veiing, *Norsk farmaceutisk tidsskrift nr. 12/2007*
- Schwimmer, J.B.; Burwinkle, T.M. og J. Varni(2003) Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents *JAMA. 2003;289(14):1813-1819*
- Sobal, Jeffery (1999) *Sociological analysis of the stigmatisation of obesity.* i J.Germow og L. Williams *A sociology of food and nutrition: The social appetite*, Melbourne: Oxford university press
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Forebygging og behandling av overvekt/ fedme i helsetjenesten.* Rapport IS-1150
- Statens helsetilsyn (1998). *Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 1998.* 2-98/IK-2617
- Stewart L, Chapple J, Hughes AR, Poustie V, Reilly JJ.(2008) Parents' journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study. *Archives of Disease in Childhood Jan;93(1):35-9.*
- Stunkard, A.J.(1975) From explanation in psychosomatic medicine: The case of obesity. *Psychosomatic Medicine, 37 195-236*
- Sugarman,SD og Sandman, N, 2008 Using performance-based regulation to reduce childhood obesity, *Australia and New Zealand Health Policy* Nov 18; 5:26

Swallen KC, Reither EN, Haas SA, Meier AM.(2005) Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics Vol. 115(2):340-347.*

Tao, H, and Glazer, G. (2005). Obesity: From a Health Issue to a Political and Policy Issue. *Online Journal of Issues in Nursing. Vol 10 - 2005No. 2*

Thesen, J. og Malterud, K.(2001) "Empowerment" og pasientstyrking - et undervisningsopplegg *Tidsskr Norsk Lægeforening 2001; 121: 1624-8*

Thorsnæs, G.(2009) *Norge- idrett*, Store Norske Leksikon, www.snl.no

Tollånes I, Soleng, B., Næsheim-Bjørkvik, G., Riisnæs,D., Toft Larsson, P.Ø., Titlestad, R, Dahle,Ø., Nygård,M.K. & Sæther, S.A. (2007) *Evaluering av barneidrettsbestemmelsene*, Norges idrettsforbund, Oslo, www.nif.no

Turnbull1,J.D.,Heaslip,S og McLeod H.A. (2000) Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures, *International Journal of Obesity 24, pp 1705-1706*

Wardle, J. Waller, J., Fox, E.(2002) Age of onset and body dissatisfaction in obesity, *Addictive Behaviors, Volume 27, Issue 4, July-August 2002, Pages 561-573*

Warschburger, P. og Kröller, K. (2009) Maternal Perception of Weight Status and Health Risks Associated With Obesity in Children, *Pediatrics Vol. 124 No. 1 July 2009, pp. e60-e68*

Waler, H. T.(2007)Klassifikasjon av vektavvik *Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2277*

Wickelgreen, I. (1998) Obesity: How big a problem? *Science Magazine Vol. 280, no. 5368 pp:1364-1367*

Williams, L. og Germov, J. (1999) *The thin ideal: Women, food and dieting*, i J.Germov og L. Williams *A sociology of food and nutrition: The social appetite*, Melbourne: Oxford university press

Ødegård, R., Handeland, M., Vangsøy Hansen, E., Leknessund, A., Teslo, I., Øien, H.,
Kulseng, B. & P. Nylehn (2007) *Utredning og behandling av fedme i spesialisthelsetjenesten-
barn og ungdom 01.11.2007*, Rapport for de regionale helseforetakene

Utregning av BMI for barn på ulike alderstrinn som tilsvarer BMI for voksne

Age (years)	Body mass index 25 kg/m ²		Body mass index 30 kg/m ²	
	Males	Females	Males	Females
6	17.6	17.3	19.8	19.7
6.5	17.7	17.5	20.2	20.1
7	17.9	17.8	20.6	20.5
7.5	18.2	18.0	21.1	21.0
8	18.4	18.3	21.6	21.6
8.5	18.8	18.7	22.2	22.2
9	19.1	19.1	22.8	22.8
9.5	19.5	19.5	23.4	23.5
10	19.8	19.9	24.0	24.1
10.5	20.2	20.3	24.6	24.8
11	20.6	20.7	25.1	25.4
11.5	20.9	21.2	25.6	26.1
12	21.2	21.7	26.0	26.7
12.5	21.6	22.1	26.4	27.2
13	21.9	22.6	26.8	27.8
13.5	22.3	23.0	27.2	28.2
14	22.6	23.3	27.6	28.6
14.5	23.0	23.7	28.0	28.9
15	23.3	23.9	28.3	29.1
15.5	23.6	24.2	28.6	29.3
16	23.9	24.4	28.9	29.4
16.5	24.2	24.5	29.1	29.6
17	24.5	24.7	29.4	29.7
17.5	24.7	24.8	29.7	29.8
18	25	25	30	30

(Cole et al, 2000)

Datamatrikse	1	2	3	4	5	6
sivil status	42 år,ingen utdanning, uføretrygdet, diabetes 2, 2 egne barn+ 1, gift, mor handler og lager maten, andre barn ikke overvektige	48 år,universitetsutdannet, full jobb, gift, 3 barn, mor handler og lager mat, andre barn ikke overvektige, litt motsatt problemstilling med annet barn	52 år, videregående skole, full jobb, delvis sykemeldt pga rygg og svimmelhet, 2 barn + 1 død,gift, begge handler, far lager mat, andre barn også overvektig	46 år, høgskoleutdannet, deltidsstilling, gift, 2 barn, mor handler og lager mat	35 år, yrkesskole, full stilling, delvis sykemeldt fibromyalgi, 2 barn, samboer/ skilt, mor handler og lager mat	42 år, yrkesskole, omskoleres nå, 4 barn, 2 med overvekt, mor handler og lager mat
oppdager overvekt/igangsetting behandling	når hun selv begynte å få litt sådanne tanker, hadde hørt om prosjekt og gikk selv til legen	fikk fjernet mandlene i 5 års alder, ble glupsker, klær var for små i butikkene, tok selv initiativ, leste i avisen, tok kontakt med fastlegen	allerede 1. Leveår, vi syntes hun var litt tykk da, hele tida, lå jo på overvekt, det vil si øvre linje på den her kurve,klær passa aldri i lengde og bredde, tok det opp på helsestasjonene når hun var 4 og 7, leste om prosjektet i avisa	ver 3 år når vi så på kurven at hun var stor og kraftig, så det på kinnene, helsesøster begynte å snakke om lettere kost når hun var 4 år, helsesøster gjorde oppmerksom på prosjektet, fastlegen mente hypnose skulle prøves i stedet	altså jeg er overvektig selv, så..kom fort i 7 års alder, vi så det var for mye, tok barnet med til fastlegen pga at vi ble mer kar over det, han kom inn på det med prosjektet	var stor fra hun var baby, var stor i barnehagen, leste en artikkel i avisa om prosjektet og kontakta legen
egne følelser barnets overvekt	egne opplevelser på skolen, litt trist da	trasig, ubehagelig, redd for fremtiden, bekymrer, litt sårt	vært en belastning fordi ho ikke er bra nok som menneske, veldig sårt at hun ikke blir godtatt som hun er, jeg har forsvart ho, at klær ikke passer er sårt, nei det er trist å se,	frustrert over at ungen ikke forsto konsekvenser av det hun gjorde	jeg håper det var sykdom for jeg har kjøpet så mange år selv et nederlag, for jeg vet hva hun står overfor,følt å skulle ut å handle klær, det å se ungen din slite	synes det er loitt trist da, det er ikk enoe artig, et sårt punkt, det er sårt og trasig når vi skal kjøpe klær, bli litt lei meg, vanskelig å snakke med barnet om det, tør ikke ta det opp med henne, redd for å ødelegge selvbildet
egen erfaring overvekt og mobbing	selv overvektig, fikk høre sårende ting, måtte innse at jeg måtte trives med meg selv, aldri overspiser, ligger i gener, ble selv mobbet på barne- og ungdomsskolen, ikke nå, gått til behandling for overvekt uten resultat	er midt på treet, flere ganger Grete Rohde, mor alltid kommentert utseende, alltid tenkt jeg var tykk som barn, ser nå at var pen og slank, føler jeg har 5-6 kilo for mye	seg er også for stor, for tykk selv i forhold til BMI, mener at hvis jeg ble slanka så var jeg ikke svimmel og hadde ryggproblemer som nå, ikke selv opplevd å bli mobbet	jeg er mager, gikk ned 3-4 kilo under prosjektet, alltid vært så tynn og det får jeg høre, synes ikke noe om bikinisesongen, har kledd meg i store og vide klær, får alltid høre jeg er mager	jeg spiser jo når ungene ikke ser det og snavler og sådan, skulle ha gått ned pga fibromyalgien,har følt seg uglesett som om det eneste jeg gjør er å spise junkfood og er lat, vært gjennom alskens slankekurer i 20 år, har gitt opp , fått en psykologisk knekk, har aldri noe tro på at jeg klarer å slanke meg, helsevesenet skylder overvekta på det meste, fanget mellom 2 ting da med fibromyalgien, tar ikke så lett kontakt med helsevesenet, jeg var ikke inkludert men ikke direkte mobbet heller	redd det skal gjøre noe med selvbildet da jeg selv alltid fikk høre at jeg var stor, var selv litt lubben, men slettes ikke fei,, har bestandig trodd jeg var for tykk, men ser at jeg var ikk edet i ettertid, ikke selv hatt vektproblemer men vært på Grete Rohde etter hver fødsel(4 ganger), ble selv mobbet av slektninger
eget syn på kropp og helse	du skal se sådan og sådan ut,aldri vært opptatt av kost	vet mye om sunne matvaner, har sunt kosthold , vanlig standard familie med gåturer, litt på ski og sykler litt, et lykkelig liv kommer ikke først og fremst av korleis du ser ut eller kor lett du er	jeg prøver å leve sunt, er opptatt av at vi spiser sunt, liker ikke det her idealet..føler at du ikke blir godtatt hvis du er for tykk,	jeg prøver å spise sunt, mentrener for lite, er bevisst på mat, liker ikke tv programmer om trening og fedme	veldig viktig fokus å ha det med mat og holde seg i bevegelse, trener ikke selv	ikke selvopptatt på det område, dårlig samvittighetfor å skull eete mer frukt og grønt og trimma mer

Datamatrikse	1	2	3	4	5	6
trening og mosjon	barnet er rolig, trener litt på wi-fit, litt gym på skolen, det vi foreslo ikke noe særlig, har selv aldri vært noen treningstype heller, går turer, helsestudio ikke noe for meg	ikke noen hopp og sprett unge, litt sen motorisk utvikling, familien: gåturer, litt på ski og sykler litt, skulle blitt mer fysisk aktiv	unger som er overvektige er for lite aktiv, rolige, veldig vanskelig å få med mi ut på tur, men går på handball, men må stå i mål, må motivere ho til å bli med	mye ut på tur, dyrket ikke mosjon som barn, var med i korps, liker ikke å trene alene	trener ikke selv, ikke barnet heller	trener ikke selv, går litt turer, litt på ski
primærhelsetjenestens innsats	ingen hadde nevnt overvekten før, helsesøster barneskole mer engasjert enn ungdomsskole, hun har for mye til å prioritere, tar inn og veier, har ikke mulighet for oppfølging	ingen hadde foreslått noe i forhold til overvekten, helsesøster selv overvektig, vanskelig for å snakke om det, ikke så prioritert, mange problemer som er større, egen lege ikke involvert siden henvisning	på 4 års kontrollen tok helsesøstera opp, at vi skulle være litt forsiktig med saft og kjeks og sådan, det må nok være veldig ovevekt før helsesøster kommer og sier: nei nå skal vi på slanking her, jeg fikk aldri noen kommentarer fra legen om at ho var overvektig, nei-lokal oppfølging etter prosjektoppstart med helsesøster, ikke fastlegen med i dette	helsesøster ordent med prosjektdeltakelse, lege ønsket å prøve alternativ med., helsesøster veldig interessert, god oppfølging med ho, fastlegen har ikke vært på banen, han prioriterer det ikke i det hele tatt, kun informert på papiret, kjenner han, han prioriterer ikke denne type ting	helsesøster ikke inne i bildet før etter prosjektet startet, dem har ikke greie på det, hun må slanke seg, utelukket ikk emedisinsk grunn, dårlig kommunikasjon med sykehuset, helsesøster og fastlege vet ikke om hverandre? bra med helsesøster i staret men ikke nå, har skiftet, ikke vært til fastlegen	tidligere helsesøster fungerte ikke i det hele tatt, var for snill dyktig helsesøster på ungdomsskolen, blir veid, men ikke noe samarbeid med hjemmet, fastlege ikke involvert, overført til helsesøster og går på veiing på faste dager en gang i måneden
nyten av behandlingen	barnet gikk ned i vekt (for mye ifølge mor), havna litt i den andre grøft, selvhjelpsgruppe	barnet ikke gått ned i vekt, fikk ikke ny kunnskap, sluppet ut i det store intet etter endt behandling, har ikke svart til forventninger i det hele tatt, hadde jeg visst korleis det var hadde jeg ikke deltatt, forventa mer konkret hjelp,	dem har lært veldig mye på samlingene, butikkrunde for å se på ernæringen i varedeklarasjoner, veiledning fra ernæringsfysiolog, ja vi lå jo på normalen, det var ikke mye forskjell vi skulle gjøre, selve gruppa var tung, tidlig utdebattert, ikke noe å diskutere, litt for trasig med bare gruppa (selvhjelpsgruppe), fikk ikke noen impulser, hun har ikke klart å komme ut av overvekten men har mindre fett, fått med en ballast som er nyttig, positiv opplevelse	barnet ikke gått ned i vekt, et kjempebra opplegg, ikke i selvhjelpsgruppa, barnet gått veldig opp i vekt det siste året, hun går i skapet og fryseren	barnet ikke gått ned i vekt, det dummeste var at forelder ikke fikk egentid med helsepersonalet, kunne hatt større fokus på å informere eksmannen, nytter ikke når barnet får ulik oppfølging, barnet begynte å få motforestillinger, samboer og, ikke noen oppfølging, eget ansvar, barnet økte i vekt hele tiden, i god form men kiloene gikk ikke ned, datt av prosjektet	barnet fortsatt overvektig men kanskje noe stabilisering, fortsatt for høy BMI, vi kan ikke bare kutte ut, eter fortsatt alt for mye og rører seg for lite, men spiser mer sunn mat, var for taslat, forventer resultat, fortsatt mange i gruppa som trenger hjelp
egne forklaringer på barnets overvekt	ligger i gener	pga fjerning av mandlene, gener,	hadde kolikk da ho var lita, for hun hadde jo krampe imagen, da tror jeg allerede det starta, det er et eller annet i kroppen hennes som gjør at hun er stor, det er et eller annet feil med oss da sådan at vi er for svær da, vi har noen gener som er litt annerledes, sønnens overvekt skyldes veldig mye gener	eter store porsjoner, besteforeldre syntes det var godt å se en unge som åt, gener og arv mye å si, det ligger mye biologisk	min mor og bestemor og jeg selv er store damer så det ligger vel kanskje litt der	sammenheng med morsmelkerstatning, skikkelig glupsk, veldig lubben som baby, begynte tidlig med grøt, kom seg aldri over det

Datamatrise	1	2	3	4	5	6
"fritids"-stress	mange ting som foregår vanskliggjør faste måltider	har kostet oss mye å motivere, overskuddet har vi ikke hatt da i en travel hverdag for øvrig	jeg har pushet på alt jeg har kunnet, jeg har ikke kunnet gjøre noe mer	følte at det gikk ut over arbeidet mitt å delta i prosjektet, følte jeg var mye borte, tok lenger tid med matlaginga, ungene på aktiviteter, henete unger SFO, finne på aktivitet, bruker mye energi, følte det var ekstremt, åh-hjelp hvordan skal det bli med kantine på ungdomsskolen, følte hele tiden at jeg kontrollerte, du styrer mye når det skal så lite til, det dreier seg hele tiden om mat, det stresser oss	hadde ikke energi til å gjennomføre aktiviteter	
mobbing av barnet	ja, på barne-og ungdomsskolen, på dataen, nettby- venninner, guttene på skolen	ja, gutter kunne slenge med leppa... har stor mage, ho er feit, hun er inkludert og stort sett har det bra nå etter mors kontakt med lærer	hun begynte å få bemerkninger om at hun var for tykk når hun var 10 -11 år, sønnen er blitt mobbet	5 år mobbet i barnehagen, kalt for tykka, mobbet i skolen fra første klasse, jobbet mye med dette som mor i forhold til både skole og barnehagedet kommer i periodergår på utseende, feit/kviser/klær/lubben	lite, tok selv tak i gutt som mobba, har venninner	nei, menbanrte sier lite, trekker seg unna sosiale ting, det være et eller annet
selfefficacy-egen evne til å takle utfordringer	lenge siden jeg har satt meg et mål, stort sett går det ganske greit, takling av stress kommer an på dagsformen, kan bli frustrert, trenger tid for å klare utfordringer, tenker at hun skal komme i mål, kommer jeg et stykke på vei så er det godt nok for meg	må ha litt utfordringer for å trives, men må være sikker på at jeg kan mestre utfordringer, kan ha veldig tvil på egne evner da, kommer litt an på områder, lettere å nå intellektuelle mål enne personlige mål, reagerer på stress med å overspise, føler et godt samarbeid med sin mann til å løse utfordringer i hverdagne	vant til å takle utfordringer hele tida gjennom jobben, målretta og strukturert, men mye vanskligere å skulle lsanke en unge, jeg er litt for stressa, svimmel, alt haster å skulle vært gjort i går, skal lære meg å stresse ned, går på ryggskole pga stress, når det er familiært er det mye verre med stresset, tenker noen ganger at du ikke mestrer det, men klarer det etterhvert, må lære seg å ta den litt med ro	hvis jeg har et mål så når jeg det, men det med barnet er ikke, stress gir meg kortere lunte, mye sinne, jul er stress!, jeg møter utfordringer o g vil ikke sitte å godta, når det gjelder ungen så er jeg løvvinne jeg	jeg går rett på utfordringer, men går det mer på meg selv personlig kan jeg ta omveier, gir veldig fort opp personlig mål, ga litt opp pga manglende energi, får ondt i kroppen av stress, presser meg til det blir tomt, abdre tinge enn slanking går rimelig greit med å løse	ligger sådan mitt imellom, har hatt en del mislykkete prosjekter i forhold til jobb, jeg er ingen karrieredame, gylden middelvei, takler stress dårlig, blir veldig urolig og får ikke sove, har fått en diagnose på det, nei er ikke bra, blir søvnløst, løser utfordringer ved å ta en dag av gangen, går stort sett bra, mye alene om utfordringer, ingen støtte
støtte utenfor helsevesenet	nei	nei	veldig touchy snakker helst ikke med naboene eller kolleger om følelser rundt dette	føler at mannen min støtter meg, motarbeider meg ikke, men burde vært mer med på møter for å forstå bedre, mannen min støtter meg, har måttet stå på selv i forhold til skole og lærere, har ikke brukt alternativ medisin men tenker på det	nei	nei,

Datamatrise	1	2	3	4	5	6
følelse av skam og skyld		føler at du ikke har strukket til som mor, gått litt stille i dørene med det, har ikke ropt ut med megafon at ho.. Er overvektig så hun er med på et sådant tilbud	det er forferdelig, som mor prøvd å gjøre alt for at dem ikke sakl være sådan, jeg har ikke lyktes, jeg er litt mislykka, redd for at dem skal få diabetes, jeg vet ikke om mer jeg kunne ha gjort jeg, ikke snakket med noen om det med skyldfølelse men du blir jo lei deg, men det skyldes også arv da, ikke snakket med så mange om at datter er med i prosjektet, fortalt 2 i familien, veldig touchy snakker helst ikke med naboene eller kolleger om følelser rundt dette, angrere meg som en hund at jeg ikke begynte med slanking når hun var 2-3 år	jeg snakka åpent om det til venninner men det stressa dem litt når vi kom på besøk, bruker ikke ordet tykk, bruker ikke ordet feit heller, spiser godteri i smug	jeg spiser jo når ungene ikke ser det og snavler og sådan,jeg håper det var sykdom for jeg har kjempet så mange år selv et nederlag, for jeg vet hva hun står overfor, mange føler dem ikke strekker til	synes det er kjempevanskelig, har aldri sagt til barnet at hun er overvektig, i forhold til å være mor strekker jeg godt nok til?klandrer meg selv at vi ikke burde ha gitt ho så mye mat, har vært åpen til enkelte venner og familien, de som man er trygg på, lærerne har fått brosjyre
egne tanker om god oppfølgning	egne samtaler med foreldre, får ikke sagt alt når ungene hører på, bedre samarbeide med helsesøster, mer gym, skolekjøkken, komme mer på banen, overføringsmøte til ungdomsskolen	samtaler med foreldre uten barn er tilstede,delt erfaringer i gruppe men ikke kunnskapsdeling, ønsker treningstilbud til overvektige barn, ønsker konkrete resultat, "en pille mot overvekt"	kunne ha fortsatt litt lenger,kallt inn hver halvår til oppfølging, bra med helsesøster,mer skolert hjelp, psykolog, lkale grupper i hver kommune fra barna er ganske små via helsestasjonene,treningsgrupper for overvektige barn	skulle ha gått over lenger tid for å endre, kallen skulle ha vært med på alle møter, for spredt geografi i gruppen	intervjuer forelder før oppstart og sørget for at fedrene ble med videre, sørget for at fedre fikk litt hjelp til hvordan dem skal gjennomføre dette i sine helger og unngå bare å være kjempesnill,bedre samarbeid med fastlege, fulgt opp hver halvår, prosjektgruppa igjen om et par år,møtt helsepersonell oftere, ernæringsfysiolog savnet, direkte slankekurs, psykologoppfølging	må starte veldig tidlig, for sent når man har lagt til seg vaner, dem skulle ha vært tøffere og stillt krav,kunne diskutert og utvekslet erfaringer med helsevesen tilstede i gruppa, overlatt til seg selv, overført til helsesøster og går på veiing på faste dager en gang i måneden, kunne vært strengere, lekser/dagbok, egen samtaler med foreldre fordi kan ikke si alt når barnet er der.
opplevelse av likeverd/samarbeid	dem spurte ikke kossen følelser vi satt inne med og sånne ting, det har ikke vært spørsmål om hva vi ville, ikke følt samarbeid med helsesøster, egen kompetanse har ikke vært noe oppe	ikke samvittighet til å pushe på overfor helsesøster, prosjektet ikke vært i et samspill,	ja det synes jeg virkelig, vi har samarbeidet, fungert veldig bra, i gruppen har vi påvirket hverandre alle sammen	har vært ok, meget bra med helsesøster	vi har blitt hørt av dem i prosjektet og i gruppa(selvhjelpsgruppa)	føler ikke at jeg blir akseptert på helsestasjonen, føler at jeg har gjort noe feil, nedlatende holdning, men har trivdes i gruppa
positiv opplevelser med helsevesen	positiv fra første øyeblikk, ble tatt på alvor, dem var veldig åpen, hyggelig, trivelig	møtt positivt, tatt godt imot, vi var sett	har fungert veldig bra på sykehuset, bra prosjekt, veldig gla for å få være med	godt samarbeid med helsessøster	veldig blide og trivelig og åpne folk i prosjektet, veldig mye positive folk i gruppa, veldig imøtekommende	alle personer i prosjektet var trivelige, har fungert bra
redd for spiseforstyrrelser		skrekkelig redd for spiseforstyrrelser		var litt obs for ikke å drive inn nestemann inn i anorexi		redd for at hun skulle få problemer med selvbildet

Datamatrikse	1	2	3	4	5	6
endringer i familielivet	ser bort fra rådet om aldri godteri, prøver med mer frukt og grønt, fungerer ikke helt, prøver å porsjonere ut, det fungerer ikke med mer grønt, middag felles	liksom ikke fått råd jeg ikke visste om fra før, blitt mer bevisstgjort ..muligens, drakk mer ettermiddagskaffe før, ikke dramatiske endringer	bidratt til et sunnere kosthold, mer nøye med innkjøp, tidligere hadde dem nok fått mer lørdagsgodt	mye stress pga aktiviteter og tar lenger tid å lage maten, egentlig gått tilbake til mer vanlig mat nå, ikke så ekstrem, følte det var ekstremt, dårlig samvittighet over å bruke halvfabrikata, om vi skeier ut tar vi det igjen i morgen, setter ikke kjelen på bordet, foreldre sultne og smugspiser når ungene har lagt seg, gått over på nattevakter for å få til felles middag	nei ikke egentlig, du vet jo hva riktig kosthold er, mer fokus på det med ut på tur, barnet med i matlaginga, mer sunne matvarer	går litt på begrensninger, ikke fått noen konkrete råd?gjør som tidligere, vi er en sådan normal familie



Skjema til bruk ved risikovurdering av forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter på Barne- og ungdomsklinikken

Prosjekttittel Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetejensten – hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

Prosjektleder Borgunn Ytterhus (NTNU)/ Masterstudent Iben Akselbo (St.Olav/HIST).

Godkjenninger

Godkjent av NSD (kryss)

Anbefalt av REK (kryss)

Utvalg

Informert samtykke innhentes (kryss)

Dispensasjon for at samtykke ikke innhentes er gitt av Sosial- og Helsedepartementet (kryss)

Elektronisk datalagring

Hemit (eget område) (kryss)

Tillatelse til å eksportere data til ekstern institusjon innhentet (kryss)

Navn på ekstern institusjon

Annen datalagring Lagrer kun innsamlet data som er anonymiserte transkriberte intervju på personlig PC ved HIST.

Prosjektstart 010209

Prosjektlutt 010909

Datalagring etter prosjektlutt ingen

Kommentarer

Konklusjon

Prosjektet er vurdert å være i tråd med BUK's strategiplan for forskning og utvikling. Prosjektet anses å 1) oppfylle krav til forsvarlighet i forskning (Helsinki-deklarasjonen), 2) ivareta krav om personlig integritet for deltakerne og 3) ivareta krav om forsvarlig lagring og utlevering av data.

Prosjektet

kan gjennomføres som skissert (kryss)

kan gjennomføres hvis følgende forhold utbedres (kryss)

bør ikke gjennomføres (kryss)



Dato 14.04.09.

Risikovurdering utført av Kirsten Aune Walther

Kirsten A. Walther

FOU

Barne- og ungdomsklinikken

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Borgunn Ytterhus
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 15.01.2009

Vår ref: 20456 / 2 / SOI

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.11.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 08.01.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

20456	<i>"Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?"</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Borgunn Ytterhus
Student	Iben Akselbo

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/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

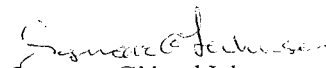
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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


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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Synnøve Økland Jahnsen


Kontaktperson: Synnøve Økland Jahnsen tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Iben Akselbo, Catharine Lysholmsvei 6, 7022 TRONDHEIM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

20456

Formålet med prosjektet ”Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?” er å kartlegge hvordan mødre til overvektige jenter opplever møtet med helsetjenesten.

Utvalget består av 8 - 10 mødre til overvektige jenter og er en del-populasjon av en studie som allerede er gjennomført angående behandling av overvektige barn med familieintervensjon ved Avdeling for Barn og ungdom, St. Olavs Hospital (”Akkurat passe” -BARN- en randomisert kontrollert studie av familiebasert, lavgrads livsstilsintervensjon i behandling av overvekt hos barn, prosjektnr 17188). Utvalget kontaktes skriftlig av overlege Ronnaug Ødegård, som sender ut forespørsel til mødre som har vært med i hennes prosjekt. Barnas alder vil variere mellom 12 - 16 år på registreringstidspunktet.

Det vil i forbindelse med prosjektet registreres sensitive personopplysninger vedrørende helseforhold som vedrører både utvalget og utvalgets barn (jf. personopplysningsloven § 2 pkt. 8 c). Innhenting og behandling av opplysningene kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første ledd (samtykke) og 9 a).

Prosjektet vil bli avsluttet innen 31.12.2009, og alt materialet vil bli anonymisert innen denne dato. Anonymisering innebærer at det ikke lenger vil fremgå personopplysninger i materialet, ved at alle data som kan knytte enkeltpersoner til innsamlet materiale i forbindelse med prosjektet vil bli slettet eller endret (grovkategorisert). Navnelister som kan kobles til datamaterialet og lydbåndopptak slettes. Ved publisering av studien i form av masteroppgave vil det ikke fremgå opplysninger som kan tilbakeføres til enkeltpersoner.

For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, er det viktig at utvalget er godt informert om alle aspekter ved den aktuelle studien, slik at de kan foreta en helhetlig vurdering av hvorvidt de ønsker å delta eller ikke. I informasjonsskrivet som tilsendes utvalget oppfordres foreldre til å informere og konferere med sine barn om deltagelse i studien. Studenten minner om forhold som vedrører barns rett til informasjon om saker som angår dem selv og at de bør være sikret retten til å fritt kunne gi uttrykk for sine synspunkter. Ombudet finner informasjonsskrivet tilfredstillende, men ber om at følgende opplysninger tilføyes:

- endelig anonymiseringsdato, og hva dette innebærer
- navn og kontaktopplysninger på veileder Borgunn Ytterhus

Det bes om at revidert infoskriv og kopi av godkjenning fra REK ettersendes ombudet.

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
Universitet

Det medisinske fakultet
Regional komite for medisinsk og
helsefaglig forskningsetikk
Helseregion Midt-Norge



Prosjektleder: Førsteamanuensis Borgunn Ytterhus

Saksbehandler
 Seniorkonsulent Jacob Hølen
 Telefon 73 59 75 08
 Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no
 rek-4@medisin.ntnu.no
 Postadresse: Det medisinske fakultet
 Medisinsk teknisk forskningssenter
 7489 Trondheim
 Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin 5 etg
 Haakon Jarls gt 11
 St.Olavs Hospital

Vår dato:
 16.01.2009

Vår ref.:
 4.2008.2470/4.2009.87


Deres dato:
 07.01.2009

Deres ref.:

Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten – hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

Vi viser til brev med svar på komiteens merknader samt revidert prosjektbeskrivelse og informasjonsskriv. Vi tar dette til etterretning uten ytterligere merknader.

Med hilsen


 Arne Sandvik
 Professor
 Leder i komiteen


 Jacob C Hølen
 Seniorkonsulent



Prosjektleder: Førsteamanuensis Borgunn Ytterhus

Saksbehandler
Seniorkonsulent Jacob Hølen
Telefon 73 59 75 08
Epost: jacob.chr.holen@ntnu.no
rek-4@medisin.ntnu.no
Postadresse: Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk forskningscenter
7489 Trondheim
Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin 5 etg
Haakon Jarls gt 11
St.Olavs Hospital

Vår dato:
02.12.2008

Vår ref.:
4.2008.2470

Deres dato:

Deres ref.:

Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten – hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 21. november 2008 med følgende vilkår og vurdering:

Komiteen gir følgende vilkår for studien:

- o - Komiteen viser til punkt 3 i søknadsskjemaet og dette skal i henhold til veiledningen ikke være en kopi av protokoll. Meningen med dette punktet er at studien skal beskrives i en form som gjør den allment forståelig. Komiteen ber om å få tilsendt ny prosjektbeskrivelse for punkt 3 i søknadsskjema.
- Komiteen ber om at søknadsskjemaet sendes inn elektronisk da innsendte dokument kun er en kladdversjon.
- o - Komiteen viser til informasjonsskrivet og dette må gjøres mer formelt, blant annet må bruken av jeg- fjernes.
- o - Det må stå at alle data vil bli behandlet konfidensielt, og at alle som skal ha kontakt med de innsamlede data er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og eventuelt Helsepersonellovens § 21.
- Det står at opplysninger skal anonymiseres samtidig som man kan trekke tilbake sitt samtykke og dermed få data slettet. Dette synes ikke gjennomførbart, enten er materialet anonymisert slik at man ikke kan identifisere den enkelte, eller
- o - – aidentifisert med en nøkkel. I siste tilfelle kan man trekke opplysninger. Man må bruke korrekt terminologi i det reviderte informasjonsskrivet.
- o - Prosjektleder skal signere informasjonsskrivet.
- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv, prosjektbeskrivelse samt
- o tilbakemelding vedrørende anonymisering. Komiteens leder får fullmakt til å vurdere dette og til å gi endelig godkjenning og studien kan ikke igangsettes før denne foreligger.

Komiteen ber om å få tilsendt artikkel/rapport når studien er fullført.

Vedtak:


”Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner at prosjektet gjennomføres med de vilkår som er gitt.”

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen



Arne Sandvik
Professor
Leder i komiteen



Jacob C Hølen
Seniorkonsulent

Trondheim, 29.10. 2008

**MASTERGRAD I SOSIALT ARBEID, HELSEVITENSKAP OG
FUNKSJONSHEMMING OG SAMFUNN**

Mastergradoppgavens arbeidstittel

Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

Student: Iben Akselbo

Veileder ved NTNU: Borgunn Ytterhus

I forbindelse med ovenstående mastergradsprosjekt aksepterer jeg vederlagsfritt å være behjelpelig med å rekvirere informanter til prosjektet.

Dato. 29/10-08
Sted. Trondheim
Underskrift. R. Ottefjord

Intervjuguide Masteroppgaven

Problemstilling: Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

1. Tema: Informanten

Kan du fortelle litt om deg selv.....

Alder:
Utdanning
Jobb
Gift/samboer
Antall barn

2. Tema: Opplevelser i møtet med helsevesenet

Kan du fortelle meg om hvordan du ble klar over at ditt barn var overvektig....

Hva tenkte du når du innså at overvekten var av et slikt omfang at din datter trengte behandling?
Hvilke reaksjoner ga dette deg?
Kan du fortelle om en konkret situasjon fra denne tiden?
Hvordan opplevde du det å bli spurt angående ditt barns deltagelse i prosjektet ved Barneklubben?

Fortell om hvordan du opplevde møtet med helsevesenet...

Kan du beskrive så detaljert som mulig en situasjon som du opplevde som positiv?
Husker du andre eksempler på møter med helsevesenet ?
Hvilke råd har du opplevd som nyttige og hvilke har du valgt å se bort fra?
Kan du fortelle om dine erfaringer fra spesialisthelsetjenesten?
Kan du fortelle om dine erfaringer fra primærhelsetjenesten?
Har du opplevd samarbeid mellom disse nivåene?

Kan du fortelle om din følelse av samarbeid og likeverd i behandlingen av ditt barn...

Hva samarbeidet du med spesialisthelsetjenesten om?
Hva samarbeidet du med primærhelsetjenesten om?
I hvilke situasjoner har du erfart at dine innspill/din kompetanse har vært viktig og er blitt tatt til etterretning?

Husker du konkrete situasjoner i forbindelse med disse tema?

Foreligger det noen skriftlig avtale (som for eksempel individuell plan) for oppfølging av din datter- eller har du selv hele ansvaret for videre oppfølging?

Innledning: i vårt kroppsfikserte samfunn er det store krav og et press i forhold til vellykkethet og derunder en slank og trent kropp, sunt kosthold osv. Det er få mennesker som kan leve opp til dette ideal.

3. Tema Kropp og helse

Kan du fortelle meg om ditt syn på kropp og helse...

Kan du si noe mer detaljert om ditt eget forhold til mat, kropp og trening?

Kan du fortelle om du har hatt problemer i forhold til overvekt/spiseproblemer og evt. din kontakt med helsevesenet i forbindelse med dette?

Hvordan opplevde du dette?

Hvordan påvirker dette ditt forhold til helsetjenesten i dag?

4. Opplevelse av nødvendige endringer i hverdagslivet.

Fortell om møtet med helsevesenet har påvirket det daglige livet for familien...

Er det gjort noen endringer?/ Kan du beskrive mer detaljert hvilke endringer som er gjort?

Hvordan opplever du familielivet i dag?

Har dere felles måltider eller spiser man når man er sulten?

Hvem er det som har hovedansvar for innkjøp/ tilberedning av mat?

Er det flere barn i familien - og har noen av disse også slitt med overvekt?

Hvordan løste dere det problem?

Har du selv eller barnet opplevd negativ respons som for eksempel mobbing/utstøting fra sine omgivelser?

Nytt emne

5. Tema: Tro på egen evne til å takle utfordringer (self-efficacy)

Kan du fortelle meg om hvordan du vanligvis håndterer utfordringer.....

Kan du si noe mer om hvordan du pleier å nå dine mål?

Hvordan opplever du stress når du møter utfordringer?

Hvordan føler du at du vanligvis løser utfordringer i hverdagen?

5. Tema: Egne meninger om hvordan en god oppfølging bør være

Kan du fortelle om forhold utenfor helsetjenesten som har støttet deg i din oppfølging av barnet?

Hvilke tanker har du om hvordan en god oppfølging fra helsevesenet skal være?

Kan du si noe detaljert om momenter du har savnet i oppfølgingen fra helsevesenet?

Mastergradsoppgave i Helsevitenskap høst 2008/vår 2009

Iben Akselbo

Prosjektbeskrivelse

Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?

1. Hva og hvorfor:

Hensikten med prosjektet er å kartlegge hvordan mødre til overvektige jenter opplever møtet med helsetjenesten. Dette for å finne metoder til hvordan man som helsepersonell best mulig motiverer for behandling og styrker foreldrene i deres oppfølging av barnet på sikt. Antallet av barn med overvekt øker dramatisk i store deler av verden (Ebbeling et al., 2002). Dette gjelder også å i Norge, hvor det har det vært en bekymringsfull utvikling med økende andel overvektige både blant barn og ungdom (Andersen et al., 2005) Behandling av overvekt hos barn har tidligere hovedsakelig lagt vekt på dietter og trening. Nyere forskning viser at det er nødvendig å involvere foreldre i behandlingsprosessen (McLean, et al., 2003). Imidlertid kan foreldre oppleve at behandlingen i liten grad involverer livet utenfor klinikken og at den varer for kort tid. (Stewart, L. et al, 2008)

Mange barn med overvekt har foreldre som selv er overvektige. Helsedirektoratet uttaler i en rapport fra 2000 at "Barn under 10 år med foreldre som er overvektige har betydelig økt risiko for å utvikle overvekt/ fedme"

(Helsedirektoratet,2000). Å ha et overvektig barn kan gi skyldfølelse hos foreldrene. Det kan dessuten oppleves som vanskelig å få profesjonell hjelp til behandling (Edmunds, L.D., 2005).

Personer med fedme kan ofte ha psykososiale problemer. I mange tilfeller er deres livskvalitet lavere enn for pasienter med andre alvorlige, kroniske sykdommer. Fordommer vedrørende fedme, som kan lede til nedsettende og fordømmende oppførsel, resulterer ofte i store personlige lidelser og skyldfølelse (Nilsen, Ellen, 2003) Forskning viser at et dominerende syn blant både helsepersonell og den generelle befolkning er at fedme er et resultat av latskap og mangel på selvkontroll . Disse negative holdninger fra helsepersonell kan forhindre behandling av overvektige pasienter (Tao, H, Glazer, G., 2005).

Den amerikanske psykolog Albert Bandura anvender teorien om "Self efficacy" til å beskrive og analysere hvordan et menneskes forventning til seg selv og egen evne til å lykkes vil påvirke hva vi begir oss inn på, og hvor stor energi vi legger i å gjennomføre et prosjekt. Des bedre tro på egen kompetanse, desto mer energi. Oppmuntring og støtte vil bidra til at man får større tiltro til seg selv (økt self- efficacy)og egen evne til å klare oppgaver(Bandura, Albert 1997). Jeg ønsker gjennom intervjuet å se på hvordan mødre opplevde at helsepersonellet ga dem oppmuntring og støtte.

2. Problemformulering:

Problemområdet jeg ønsker å ta opp er mødres opplevelser i møtet med helsetjenesten når de har et overvektig barn. Dette for å kunne finne frem til hvilke tiltak som vil kunne være mest hensiktsmessige i oppfølging av disse familier.

3. Design/metode:

Jeg ønsker å anvende kvalitativ metode. Jeg vil anvende en semistrukturert intervjuguide og dybdeintervjue 8 mødre til overvektige barn.

Rekruttering vil skje ved utsending av forespørsel og informasjonskriv til mødre til overvektige jenter som har deltatt i en studie ved Avdeling for Barn og Ungdom St. Olavs hospital (se punkt 4). Jeg vil følge anerkjente prinsipper for analysering av kvalitative data ut ifra "Systematisk tekstkondensering" og fenomenologisk analyse

4. Respondenter/informanter:

Dette vil være ca 8 mødre til overvektige jenter som har deltatt i et forskningsstudie ("Akkurat passe" - BARN- en randomisert kontrollert studie av familiebasert, lavgradig livsstilsintervensjon i behandling av overvekt hos barn) angående behandling av overvektige barn med familieintervensjon ved Avdeling for Barn og ungdom, St. Olavs Hospital. Utvelgelsen vil skje i samarbeid med overlege Rønnaug Ødegård, som sender ut min forespørsel til mødre som har vært med i hennes prosjekt.

Utvalgsriterier:

Mødre til jenter som har deltatt i forskningsstudien "Akkurat passe" ved St. Olavs Hospital. Disse jenter vil ha vært mellom 7 og 12 år i deltakelsesperioden, da dette var et av inklusjonskriteriene i denne studie. I min studie vil disse jenter nå være i tidlig tenårsalder. Populasjonen som utvalget trekkes fra er sikret at de forstår norsk, at de er samtykkekompetente og har foreldreansvar for barnet

5. Gjennomføring av undersøkelsen:

Undersøkelsen ønskes gjennomført januar 2009.

6. Plan for arbeidet med mastergradsoppgaven:

Fra anbefalingen fra REK og NSD blir gitt til 1.09.2009.

Intervjuperioden vil være i januar 2009

Litteraturstudie: 2-3 måneder: oktober- november –desember 2008

Planlegging av undersøkelse: 2 måneder november- desember 2008

Gjennomføring av undersøkelse: 1 måned: januar 2009

Analyse av data: 2 måneder februar - mars 2009

Skriving av masteroppgave: 3-4 måneder april, mai, juni og juli 2009

7. Referanseliste:

Andersen LF, Lillegaard IT, Øverby N, Lytle L, Klepp KI, Johansson L, (2005) Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000, Scandinavian Journal of Public Health.;33(2):99-106.

Bandura, Albert (1997) Self-efficacy : The exercise of control / Albert Bandura, New York : Freeman

- Ebbeling, C., Pawlak, D., Ludwig, D. (2002). Childhood Obesity: Public-Health Crisis, Common Sense Cure. *Lancet*, 360, 473–82.
- Edmunds, LD (2005) Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family Practitioner* Jun;22(3):287-92.
- Helsedirektoratet,(2000) Rapport 1/2000 Vekt – helse
- Malterud, Kirsti(2004):Kvalitative metoder i medisinsk forskning", Universitetsforlaget
- McLean, H., Griffin, S., Toney, K., Hardeman, W. (2003). Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *International Journal of Obesity*, 27, 987-1005.
- Nilsen, Ellen dr. philos (2003) Kirurgisk behandling av ekstrem/sykelig fedme, SMM rapport nr.1 2003 Sintef, Oslo
- Stewart L, Chapple J, Hughes AR, Poustie V, Reilly JJ.(2008) Parents' journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study. *Archives of Disease in Childhood* Jan;93(1):35-9.
- Tao, H, Glazer, G. (2005). "Obesity: From a Health Issue to a Political and Policy Issue." *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol 10 - 2005No. 2, May 05Obesity, American Nurses Association

Til

Mødre til jenter som har deltatt i

Prosjektet "Akkurat passe" ved

Avdeling for barn og ungdom, St. Olavs Hospital

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva ved helsetjenesten motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?”

Bakgrunn og hensikt

Antallet av barn med overvekt øker dramatisk i store deler av verden. Dette gjelder også i Norge, hvor det har det vært en bekymringsfull utvikling med økende andel overvektige både blant barn og ungdom. Behandling av overvekt hos barn har tidligere hovedsakelig lagt vekt på dietter og trening, men nyere forskning viser at det er nødvendig å involvere foreldre i behandlingsprosessen. Imidlertid kan foreldrene oppleve at behandlingen i liten grad involverer livet utenfor klinikken og at den varer for kort tid. I forbindelse med en masteroppgave i Helsevitenskap ved Universitetet i Trondheim, NTNU vil det bli foretatt en intervjuundersøkelse vinteren, 2009. Undersøkelsen har sin bakgrunn i et ønske om å frembringe kunnskap om overvekt oppleves problematisk, og eventuelt hva dere som mødre til barn med overvekt opplever å trenge hjelp til. Denne informasjonen kan danne utgangspunkt for å utarbeide enda bedre metoder for å møte familier tidlig og på en måte som motiverer for helsefremmende atferd og som styrker foreldre i deres oppfølging av sine barn på sikt.

For å finne informanter til denne studie har Iben Akselbo, Masterstudent ved NTNU, søkt om tillatelse til å forespørre mødre som tidligere har deltatt i prosjektet "Akkurat passe" ved Kvinne- barn senteret, St. Olavs Hospital.

Hva innebærer studien?

Studien vil innebære et intervju med student Iben Akselbo ved Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap, NTNU. Spørsmålene vil dreie seg om opplevelser i forbindelse med eget barns overvekt. For å få frem disse tingene vil intervjuet blant annet dreie seg om når og hvordan ditt barns overvekt ble opplevd som problematisk, hva som ble oppfattet som støttende eller krenkende i møtet med både spesialist- og primærhelsetjenesten, og hvilke endringer dette eventuelt har medført for det daglige livet for barnet og familien. Intervjuet vil ha form som en samtale, og beregnet varighet vil være ca. 1 time. Intervjuet vil foregå på det sted, og til den tid du ønsker. Samtalen vil bli tatt opp på bånd med tanke på bedre å kunne gjengi nøyaktig hva som blir sagt. Båndene vil bli slettet når oppgaven er skrevet. Etter tilbakemelding på hvem som ønsker å delta i undersøkelsen vil de som har sagt ja bli kontaktet for nærmere avtale.

Hva skjer med informasjonen om deg?

De opplysningene som kommer frem i løpet av samtalene, og som er relevant for undersøkelsen, vil bli brukt i en masteroppgave. Alle data vil bli behandlet konfidensielt, og alle som skal ha kontakt med de innsamlede data er underlagt taushetsplikt i henhold til forvaltningslovens §13 og Helsepersonellovens § 21. Identifiserbare opplysninger vil bli tilintetgjort og etter prosjektslutt 31.12.09 vil all informasjon om deg tilknyttet dette prosjektet være slettet.

Anonymitet og frivillig deltakelse

Denne informasjon går til flere mødre som har deltatt i forskningsprosjektet ved Avdeling for barn og unge, St. Olavs Hospital. Siden det er St. Olavs Hospital som sender ut dette brevet vet ikke masterstudenten hvem deltakerne er. Det er først når du sender tilbake svarslippen med bekreftelse på å delta i undersøkelsen at masterstudenten tar kontakt med deg. Svarslippen sendes direkte til masterstudenten slik at de som deltar blir anonyme for St. Olavs Hospital. Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst velge å trekke deg fra deltakelse i studien uten å måtte begrunne dette valget.

Samtykke

Deltakelse i forskning krever skriftlig samtykke fra informantene. Når tema du skal intervjues om omhandler din og helsetjenestens relasjon til ditt/deres barn, ber vi om at du informerer barnet på best mulig måte om at du skal delta i en studie som har til formål å bedre tjenestene til barn med overvekt og deres familie. Barnet har i følge Barneloven rett på informasjon om saker som vedgår dem..

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som legger ved dette brevet.

Samtykkeerklæringen returneres i den vedlagte svarkonvoluttet så snart som mulig, og senest innen

.....

Undersøkelsen er meldt og registrert hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og akseptert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Dersom noe er uklart, eller du ønsker ytterligere informasjon, er du velkommen til å kontakte Iben Akselbo på tlf: 97 07 56 18 eller på epost: iben.akselbo@hist.no eller veileder Borgunn Ytterhus på telefon 73 591473 eller på e-post borgunn.ytterhus@svt.ntnu.no

Med vennlig hilsen

**Iben Akselbo
Mastergradsstudent i Helsevitenskap
Catharine Lysholmsvei 6
7022 Trondheim**

**Borgunn Ytterhus
Førsteamanuensis,
Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap, NTNU**

Samtykke til deltakelse i studien

”Mødre til overvektige jenters opplevelse i møte med helsetjenesten - hva motiverer og støtter familien i egen oppfølging av barnet?”

Jeg har lest informasjonsskrivet vedrørende prosjektet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg sier meg herved villig til å delta i intervju om mine opplevelser i møtet med helsevesenet i forbindelse med mitt barns overvekt.

Jeg er inneforstått med at alle opplysninger vil bli aidentifisert og behandlet konfidensielt etter gjeldene regler for forskning. Jeg er også kjent med at deltakelsen er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg fra undersøkelsen.

.....

Navn (blokkbokstaver)

.....

Telefon/ mobil

Sted / Dato

Underskrift av informant