

Tjenesteinnovasjon for effektivisering av skolehelsetjenestens arbeid for forebygging av overvekt og fedme

Et nettverktøy som alternativ til foreldre som takker nei til eksisterende helsetilbud

Agnes Marie Johansen Floa
Ida Sienna Nygård Mortensen

Industrial Design Engineering

Innlevert: juni 2018

Hovedveileder: Marikken Høiseth, ID

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for design



Masteroppgave 2018

Skrevet av

Agnes Marie Johansen Floa

Ida Sienna Nygård Mortensen

Masteroppgave for studentene Agnes Marie Johansen Floa og Ida Sienna Nygård Mortensen

Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn sett i et tjenstedesignperspektiv Online self-help for children with overweight seen from a service design perspective

Overvekt rammer stadig flere barn, og behandling har en betydelig bedre effekt dersom hjelpen gis før 10-års alder. Denne behandlingen er av ulike årsaker problematisk da kropp er et sårt tema for mange, og det hender at foreldre takker nei til eksisterende behandlingstilbud som er i form av oppmøte ved helsestasjonen.

SINTEF teknologi og samfunn avdeling helse skal våren 2018 jobbe med å utvikle en prototype av et nettbasert selvhjelpsverktøy. Det er ønskelig at nettsiden skal fremme mestring og ressursmobilisering for familier som i dag takker nei til eksisterende tilbud. Denne nettsiden blir en del av behandlingstilbudet som utgjør den kommunale tjenesten.

Opgavens formål er å identifisere og knytte sammen tjenestens kontaktpunkter på en slik måte at brukernes opplevelse av tjenesten blir tilfredsstillende. Det vil også tas hensyn til behovene ulike stakeholders måtte ha. Mulige verktøy som kan benyttes for å oppnå dette er brukerreise, service blueprint og andre metoder innen tjenstedesign. Dette er for å skape innsikt om brukerbehov og de forskjellige elementene som tilsammen utgjør tjenesten.

Prosjektet vil blant annet omfatte:

- Informasjonsinnhenting
- Kartlegging av brukerreise
- Idégenerering og konseptutvikling
- Testing og evaluering
- Implementeringsplan

Opgaven utføres etter "Retningslinjer for masteroppgaver i Industriell design".

Ansvarlig faglærer: Marikken Høiseth
Bedriftskontakt: Anne Karen Aanonli

Utleveringsdato: 12. januar 2018
Innleveringsfrist: 7. juni 2018

Trondheim, NTNU, 12.01.18

Marikken Høiseth
Ansvarlig faglærer

Marikken Høiseth

Ole Andreas Alsos
Instituttleder

Ole Andreas Alsos

FORORD

Denne masteroppgaven bygger på tidligere innovasjonsprosjekt utført av SINTEF Teknologi og Samfunn, avdeling Helse. Begge prosjektene omhandler forebygging av fedme, og fokuserer på tiltak for familier med barn under 10 år med mild til moderat overvekt. Målet med masteroppgaven var å kartlegge underliggende problemer og behov hos familier med barn med overvekt som takker nei til veiledning hos skolehelsetjenesten. Hensikten er å forbedre helsetjenester med utgangspunkt i kartlagte brukerbehov.

Prosjektet har vært utfordrende og tidkrevende da det ligger innen offentlig sektor hvor tilhørende lovverk, retningslinjer og normer har styrt fremgangen. Progresjonen har vært preget av at problematikken er stigmatisert, og mange ser på overvekt og kropp som et vanskelig samtaletema. Ved å tilrettelegge for bedre kommunikasjon og økt kompetanse for alle aktører, vil tjenesten kunne bidra til et helsevesen med mindre forekomst av somatiske og psykososiale helsekonsekvenser forårsaket av overvekt og fedme.

Det gis en stor takk til ansatte på SINTEF Teknologi og Samfunn, avdeling Helse for et hyggelig samarbeid og opphold på deres kontorer. Takk for gode samtaler over kaffekoppen og for tilbakemeldinger på ideer og metodebruk. Vi vil også takke alle som har bidratt til vårt innsiktsarbeid, både anonyme og navngitte. Takk til samarbeidende student og til familie og venner for at gjennomførelsen av masteroppgaven ble en god og lærerik opplevelse.

SAMMENDRAG

Ifølge helsedirektoratet øker andelen av overvekt og fedme i den norske befolkningen (Helsedirektoratet, 2010). Fedme er en alvorlig kronisk sykdom som kan føre til en rekke fysiske og psykiske tilleggslidelser. For barn kan fedme føre til stigmatisering, dårlig selvfølelse og redusert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2010). Forebygging av fedme kan på sikt gi Norge store økonomiske gevinster, og Helse- og omsorgsdepartementet skriver at det kan potensielt spare hele 154 milliarder kroner per år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Da det er problematisk å behandle fedme, ses det på som hensiktsmessig å forebygge ved å arbeide for at barn med overvekt ikke fortsetter en negativ vektutvikling. En måte å gjøre dette på er å veilede familier til å endre kosthold og livsstil. Dette arbeidet utføres i dag hovedsakelig av skolehelsesøster, og veiledningen foregår ved personlig oppmøte på helsestasjonen. Dette tilbudet er det mange familier som avslår av ulike årsaker. Med en tjenstedesigntilnærming er mulige årsaker kartlagt og en nettside som møter disse behovene er fremstilt i form av funksjonsforklaringer og en implementeringsplan. Prosjektet omhandler å overføre verdi fra skolehelsesøster til foreldre/foresatte på en effektiv måte for å skape gode brukeropplevelser. Kartleggingsmetoder som brukerreise og service blueprint er benyttet for å tilrettelegge for effektiv overføring av verdi, fra skolehelsesøster til foreldre/foresatte ved hjelp av et nettverktøy.

ABSTRACT

According to the 'Norwegian Directorate of Health', obesity is an increasing problem within the norwegian population (Helsedirektoratet, 2010). Obesity is a severe chronic disease that can lead to a variety of physical and mental disorders. Obesity can lead to children experiencing stigmatization, poor self-esteem and reduced quality of life (Helsedirektoratet, 2010). Preventing obesity can give the the norwegian healthcare big financial gains. 'The Norwegian Department of Health and Social Care', writes that it could potentially save a total of 154NOK billion a year (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Treating obesity is problematic, and it is considered a better solution to prevent people from developing obesity. One way to do so, is to prevent children with overweight from continuing gaining weight and getting obese. This can be done by guiding families to change their diet and lifestyle. This work is currently done mainly by school nurses, and the counseling is conducted at the health care center. Many families decline this offer for several reasons. With a service design approach these possible reasons are mapped, and a website is presented by explaining its functions and with a plan for implementation. This website is designed to accommodate the needs of the families. The project aims to transfer value from the school nurses to the parents/guardians in an efficient way to create positive user experiences. Methods such as user journey mapping and service blueprint, have been used to facilitate effective value transferring from school nurses to parents/guardians.

INNHALDSFORTEGNELSE

OPPGAVETEKST	3	Metodebruk	74
FORDORD	4	ViP	75
SAMMENDRAG/ABSTRACT	5	Mønstergjenkjenning	76
INNHold	6	Slik gjorde vi	77
TIL LESEREN	7	Tre mulige konsepter	78
KAPITTEL 1: INTRODUKSJON	8	Konsept 1: plattform for helsepersonell	79
Valg av oppgave	9	Konsept 2: skolen som aktør	80
Samarbeid	10	Konsept 3: hjelp der du er	81
Forprosjekt	12	Valg av konsept	82
Overvekt	14	Personvern	83
Hva skal vi bidra med	16	Workshop 2	84
Prosess	18	Intervju skolehelsesøster	86
KAPITTEL 2: INNSIKTSFASEN	20	Eksisterende løsninger	88
Etikk	21	Spørreundersøkelse	91
Litteratursøk	22	KAPITTEL 5: KONSEPTPRESENTASJON	94
Dokumentar	23	Familiens Kostverktøy	95
Dagens behandlingsforløp	24	Nettsidens detaljer	96
Kostverktøyet.no	26	Funksjoner pilot	98
Kostverktøyets moduler	27	Funksjoner for videreutvikling	104
Praktisk research	28	Scenario Familiens Kostverktøy	110
Regional nettverkskonferanse	30	Brukerreise Familiens Kostverktøy	114
Intervju	32	Blueprint TO-BE	117
Intervju tidligere ansatt i barneværnet	33	KAPITTEL 6: IMPLEMENTERING	120
Intervju skolehelsesøster	34	Plan for implementering	122
Skolehelsesøster nordland	35	1. Oppstart og utvikling	124
Workshop 1	36	2. Pilotprosjekt	126
Personas	40	3. National implementering	126
Observasjon	44	4. Videreutvikling	129
Brukerinnsikt fra litteratur	48	5. Et steg inn i fremtiden	130
KAPITTEL 3: INFORMASJONS- BEARBEIDING	50	KAPITTEL 7: OPPSUMMERING & REFLEKSJON	132
Design brief	52	Konklusjon	135
Kartlagte behov	54	LITTERATURLISTE	136
Brukerreise	56	VEDLEGG	
Frafall i tjenesteforløpet	58	1. Oppgaveforslag fra SINTEF	140
Aktørkart	60	2. NSD Prosjektvurdering	142
Blueprint AS-IS	63	3. Intervjuguide	145
Scenarios	66	4. Samtykkeskjema	146
KAPITTEL 4: KONSEPTUTVIKLING	72	5. Idèvurderingsskjema	147
Avgrensninger	73	6. Standardiserte brev	148
		7. Spørreundersøkelse	150

TIL LESEREN

Ifølge helsedirektoratet øker andelen av overvekt og fedme i den norske befolkningen (Helsedirektoratet, 2010). Forebygging av fedme kan på sikt gi helsenorge store økonomiske gevinster. Helse- og omsorgsdepartementet skriver at det kan potensielt spare hele 154 milliarder kroner per år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Da det er problematisk å behandle fedme, ses det på som hensiktsmessig å forebygge ved å arbeide for at barn med overvekt ikke fortsetter en negativ vektutvikling. En måte å gjøre dette på er å veilede familier til å endre kosthold og livsstil. Dette arbeidet utføres i dag hovedsakelig av helsesøster, og veiledningen foregår ved oppmøte på helsestasjonen. Dette tilbudet er det mange familier som takker nei til av ulike årsaker. Med en tjenstedesigntilnærming er mulige årsaker kartlagt og en nettside utarbeidet for å møte disse behovene. Hvordan denne nettsiden kan implementeres i eksisterende tjeneste er beskrevet i slutten av prosjektet.

I denne rapporten blir du tatt med gjennom en designprosess utført av to masterstudenter. Rapporten er inndelt i kapitler etter prosessens deler. Først vil prosjektets bakgrunn presenteres i kapittel 1 - introduksjon. Her vil oppgaven gitt fra oppdragsgiver og andre rammeverk for prosjektet defineres. I andre kapittel starter designprosessen med en innsiktsfase, hvor det blir utforsket rundt tema. I tredje kapittel vil bearbeidingen av denne innsikten bli brukt til å kartlegge eksisterende tjeneste, og til å lage nye rammeverk før neste kapittel som omhandler konseptutvikling. I kapittel fire blir denne bearbeidede informasjonen brukt til å generere ideer til konseptløsninger. Metode for konseptutvikling vil presenteres og et konsept vil bli valgt og videreutviklet. Ferdig utviklet konsept og alle dets funksjoner vil så presenteres i kapittel fem. En plan for implementering av konseptet i eksisterende tjeneste vil bli lagt frem i kapittel seks, før avsluttende oppsummering og refleksjon av prosjektet i kapittel syv.



01

INTRODUKSJON

I første kapittel vil prosjektets bakgrunn presenteres. Det vil bli en gjennomgang av valgt oppgave som prosjektet baseres på, samt dets tidligere forprosjekt. Overvektsproblematikken blir beskrevet, og tanker vi hadde i oppstarten om hva vi kunne bidra med blir illustrert.

VALG AV OPPGAVE

Fra oppstarten var det ønskelig for oss at masteroppgaven skulle skrives innen tjenestededesign. Begge masterstudentene ønsket en oppgave som gav muligheten for å designe tjenester som utgjør en forskjell for brukeren. Vi har tidligere gode erfaring fra ulike prosjekter innen helse og livsstil, som påvirket valg av oppgave.

Oppgaven "Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn" ble presentert av SINTEF Teknologi og Samfunn, avdeling Helse. Oppgaven omhandlet å få flere foreldre med barn med overvekt til å takke ja til tilbud fra helsestasjonen ved å utvikle et nettbasert selvhjelpsverktøy som fremmer egenmestring og ressursmobilisering. Vi avtalte et møtet med SINTEF, representert av Anne Karen Aanonli og Kristine Holbø for bedre innsikt i prosjektet. SINTEF var positive til tjenestededesignvinklingen vi ønsket på prosjektet, til tross for at oppgaven i utgangspunktet var formulert for interaksjonsdesignere. Tjenestededesign har som formål å overføre verdi fra leverandør til bruker på en effektiv måte. Ofte involverer dette et tett samarbeid med både ansatte og brukere for å sikre å skape gode brukeropplevelser. Under en slik prosess anvendes tjenestemetodikk og teori for å skape en struktur av blant annet digitale plattformer, kommunikasjon og samhandling. I dette prosjektet handler det om å overføre verdi fra skolehelsesøster til foresatte på en effektiv måte. Se vedlegg 1 for oppgaven presentert av SINTEF.

SAMARBEID

Oppgaven faller under pågående prosjekt utarbeidet av SINTEF og ulike aktører fra helsesektoren. Disse aktørene ble våre samarbeidspartnere gjennom prosessen.

SINTEF:

SINTEF er et av Europas største uavhengige forskningsinstitutter. De har ifølge egen nettside 2000 ansatte over 75 nasjonaliteter, 4000 kunder og 3100 MNOK i omsetning. SINTEF samarbeider med NTNU og har tilsammen omkring 200 forskningslaboratorier (SINTEF, 2018). De skaper innovasjon ved å utvikle kunnskap og teknologi innenfor mange forskjellige domener. I denne oppgaven er samarbeidet med instituttet Teknologi og samfunn, avdeling Helse som har spisskompetanse innen produkt- og tjenestedesign og bistår med veiledning.

Veiledere fra SINTEF har bestått av:

Anne Karen Aanonli

Anita Das

PROSJEKTGRUPPE HELSE MIDT-NORGE:

I prosjektgruppen sitter representanter fra fedmepoliklinikken ved St.Olavs hospital og Ålesund sykehus, som listet under. Samtlige har bidratt til gjennomførelsen av masteroppgaven gjennom veiledning, deltakelse på workshops og presentert oss for aktuelle aktører for videre innsikt.

- Prosjektleder Bjørn Magne Jåtun, Overlege pediatri ved Molde og Ålesund Sykehus.

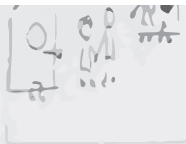
- Kvalitetssikrer Rønnaug Ødegård, overlege barne- og ungdomsklinikken ved St. Olavs Hospital
- Marte Volden, spesialfysioterapeut ved regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon.

Det har i tillegg vært flere deltakere i prosjektet som vil presenteres der hvor de har vært involvert i prosjektet.

PARALLELL MASTERGRUPPE:

Parallelt med vår oppgave vil to medstudenter ta for seg samme oppgave men med fokus på spilldesign. Vi samarbeidet med denne gruppen i innsiktsfasen, både ved litteratursøk rundt problemstillingen, og ved mer praktisk research som seminarer, workshops og møter. Vi har også oppdatert hverandre gjennom prosessen for å motivere og kommentere arbeid.



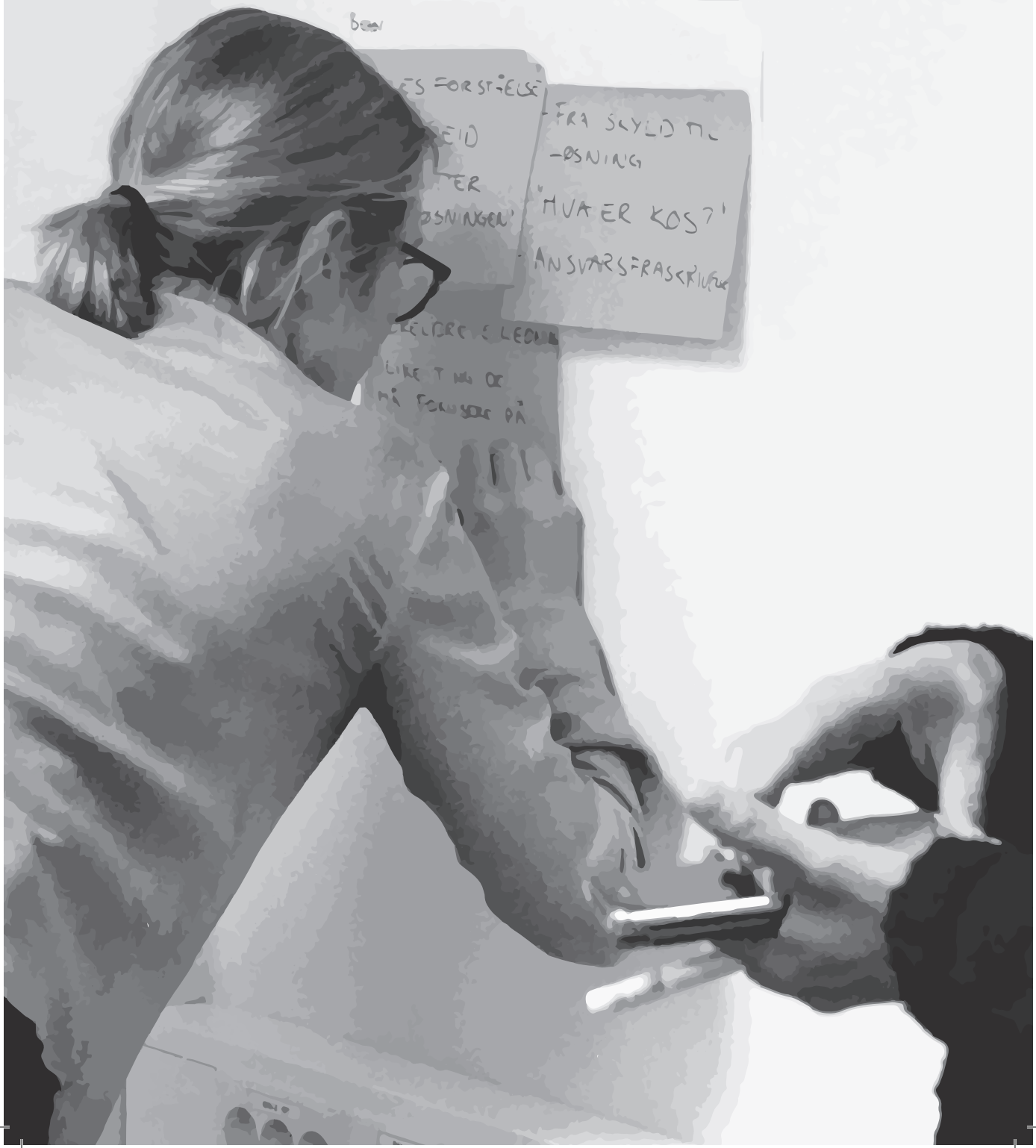


Handwritten text in a column, possibly a list or notes, located in the upper right section of the page.

Handwritten text in a column, possibly a list or notes, located in the middle left section of the page.

Handwritten text in a column, possibly a list or notes, located in the middle right section of the page.

Handwritten word, possibly "Børn", located below the top section of text.



ES FORSTJÆL
FRÅ SKYLD TIL
ØSNING

FRÅ SKYLD TIL
ØSNING
"HVA ER KOST?"
ANSVARSRASKRIVELSE

KJELDERE LEDER
LIKE TIL OG
PÅ FOLKENE PÅ

FORPROSJEKT

Våren 2016 har det blitt gjennomført et forprosjekt av SINTEF, Fedmepoliklinikken ved St. Olavs Hospital, og var forankret i Helse Midt-Norge RHF (regionale helseforetak). Hovedmålet for forprosjektet var å bidra til økt motivasjon og begeistring for endring av kosthold blant barn og/eller ungdom med fedmeproblemer. Det ble utviklet fire konsepter, og avdekket behov som ble kartlagt i løpet av prosessen ved hjelp av workshop og intervjuer. Studenten Stine Beckman skrev masteroppgaven *"Motivere barn og unge til å gjøre livsstilsendringer for å redusere overvekt"* som ble en del av dette forprosjektet. Konseptene ble evaluert i en workshop hvor bedriftene MotiTech og Agens deltok. De så hvordan de forskjellige løsningene dekket forskjellige behov, og konkluderte med at *"om en god løsning skulle oppnås, trengs det et større innovasjonsprosjekt som ser både på tjenesteinnovasjon og produktinnovasjon"* (Aanonli, Thomassen & Hansen, 2016, s. 31). Videre beskrives det at dersom det skal bli gjennomførbart på alle plan, må det bli lagt arbeid i designet av tjenesten, og ikke bare produktet. Dette illustrerer hvordan vi kan bidra til dette prosjektet med fokus på tjenstedesign (Aanonli et al., 2016).

De har siden forprosjektet valgt å se bort fra ungdommer og fokuserer nå kun på familier med barn under 10 år med mild til moderat overvekt, som har takket nei til tilbud fra skolehelsesøster (Aanonli et al., 2016).

"Motivere barn og unge til å gjøre livsstilsendringer for å redusere overvekt"

- Beckman, 2016



Illustrasjon: Anne karen Aanonli, SINTEF

Illustrasjon: Anne Karen Aanonli, SINTEF
 Illustrasjonen er tiltenkt en "flyer" for rekruttering av familier.
 Målgruppen er endret fra originalen, som er å finne i oppgaveforslaget i vedlegg 1.

OVERVEKT

HVA ER OVERVEKT?

Overvekt defineres vanligvis ved hjelp av 'kroppsmasseindeks' (KMI). KMI er et forholdstall mellom kroppsvekt og høyde. En KMI mellom 25 og 30 er definert som overvektig, mens KMI over 30 klassifiseres som fedme (Norsk Helseinformatikk, 2013).

For barn vil KMI beregnes ut fra gjennomsnittstall fra barn med samme kjønn og alder, da barnet er i vekst (Helsedirektoratet, 2010). Denne formen for KMI kalles iso-KMI og beregnes ut fra standardiserte kurver. (Helsedirektoratet, 2013).

$$KMI = \frac{VEKT}{HØYDE^2}$$

OVERVEKTSPROBLEMATIKKEN

Ifølge helsedirektoratet øker andelen av overvekt og fedme i den norske befolkningen (Helsedirektoratet, 2010). Fedme er en alvorlig kronisk sykdom som kan føre til en rekke fysiske og psykiske tilleggslidelser, deriblant metabolsk sykdom, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, kreft, depresjon og stigmatisering (Helsedirektoratet, 2010). Med kronisk sykdom menes sykdommer med langtrukket forløp (Kåss, 2018), og krever dermed behandling over tid, hvilket er kostbart.

"Behandling av overvekt er komplisert og med varierende resultat. Det forebyggende arbeid fra småbarnsalder må vektlegges, slik at utvikling av overvekt unngås" (Helsedirektoratet, 2010, s. 32)

Barn med overvekt og fedme kan få flere psykososiale plager. Helsedirektoratet viser til flere studier som konkluderer med at barna kan bli stigmatisert, ha dårlig selvfølelse og kroppsbylde, samtidig kan det gå utover den enkeltes livskvalitet (Helsedirektoratet, 2010). Flere studier viser at barn i 10-11 års alderen stigmatiserer andre barn med overvekt eller fedme ved å rangere dem som *"minst attraktive sammenlignet med normalvektige funksjonsfriske og funksjonshemmede barn"* (Helsedirektoratet, 2010, s.25).

Det er en moderat sammenheng mellom fedme og opplevelsen av negativ selvfølelse som kan bli forklart med misnøye av egen kropp. Overvektsbehandling bør derav ikke bare omhandle vekt, men det bør også fokuseres på å bedre barnets kroppsbylde og



selvfølelse (Helsedirektoratet, 2010). Generelt er det rapportert lavere livskvalitet vedrørende barn med fedme, den opplevde dårlige livskvaliteten synes å være parallelt ved økt KMI (Helsedirektoratet, 2010).

Ved forebygging av fedme kan det på sikt gi Norge store økonomiske gevinster. Helse- og omsorgsdepartementet skriver at det kan potensielt spare hele 154 milliarder kroner per år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

FOKUSOMRÅDE:

Denne oppgaven tar for seg forebygging av overvekt og fedme hos individer, som omtales som individuell forebygging (Helsedirektoratet, 2010). Dette arbeidet skal omfatte barn under 10 år med mild til moderat overvekt (isoKMI mellom 25-30) og deres nærmeste familie. Mange av disse familiene som får tilbud om veiledning takker nei av ulike årsaker. I dette prosjektet vil mulige årsaker kartlegges, og det vil utforskes endringer som kan foretas ved tjenesten for å få familiene til å takke ja til veiledning.

HVA SKAL VI BIDRA MED

Webdiagram er utformet etter
metoden 'self-reflection'
(Kimbell, 2014, s. 32)

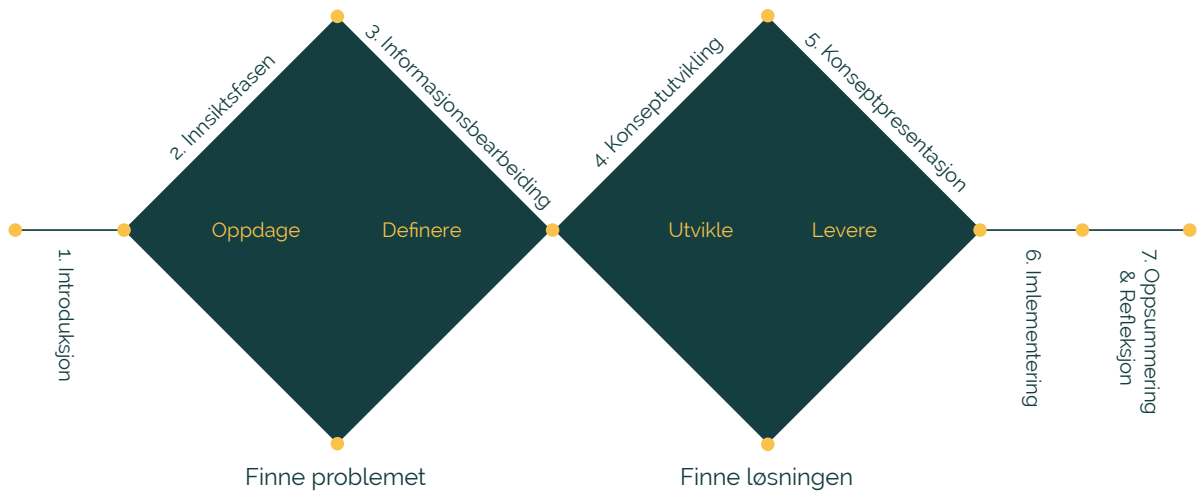
Ved oppstart av prosjektet var det ønskelig å tydeliggjøre hvilke verdier og egenskaper vi bidrar med i prosjektet. Dette ble kartlagt etter en metode som heter "self-reflection" (Kimbell, 2014, s.30). Det er flere faktorer som kan påvirke prosjektets utvikling, og hvordan vi er som individer og designere er høyst relevant. Våre personlige verdier kan ha innvirkning i flere sammenhenger (Kimbell, 2014, s.30). Eksempler på dette kan være ved tolkning av data og beslutningstaking. Metoden resulterte i et webdiagram som illustrerer hvilke egenskaper og forutsetninger vi som prosjektgruppe disponerer for å løse oppgaven.

Ved videre innsiktsarbeid er det viktig å være klar over forekomsten av 'forutinntatthet' (Nordbø, 2017, s.81). Gjennomførelsen av webdiagrammet er en metode som ble brukt til å få en oversikt over egenskaper og verdier hos prosjektdeltakerne som kan forårsake forutinntatthet. forutinntatthet er ikke nødvendigvis negativt, men det er viktig å være klar over fenomenet slik at det ikke blir et problem under innsiktsfasen (Nordbø, 2017, s.81).



- **VÅR INTENSJON:** Vi ønsker at flere skal få hjelp ved å takke ja til tilbudet om veiledning, og at brukeren føler seg ivaretatt når de tar i bruk tjenesten.
- **PROBLEMER OG UTFORDRINGER:** Det er flere etiske begrensninger ved prosjektet. Overvekt er et sårt og stigmatisert tema, og det kan være vanskelig med livsstilsendringer. Dette gjør oppgaven meningsfull og interessant.
- **VÅR TILNÆRMING VED OPPSTART AV NOE NYTT:** Først planlegg og få oversikt. Støtte seg på eksisterende litteratur. Liker nye å lære nye ting.
- **VÅRE FERDIGHETER OG RESURSER:** Kunnskap om designprosess, tjenstedesign, overvekt og kosthold. Tidligere erfaring med "human behavior", "practice theory", design og følelser, vaner og matvalg. Veiledere (NTNU og SINTEF). Motivasjon og interesse.
- **VÅRE STERKE BÅND:** Venner, familie, medstudenter, SINTEF, veiledere
- **VÅRE SVAKE BÅND:** Frivillige organisasjoner, helsepersonell, barneskoler, barn med overvekt
- **VÅRE TANKER OG REFLEKSJON OM ENDRING:** Vanskelig med livsstilsendringer, små endringer om gangen kan være gunstig. Forandring fryder. Ser lyst på fremtiden og prosjektgjennomføring.
- **VÅRE VISJONER OG VERDIER:** Begge ønsker å designe løsninger som har betydning for andre og potensielt gjøre deres liv og hverdag bedre. Mennesker i fokus, skape nytteverdi.
- **VÅRE ANSVARSOMRÅDER:** NTNU og SINTEF da oppgaven skrives i samarbeid med dem. Føler et ansvar ovenfor sluttbruker da tjenesten kan ha en påvirkning på deres helse gjennom livet. Etisk ansvar spesielt da prosjektet omhandler barn.

PROSESS



Prosjektets prosess er formet etter Double-Diamond Model of Design (Norman, 2013, s.220). Kapittelinnstillingen har tatt form etter samme modell.

02

INNSIKTSFASEN

Denne fasen har som formål å kartlegge aktører og ulike brukerbehov, samt undersøke hvor det oppstår problemer i et veiledningsforløp slik det er i dag. Skolehelsetjenesten er et offentlig domene med tilhørende lover, regler, nasjonale anbefalinger og retningslinjer. Domenet er ukjent for oss hvilket gir behov for innsikt.

ETIKK

Etikk er dilemma vedrørende vår rett til fri kunnskapsinnhenting og individets selvbestemmelsesrett og rett til privatliv (Halvorsen, 2008, s.247). I forkant av valgt innsiktsmetode er det viktig å sette seg inn i situasjonen for å undersøke om dette er premisser en selv er villig til å godta. Ethiske dilemmaer kan oppstå i ulike deler av en prosess, ofte er det ved utforming av problemstilling, bruk og formidling av informasjon, og innhenting av data (Halvorsen, 2008, s.246).

Ved gjennomførelse av prosjekter er det vanlig at oppdragsgiver benytter seg av taushetserklæringer for å ivareta egen interesse, og samtykkeskjema for innhenting av informasjon (Nordbø, 2018, s.80). I dette prosjektet foreligger det en kontrakt mellom prosjektinnehaver og SINTEF, samtidig har NSD blitt søkt vedrørende datainnsamling (se vedlegg 2 for NSD prosjektvurdering). Etikken har vært relevant gjennom store deler av prosjektet. Utarbeiding av design brief er gjort etter etiske retningslinjer, både i form av restriksjoner og utforming av prosjektdefinisjon. Hovedbruker ble definert som 'foresatte' da det ikke ble ansett som etisk riktig med direkte henvendelse til barn, da man ikke vet hvilke konsekvenser dette vil ha for barnets psykiske helse.

Videre metoder som er sterkt påvirket av etikk er intervju, observasjon og spørreundersøkelse. De som ble intervjuet skrev under på et samtykkeskjema og ble informert om egne rettigheter, hva informasjonen skal brukes til og hvordan den blir behandlet. Samtlige

har også fått tilsendt tekst i ettertid slik at de har mulighet til å bekrefte beskrivelsen, og komme med eventuelle korrigeringer. Vi har vært opptatt av at de som er blitt intervjuet eier sitt eget bidrag og må dermed ha muligheten til å godkjenne eget intervju. Observasjonen har blitt anonymisert da det involverer barn, dette for å skjerme barna for å bli gjenkjent i skildringene. Spørreundersøkelse er helt anonym, det vil si at den ikke innhenter e-mail, IP-adresse eller annen informasjon som kan gjøre det mulig å identifisere personene som har svart. Spørsmålene er også utarbeidet slik at personer ikke kan bli gjenkjent.

De ulike tiltakene er gjort med hensyn på retningslinjene beskrevet i "the little book of Design Research Ethics" som legger vekt på egenskapene respekt, ansvar og ærlighet (IDEO, 2015).



LITTERATURSØK

Det har blitt foretatt litteratursøk som har formet resultatet av dette prosjektet. Litteratursøket startet med nasjonale retningslinjer, lover og regler som omhandler primærhelsetjenesten og deres krav til behandlingsforløp. Parallelt ble det innhentet informasjon om overvekt og hvordan dette kan påføre en person fysiske og psykiske plager. Litteratursøket startet med en overfladisk tilnærming og ble etterhvert mer målrettet og spisset i form av søkeord. Litteraturen er hentet fra ulike medier som fagbøker, rapporter, dokumenterer og artikler. Innsikt som omfatter overvektsproblematikken, lover, regler og retningslinjer er i hovedsak utført online via søkemotorer som NTNU sitt nettbibliotek 'oria' og google scholar. Søkene ble filtrert etter søkeord og dato for publikasjon, da det var ønskelig med oppdaterte kilder som ikke er datert tilbake mer enn 5 år hvor dette var mulig. Tidsaspektet er for å sikre oppdatert informasjon slik at løsningen er relevant og realistisk. Fagbøker innen design er benyttet for vurdering av hvilke metoder som kan være relevante. Litteratursøket var en viktig faktor som ledet frem til fokusområdet, ulike spesifikasjoner, retningslinjer og spørsmål. Viktigste kilde i oppgaven er Helsedirektoratets "*Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*" (Helsedirektoratet, 2010).

LOVDATA

Relevante lovdata ble undersøkt for å kunne danne et rammeverk for videre prosjektarbeid. Disse ligger under Helse-

og Omsorgsdepartementet og vil styre utformingen av nye helsetjenester. Lover og forskrifter er hentet fra lovdata.no og er som følger:

- "Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd" (prioriteringsforskriften, 2000)
- "Lov om pasient- og brukerrettigheter" (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001)
- "Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj, 2003)

Litteraturen er hentet fra ulike medier som fagbøker, rapporter, dokumenterer og artikler.

DOKUMENTAR

Dokumentarstudie ble brukt som metode for innsikt i overvektsproblematikken og dens mange ringvirkninger. Gjennom å se dokumentarer innen tema fikk vi skildringer om hvordan overvekt og fedme påvirket barn og deres familier, både fysisk, psykisk og sosialt. Studiet resulterte i en bredere forståelse av problematikken ved å illustrere teorien. Ved å observere dagligdagse gjøremål lærte vi hvordan overvekt og fedme kan påvirke barns hverdag. Barna fortalte om hvordan det var å leve med fedme og hvilke konsekvenser dette hadde på selvfølelsen. Dokumentarstudie bidro til økt kunnskap om hvor stor og alvorlig tematikken er, og hvor problematisk behandling av fedme kan være når det har gått for langt. Dette belyste viktigheten av forebyggingsarbeidet, hvilket gav motivasjon for videre prosjektarbeid.

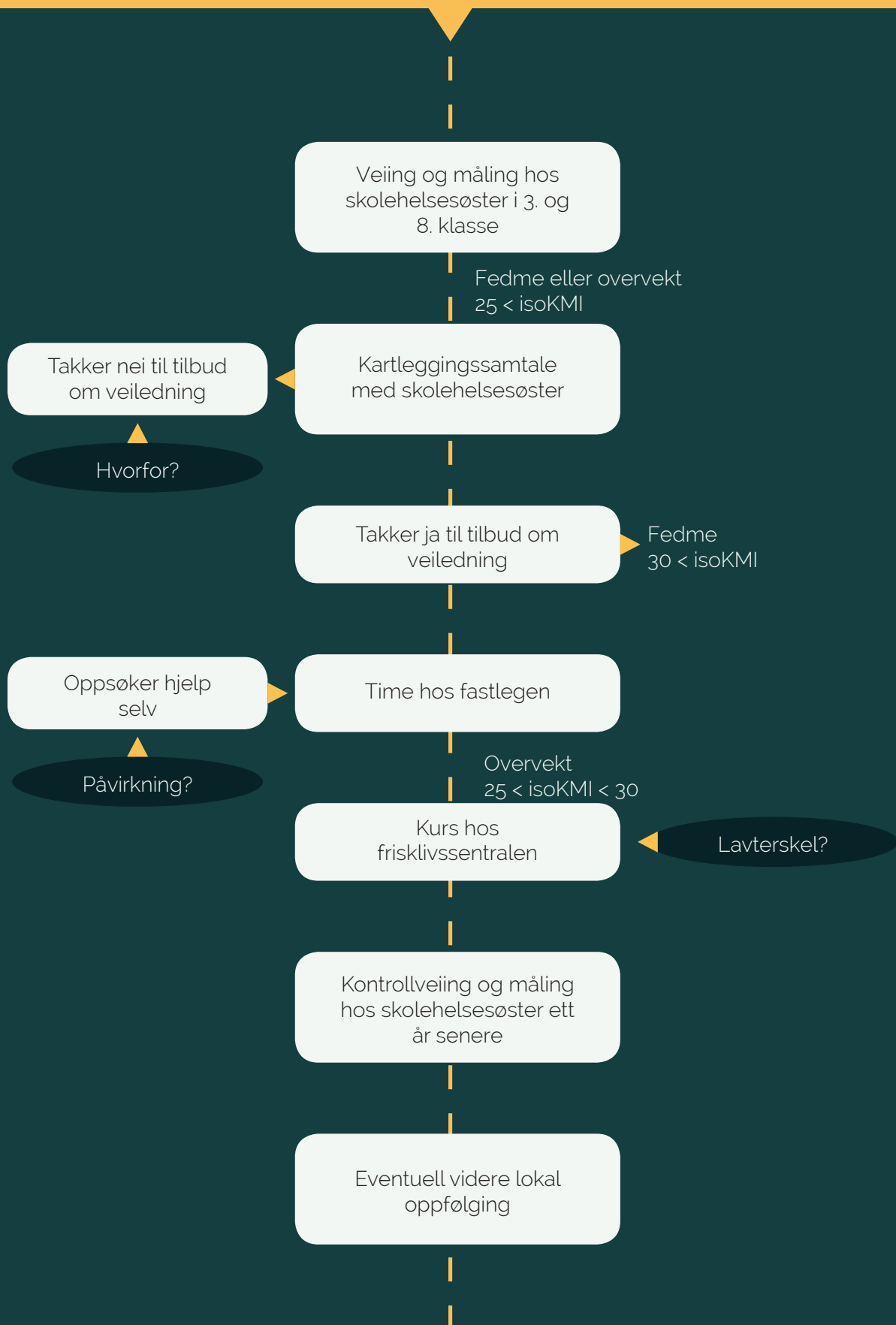


Studie resulterte i en bredere forståelse av problematikken ved å illustrere teorien som på dette tidspunktet var innhentet.

DAGENS BEHANDLINGS- FORLØP

Ifølge forprosjektrapporten fra SINTEF kan et behandlingsforløp i Stjørdal for overvektige barn kan være slik som illustrert. Det ble her stilt spørsmål til ulike deler ved behandlingsforløpet, som var uklart. Dette var med på å forme videre innsikt og metodevalg.

BEHANDLINGSFORLØP FOR BARN MED OVERVEKT, STJØRDAL



KOSTVERKTØYET.NO

Kostverktøyet.no er en nettbasert løsning laget for helsepersonell og for familier som har barn med overvekt (St.Olavs Hospital, 2018). Løsningen eies av Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon ved St. Olavs Hospital (OBECE) og støttes av Helsedirektoratet og kliniske ernæringsfysiologers forening, hvilket er tilknyttet Forskerforbundet (KEFF). Nettsiden er utviklet som et forebyggende tiltak som potensielt kan redusere forekomst av fedme (St.Olavs Hospital, 2018). På Kostverktøyet.no kan familier tilegne seg kunnskap om kosthold og øke bevisstheten om personlige kostholdsvaner. Verktøyet kan også bistå helsepersonell ved veiledning av familier. Kostverktøyet.no er et støtteverktøy for fedmeforebygging for helsetjenesten og familier, og utgjør derfor et grunnlag for dette prosjektet som del av eksisterende tjeneste.



Meny  **Søk** 

Familie
Denne nettsiden er laget for å hjelpe familier med overvekt og fedme. Les videre og lær hvordan du og din familie kan komme i gang med smarte endringer av levevaner, som på sikt vil gi en lettere kropp og bedre helse. 

Helsepersonell
Dette verktøyet er laget for å styrke kompetansen til helsepersonell som jobber med familier med overvekt og fedme. Les videre og lær hvordan du som helsepersonell på best mulig måte kan støtte familier med overvekt og fedme i deres endringsprosess. 

bilde er hentet fra kostverktøyet.no

KOSTVERKTØYETS MODULER

Kostverktøyet.no er delt inn to moduler; en for helsepersonell og en for familier.

FAMILIEMODULEN

Denne modulen er preget av mye tekst, flere nedlastbare pdf-filer, og det kan tidvis være vanskelig å finne frem til ønsket informasjon. Kostverktøyet.no tilbyr relevant informasjon om overvekt og fedme, men det er opp til foreldrene å tolke informasjonen, trekke konklusjoner og gjøre det om til handling.

Kostverktøyet tilbyr en liten variasjon innen dagsmenyer for ulike aldersgrupper. Menyene består av hoved- og mellommåltid med tilhørende bilde og beskrivelse. Dagsmenyene er preget av et tradisjonelt norsk kosthold hvor de fleste måltidene består av brød og meieriprodukter, det blir heller ikke tatt hensyn til allergier, intoleranser eller livsstilsvalg. Det kan tenkes at en gjennomsnittlig norsk familie kan bestå av interkulturelle sammensetninger eller av annen kultur, opphav og bakgrunn og det kan være hensiktsmessig med individuelle tilpasninger. Annen viktig informasjon som er å finne på Kostverktøyet.no er matvaremerkinger, portionsstørrelser, praktiske tips og bildebank som illustrerer næringsinnhold på forskjellige matvarer.

MODULEN FOR HELSEPERSONELL

Under denne modulen kan helsepersonell innhente informasjon vedrørende veiledning av barn med overvekt på en effektiv måte. I likhet med familiemodulen er modulen for helsepersonell preget av mye tekst og

flere PDF-filer for utskrift av informasjon. Denne modulen virker mer utarbeidet en familiemodulen, som kan gjenspeile hvem som har vært involvert i utvikling av nettsiden. Andre funksjoner som er å finne under denne modulen er henvisning til viktig litteratur, verktøy og retningslinjer.

Kostverktøyet.no
tilbyr relevant og
kvalitetsikret
informasjon om
overvekt og fedme

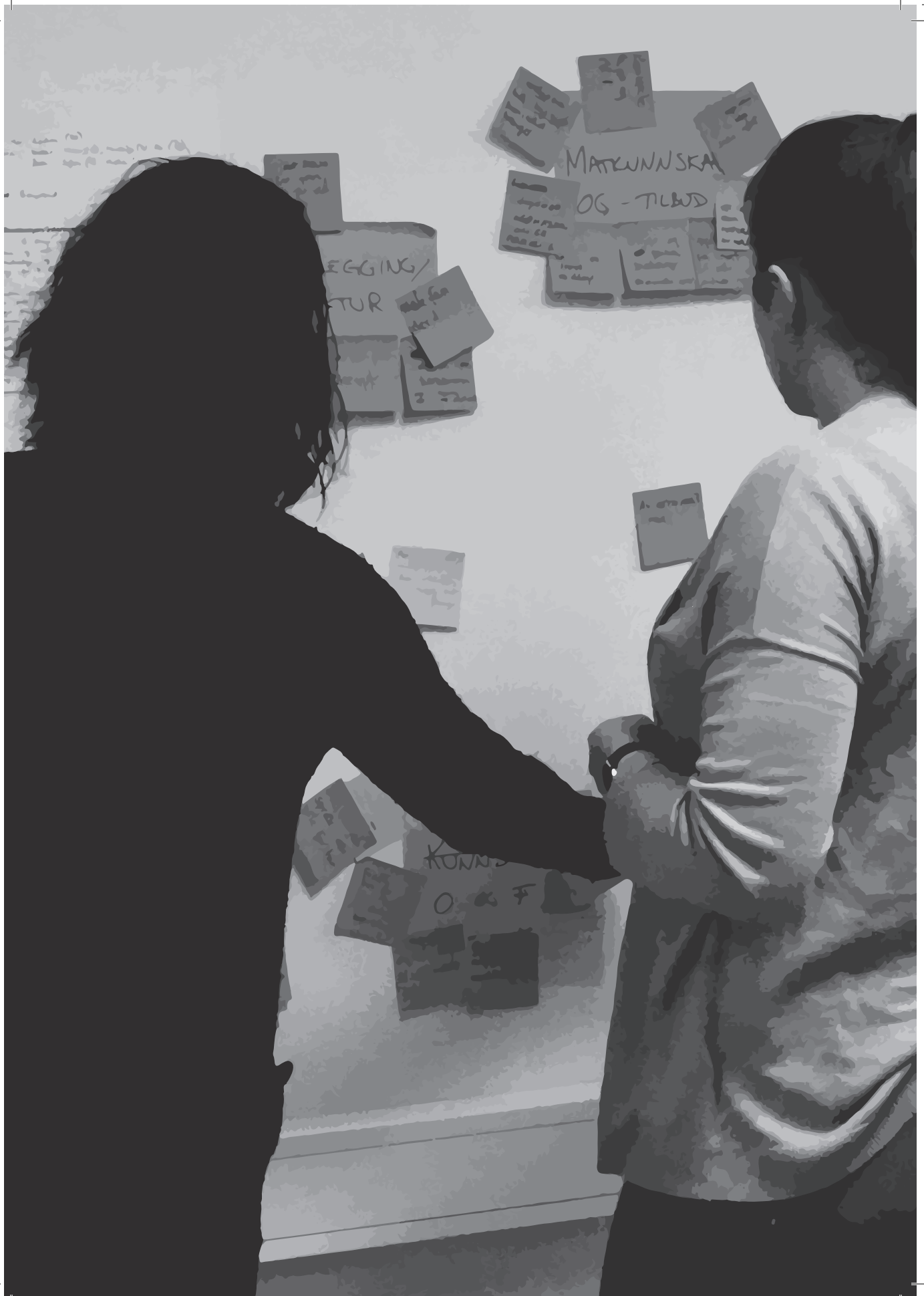
GENERELLE TANKER & INNTRYKK

Generelt kan det være vanskelig å finne frem til ønsket informasjon, hvilket kan hindre ønske om et effektivt behandlingsverktøy. Det er mye teori på de sidene som har innhold, men formidling om hvordan overføre teori til praksis er tidvis mangelfull. Et overordnet inntrykk av Kostverktøyet.no er behov for flere visuelle fremstillinger, for å bedre formidling av informasjon. Det positive med løsningen er at informasjonen er tilgjengelig for alle, og at den er kvalitetssikret av spesialister. Dette kan hjelpe familier med å unngå forvirring i et hav av kostveiledning på internett.

PRAKTISK RESEARCH

metoder: intervju, regional
nettverkskonferanse, workshop,
observasjon og lbrugerinnsikt fra
litteratur.

I denne fasen har det blitt utført ulike praktiske innsiktsmetoder. Metodene er Intervju, workshop og observasjon. Valg av metode og hvordan den er anvendt er videre beskrevet i forkant av de praktiske øvelsene. Innsikten har blitt bearbeidet ved bruk av designmetodikk innen tjenstedesign som har formet videre innsikt, idegenerering og sluttresultatet.



REGIONAL NETTVERKS- KONFERANSE

1. og 2. februar 2018 ble det arrangert en nettverkskonferanse for regionen helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge består av de som har ansvar for sykehustjenestene til befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal (Helse Midt-Norge, 2018a). De inviterte til konferansen var ansatte i regionen som jobbet innen forebygging, behandling og oppfølging av barn, ungdom og voksne med overvekt og fedme (Helse Midt-Norge, 2018b). Konferansen hadde som hensikt å utveksle informasjon mellom deltakerne. De to dagene hadde hvert sitt tema, dag en omhandlet fedmeoperasjoner og behandlingsforløp, dag to omhandlet psykisk helse som årsak til fedme. Vi deltok på denne konferansen for å få informasjon om temaet fra fagkyndige. Det var samtidig ønskelig å knytte kontakter for intervjuer og annen informasjonsinnhenting ved senere anledning.

Knyttet til psykisk helse ble det diskutert ansvarsfraskrivning av slike saker blant mange helsepersonell. Helsepersonell ønsker i mange situasjoner å ikke forholde seg til problematikken og henviser heller pasientene til andre steder. Denne form for henvisning gjaldt spesielt behandling av barn, da legene måtte forholde seg til foreldre i tillegg til pasienten. Denne ansvarsfraskrivningen er et stort problem som trolig grunner i mangel på kompetanse innen psykologi i forbindelse med overvekt og fedme.

Et mål sykehusene hadde var å utvikle standardiserte regionale pasientforløp hvor

alle fikk lik behandling, kvalitativt. Det er store forskjeller på ressurser tilgjengelig i de forskjellige kommunene, og dette er derfor problematisk. Leder for landsforeningen for overvektige, nevner at en årsak til at foreldre ikke ønsker hjelp med behandling ved barn med overvekt er frykt for å havne i sak med barnevernet. På tross av at mange takker nei til tilbud blir ca 200 barn i året behandlet for fedme i Helse Midt-Norge.

På slutten av seminaret ble det delt inn i grupper på 6-7 personer. På vår gruppe var vi to studenter og 5 helsepersonell hvorav 3 var sykepleiere (to senior og en nyutdannet), en klinisk ernæringsfysiolog og en spesialfysioterapeut. Oppgaven var å diskutere to spørsmål i forbindelse med temaene diskutert under seminaret. Spørsmålene var som følgende:

1. Hvordan identifiserer og forholder vi oss til forstyrret spiseatferd i vår praksis?
2. Hvordan kan vi sammen vri innsatsen inn mot tidlig- og ikke-sykkelig fedme i primærhelsetjenesten?

Denne diskusjonen gav oss innsikt i behandlingsforløp innen overvekt og fedmebehandling. Helsepersonellet kunne fortelle om hvordan pasientene ofte underrapporterte eller var uærlige på spørsmål og svarte det de trodde helsepersonellet ville høre. Denne dialogen ble også diskutert i setting med barn og deres foreldre. Det

var enighet om at det bør tilrettelegges for at pasientene skal tørre og åpne seg til helsepersonell og snakke om eventuelle psykiske plager.

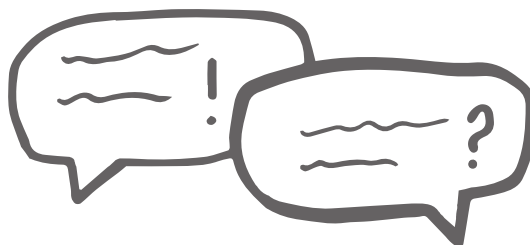
Ved andre spørsmål var de alle enige i at det er essensielt å få med barnehager og skoler i slikt arbeid og at skolehelsetjenesten har stort potensiale til å bidra her. Det ble diskutert ønsker om mulighet for etterutdanning eller kursing for økt kompetanse rundt overvekt og psykologi. Økt kompetanse om temaet over flere plan ville hjulpet ressursbegrensningene da det kunne redusert ugunstige henvisningssituasjoner. Et brettspill som følelsesverktøy ble nevnt som verktøy brukt ved behandling av barn med fedme. Brettspillet blir i dag brukt for å hjelpe barn med å sette ord på følelser knyttet til mat og spising.



INTERVJU

Intervju er en metode som blir brukt til å skaffe innsikt ved å gå i dybden med få deltakere. Dette er den mest benyttede kvalitative metoden for å innhente verbale utsagn og informasjon om holdninger (Halvorsen, 2008, s.141). I dette prosjektet har valget falt på semistrukturert intervju som tar utgangspunkt i en intervjuguide med forberedte spørsmål, men intervjuer står fritt til å legge til eller trekke fra spørsmål (Nordbø, 2017, s.82). Det skilles også mellom åpne og lukkede spørsmål som har forskjellige egenskaper og evne til å få frem ulik innsikt hos den som blir intervjuet. Åpne spørsmål kan trigge hukommelsen til intervjuobjektet og få vedkommende til å huske informasjon de ellers ikke hadde kommet på. Lukkede spørsmål kan lette en intervjuers arbeid ved at det er enklere å analysere og tolke da svarene blir tydelig og konsise (Halvorsen, 2008, s.142).

I tråd med litteraturen ble det utviklet en intervjuguide tilpasset omstendighetene og skolehelsesøstrene (Se vedlegg 3 for intervjuguide). Utarbeidingen av spørsmålene i forkant av intervju ble gjort etter intervjuguiden, ut fra den innsikten som var tilgjengelig på de ulike tidspunktene og etter hvilken informasjon som var ønsket. Dette varierte mellom intervjuene, og hensikten er nærmere beskrevet under oppsummeringene av de ulike intervjuene. I forkant intervjuene var det en gjennomgang av samtykkeskjema (se vedlegg 4).



INTERVJU AV TIDLIGERE ANSATT I BARNEVÆRNET

Det ble gjennomført et ustrukturert intervju over telefon av tidligere saksbehandler i barnevernstjenesten Sør-Helgeland fra august 2011 til august 2017. Hun har erfaring med hvordan barnevernet forholder seg til saker med barn med overvekt. Hensikten med intervjuet var å finne ut mer om barnevernets del i veiledningen av foreldre med barn med overvekt. Det var ønskelig med innsikt i hvorfor noen foreldre er redde for å takke ja til tilbud om veiledning i frykt for at barnevernet skal involveres.

Hun kunne fortelle at hun aldri har vært vitne til saker hvor foreldre har mistet omsorg for barnet med overvekt som eneste årsak. Overvekt er sett på som et mulig symptom på omsorgssvikt, og ikke som omsorgssvikt alene. Dersom et barn er overvektig vil barnevernet se på familiens kosthold og levemåte, for å se hva som er årsaken til overvekten. Dersom årsaken er at familien har dårlig kosthold, vil det iverksettes hjelpetiltak for å veilede familien til å endre kostholdet. Det er helsestasjonen med helsesøster i teten som står for denne veiledningen.

Ved andre årsaker til barnets overvekt som ikke omhandler familiens kosthold eller genetikk, vil dette undersøkes nærmere. Dersom årsaken er at barnet for eksempel er mye alene og derav spiser alene, eller at det er tegn på vold i familien vil det opprettes sak. Det er i disse tilfellene barnet kan bli tatt fra foreldrene, og ikke bare det faktum at barnet er overvektig.

Hun aldri har vært vitne til saker hvor foreldre har mistet omsorg for barnet med overvekt som eneste årsak.

INTERVJU SKOLEHELSEESØSTER

Det ble utført et intervju over telefon av skolehelsesøster i Indre Fosen kommune som har jobbet fast som utdannet helsesøster siden 1999. Hun har erfaring med problematikken og har jobbet både på barne -og ungdomsskolen, og jobber for tiden på videregående skole. Målet med intervjuet var å skaffe innsikt i behandlingsforløpet rundt veiing av 3. klasse. Intervjuet var semistrukturert og varte i 35 minutter.

Informasjonen fra intervjuet ble brukt til å utforme blueprint, aktørkart og kartlegge behandlingsforløp. I tillegg til kartleggingen blir følgende informasjon tatt med videre i prosessen:

- Foreldre bestemmer hvem som skal involveres i behandlingsforløpet
- Helsestasjonen trenger mer ressurser! De klarer ikke å følge opp familier
- Skolehelsesøster ønsker hovedansvar for veiledningen da hun oftest er den som kjenner dem best
- Skolehelsesøster skulle vært mer involvert i faget mat og helse og andre relaterte opplegg på skolen
- De bruker iso-KMI kurver, samt skjønn for å oppdage overvekt
- Hun bruker Kostverktøyet.no som støtteverktøy
- Mild/moderat overvekt henvises ikke. Det er helsestasjonens ansvar



SKOLEHELSESEØSTER NORDLAND

Det var av interesse å kontakte en skolehelsesøster fra en annen region for å få informasjon om forskjeller mellom distrikter. En skolehelsesøster fra Sør-Helgeland ble derfor kontaktet via personlig melding med spørsmål om hennes forhold til Kostverktøyet.no. Hun fortalte at hun nylig hadde oppdaget Kostverktøyet.no ved en tilfeldighet, og hun hadde intensjoner om å bruke det fremover. Hun forteller at det er opp til hver enkelt skolehelsesøster hvilke støttefunksjoner som er ønskelig å bruke ved kostholdsveiledning. Dette belyser både forskjeller mellom distriktene, samt det faktum at kostveiledning vil variere mellom hvilken skolehelsesøster som leverer tjenesten. Retningslinjene er delvis opp for tolkning for hver enkelt tjenesteaktør.



WORKSHOP 1

Bore nimposse molore nate laut
quod eum et rehenis endae.
Luptionsed eicimus, sinimet
endantoritis simagni hicit, ipienda
eaque et anditata dolorest

Som oppstart på prosjektet inviterte SINTEF til workshop. Deltakerne bestod av:

- Prosjektleder Bjørn Magne Jåthun, overlege pediatri ved Molde og Ålesund sykehus.
- Rønnaug Ødegård, prosjektansvarlig for forprosjektet, overlege ved fedmepoliklinikken.
- Tove Langlo Drilen, klinisk ernæringsfysiolog og personen bak kostvertøyet.no
- Marte Volden, spesialfysioterapeut ved regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon.
- Anita Das forsker hos SINTEF Teknologi og Samfunn avdeling Helse
- Sobah Abbas Petersen seniorforsker hos SINTEF Teknologi og Samfunn avdeling økonomi og teknologiledelse
- Anne Karen Aanonli, Industridesigner hos SINTEF og vår veileder
- Masterstudentene Camilla Dahlstrøm, Karoline Rye Finckenhagen, Agnes Floa, Ida Sienna Mortensen

I tillegg til programmet utarbeidet av Anne Karen Aanonli, fikk masterstudentene én time tilrådelig til innhenting av informasjon. Denne timen ble brukt til behovskartlegging.

PROGRAM

- Presentasjon av prosjektet og dets bakgrunn, av Bjørn Magne Jåthun:
Viktigheten med å kunne tilby lik helsetjeneste til alle, uansett hvor de kommer fra, hvor store kommunenes ressurser er, personlig økonomi og tid. Ressurssparing og kommunikasjon mellom helsepersonell ble nevnt som viktig. Rammer for prosjektet ble også diskutert.
- Presentasjon av Kostverktøyet.no og hvordan det har blitt utviklet, av Tove Langlo Drillen:
Prosjektgruppen ønsker at skolen skal involveres i videre arbeid. Det mangler innsikt fra familie og hvordan verktøyet skal bli tatt i bruk av skolehelsesøster og annet helsepersonell.
- Utvikling av to personas-familier, i regi av SINTEF:
Det finnes ikke bare én typisk bruker. Kulturelle forskjeller og geografiske avstander er to eksempler på hva tjenesten må ta hensyn til. Se personas side 40.
- Behovskartlegging, i regi av masterstudentene:
Helsepersonellet fikk i oppgave å skrive behov knyttet til pasienter innen brukergruppen. Disse behovene ble deretter gruppert sammen i plenum. Se illustrasjon for resultat.



Illustrasjonen viser bearbeiding av resultatet fra behovskartlegging foretatt på workshop. Øverst er en gruppe med årsaker som kan danne et bilde på hvor problemet ligger hos familien. Basert på dette bør familien sette seg en målsetning for å øke sannsynligheten for vellykket veiledning. For å forsikre at familien opprettholder endringene over tid bør det tilbys tilpasset oppfølging fra skolehelsetjenesten.



foto: privat



foto: privat

PERSONAS

Personas er en arketypisk beskrivelse av brukere og deres atferdsmønstre (Martin & Hanington, 2012, s.132). Personas vil her brukes for å kommunisere hvordan det finnes flere forskjellige familier med forskjellige behov innad i brukergruppen. Å designe for alle mennesker fører til ufokuserte og usammenhengende løsninger (Martin & Hanington, 2012, s.132). Ved å designe for disse personafamiliene kan løsningen i større grad ha riktig fokus og svare på arketyperiske behov.

Ved hjelp av helsepersonell tilstede på workshop ble personafamiliene utformet. Helsepersonellet har jobbet med mange forskjellige familier innad i brukergruppen og kan derfor beskrive typiske brukere og deres handlingsmønstre.

Personaservanligvisbrukt som en menneskelig referanse i alle faser av et designprosjekt, og er nyttig for å utvikle, diskutere og presentere tjenstedesign (Martin & Hanington, 2012, s.132). Disse personafamiliene vil derfor bli brukt gjennom prosessen og for å presentere funn og konsept.

DELT HUSHOLDNING: FAMILIEN HANSEN

Personas bearbejdet av original versjon utarbejdet av Anne Karen Aanonli:

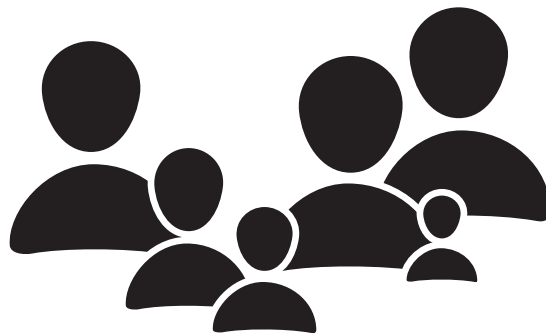
Familien består av: Ingvild (mor, 33 år), Thomas (far, 36 år), Matheo (9 år) og Nora (6 år). Bonusfamilie: Håvard (40 år) og Simen (1 år).

FAMILIESITUASJON:

Ingvild og Thomas har Matheo og Nora sammen, men har senere skilt lag. Ingvild har blitt sammen med Håvard og flyttet inn hos han i Malvik. De har sammen fått Simen. Ingvild jobber som regnskapsfører i samme firma som Håvard og Thomas er snekker. Forholdet mellom Ingvild og Thomas er kjølig etter et dårlig brudd. Både Ingvild og Thomas er opptatt av at barna skal ha det bra, men kanskje aller best når de er hos dem selv og det blir derfor mye kosemat. De har sett at Matheo har blitt større etter de skilte seg, og mener det er fordi den andre ikke er så god på kosthold.

HVORFOR DE TAKKER NEI TIL VEILEDNING:

- Thomas ser ikke behov for veiledning innen kosthold da han er normalvektig. Ingvild mener det er hos Thomas problemet ligger.
- Det er uenighet om det er Thomas eller Ingvild som skal møte til samtale, og resultatet er at ingen møter.



FRA BYGDA: FAMILIEN ÅS

Familien består av: Håvard (far 41 år), Birgit (mor 38 år), Astrid (12 år), Andreas (10 år) og Anna (8 år)

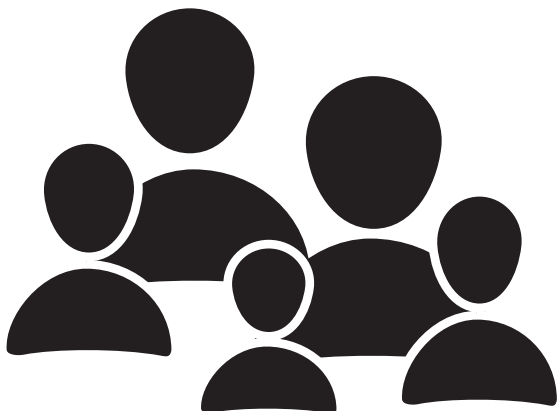
Bosted: Gård utenfor Verdal

FAMILIESITUASJON:

Anna er overvektig. Far er bonde og har hovedansvar for å lage middag i hverdagen. Andreas er kresen på mat, og Håvard lager heller noe enkelt enn å krangle med Andreas. Mor jobber mye som sykepleier og har en travel hverdag. De handler mye snacks for å alltid ha noe liggende til kaffebesøk. Bestemor og bestefar bor i nærheten og har alltid noe godt til barna. Anna liker å sitte inne og perle og tegne mens Andreas liker å hjelpe far i fjøset. Astrid er ofte på besøk hos venner og liker å gå på ski.

HVORFOR DE TAKKER NEI TIL VEILEDNING:

- De mener at overvekten ikke er et problem da Andreas også var overvektig når han var på Annas alder, og har siden vokst det av seg. "Vi har alltid vært litt store" sier familien til seg selv.



FRA BYEN: FAMILIEN MOHAMMAD

Familien består av: Kudra (mor 30 år), Ali (15 år), Mustafa (7 år), Karim (6 år), Kaluah (12 år), Huda (10 år) og Sofia (8 år)
Bosted: Saupstad

FAMILIESITUASJON:

Jentene og mor er overvektige, mens guttene er normalvektige. Mor og tante kom alene med ungene til Norge fra Somalia for syv år siden, og Kudra var da gravid med Sofia.

Kudra har tre jobber; om morgenen vasker hun på en skole, på dagtid jobber hun i søsterens butikk, og på kveldstid har hun diverse småjobber for å få det til å gå rundt økonomisk. Derfor er det som regel Ali på 15 år som tar seg av småsøsknene sine, lager mat og fungerer som tolk når Kudra har behov for det. Familien spiser både somalisk og norsk mat, der norsk mat er det som begynner på "p"

(pasta, pizza, pølse, osv.). Dette er mat de har lært at nordmenn spiser gjennom bursdager og andre selskap. Familien har dårlig økonomi som gjør at de spiser mye billig og oljerik mat. De får ofte søtsaker i moskeen som de også får med seg hjem.

HVORFOR DE TAKKER NEI TIL VEILEDNING:

Det er vanskelig å forstå tilbudet da Kudra har begrensede norskkunnskaper.

Forstår ikke problemet - å være stor er et kjennetegn på velstand der de kommer fra.



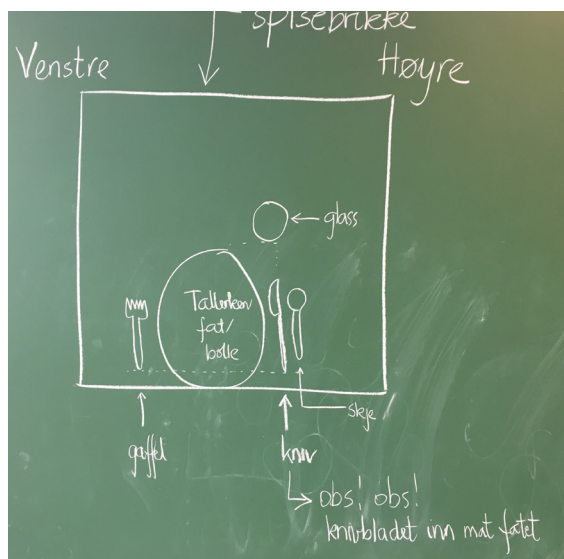
OBSERVASJON

Observasjon er en kvalitativ metode som kan gi innsikt i menneskers holdning og adferd (Nordbø, 2017, s.89). Metoden blir brukt når det er ønskelig å designe eller evaluere noe som blir benyttet av brukeren i kontekst (Nordbø, 2017, s.89). Observasjonen bør skille mellom observert adferd, sluttninger, spekulasjoner og motivasjoner bak adferden (Marin & Hanington, 2012, s.120). Dette kan bli verifisert ved å stille spørsmål underveis eller gjennom et intervju etter endt observasjon (Marin & Hanington, 2012, s.120).

I dette prosjektet ble det ikke foretatt intervju av deltakerne. Dette fordi deltakerne var barn, og det ble derfor konkludert at det ikke var etisk riktig med et slikt intervju. Det ble da gjennomført et ustrukturert intervju med barnas faglærer som bidro til å oppklare usikkerhet og tolkning av visse situasjoner, samt faglærers oppfatning av skolehelsetjenesten.

MAT & HELSE

Viktigheten med inkludering av barnehage og skole i arbeidet for fedmeforebygging var et gjentakende tema på seminar og workshop. Norske barn lærer om mat og helse på skolen, og lager mat på skolekjøkkenet et skoleår på barneskolen. I Trondheimsregionen foregår dette i 6. klasse for første gang, og det var derfor dette klassetrinnet vi observerte. Det var ønskelig å observere en skoletime i faget mat og helse for å se hvordan barna opplevde undervisningen, hvordan de interagererte med maten og redskapene, interesse for faget og holdningen til ny mat og grønnsaker. Det var også av interesse hvordan en slik undervisning ble foretatt, og hvilket fokus og holdning læreren hadde.



"Mat og måltid er viktig for den fysiske og psykiske helse til mennesket og for det sosiale velværet. Kunnskap om mat og måltid som fremjar gode matvanar, kan gjere sitt til å redusere helseskilnader i befolkninga" (Utdanningsdirektoratet, 2018).

OBSERVASJON

MAT & HELSE

Observasjonen ble foretatt over to skoledager. Første dagen var det gjennomgang av teori, etterfulgt av observasjon på skolekjøkkenet dagen etter. Temaet for begge dagene var 'mat fra andre land'.

TORS DAG

Tilstede ved observasjon: 1 lærer, en assistentvikar, 15 barn (8 jenter og 7 gutter).
Klokken 08:30 - 10:00

"Hva skjer hvis man ikke spiser?"

"Da dør man"

"Hva skjer hvis man ikke spiser ofte nok?"

"Da blir man sliten"

Det er generelt høy deltakelse i klassen, under observasjonen bidrar de fleste elevene med deres tanker og opplevelser. Lærerens fokus er på smak og matglede.

"Det er spennende å smake på nye ting. Spør om dere kan smake på ny frukt hjemme. Å smake på nye ting kan være en glede for dere, for dere kan oppdage nye ting som dere liker kjempegodt." - Lærer

Siste del av timen går til forberedelse til matlagingen på skolekjøkkenet dagen etter. Samtlige elever følger godt med og de lener over pulten for å være sikker på at de får med seg informasjonen. Klokken 10:00 er det fruktpause og alle barna finner frem matboksen. Første inntrykk er at matboksene ser sunne ut og er preget av mye farger i form av frukt og grønt, med få unntak.

VIDERE KOMMENTARER FRA LÆREREN ETTER ENDT OBSERVASJON:

Lærerens inntrykk er at barna gleder seg og ser frem til faget mat og helse. Det er fokus på å smake på mat og skape bevissthet om variert og sunt kosthold. Hun er meget bevisst på informasjonen som formidles og hvordan det gjøres. Eksempelvis er det ikke fokus på kalorier da det finnes tendenser til negative tanker om mat: "*vil ikke spise og bli tykke*". Det er viktig å videreføre gode rutiner som elevene kan ta med seg videre.

FREDAG

Tilstede ved observasjon: 15 elever (7 jenter, 8 gutter), 1 lærer og 2 assistenter.
Klokken 08:30-11:30 (09:50-10:30 fruktpause)

Andre observasjonsdag finner sted på skolekjøkkenet hvor elevene skal lage spagetti bolognese. Elevene er fordelt i fire grupper på tre til fire elever, og samtlige elever deltok i matlagingen. Når det er tid for matlagingen, starter elevene med å diskutere innad i gruppene for å finne hvordan de skal utføre oppgavene sine. Støynivået reflekterer diskusjon og engasjement. Det er mange smil, mye latter og konsentrerte ansiktsuttrykk. Observert kroppsspråk er oppspærrede øyne, fremoverlent holdning og utålmodige hender som ønsker å vise eller utføre en oppgave. Det er variasjoner i kunnskapsnivået hos barna og de med mer erfaring er villig til å hjelpe de andre.

Lærer spør gutt: *"har du finhakket løken nå?"*
Gutt: *"JA!"* og setter samtidig hendene på hoftene, løfter blikket og ser stolt ut.

Etter maten er ferdig tilberedt er det tid for spising. her har lærer fokus på at alle skal smake, forsyne seg litt om gangen og spise pent.

"Måltid skal være hyggelig for alle" - lærer

"nå må du huske at må spise opp det du tar på tallerkenen" - lærer

"æ spise alt. alt du legger på tallerkenen min spiser æ" - gutt



HVA TAR VI MED OSS VIDERE:

- Spisevegring trumfer overspising i hva de tar hensyn til
- Barn liker å lære om mat, og lage mat
- Varierende kunnskapsnivå og erfaring blant barna
- Barna er villig til å hjelpe hverandre - å lage mat skaper samarbeid
- Barna er genuint nysgjerrig på mat
- Denne skolen er muligens et avvik fra normalen. det er stort fokus på matpakke og matvaner. Lærere oppfordrer til et sunt kosthold
- Barna er vanedyr og spiser kl 10 og 12.15 selv om de er sultne eller ikke - vanedannende atferd.

INTERVJU AV LÆRER:

Etter timens slutt ble det anledning for å stille læreren spørsmål. Det ble her gitt informasjon om hennes rettigheter og hva innsikten skulle brukes til. Følgende ble tatt med videre i prosessen:

- Hun hadde ikke hørt om Kostverktøyet.no
- Dersom et barn ha negativ holdning til mat eller medbringer usunne matvarer på skolen, tar læreren dette opp med kontaktlærer, som videre snakker med foreldre eller skolehelsesøster.
- Skolen kan bare oppfordre og har ikke juridisk lov til å nekte et barn å ta med visse matvarer på skolen.
- Hun bruker matopedia.no, matprat.no, matsmart.no, og liker bruk av digitale verktøy i sin arbeidsdag.

BRUKERINNSIKT FRA LITTERATUR

Kontakt med brukeren for innsikt om deres behov måtte i dette prosjektet det skje gjennom prosjektgruppens rekruttering og i henhold til NSDs prosjektvurdering. Meldeskjema sendt til NSD omhandlet rekruttering av familier med barn med overvekt under 10 år som har takket nei til tilbud om veiledning. Brukergruppen lot seg ikke rekruttere innen prosjektets tidslinje, og intervjuer av familier med barn med overvekt ble derfor utelukket. Som alternativ brukerinnsikt valgte vi derfor å gjøre litteratursøk for å finne andre som har gjort lignende studier.

Edland skrev i 2016 masteroppgaven "*Hva identifiserer foreldre som viktige aspekter i veiledning knyttet til sitt overvektige barn? En kvalitativ studie*". Denne masteroppgaven er skrevet innen helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger, og ble valgt ut som viktigste litteratur for brukerinnsikt i dette prosjektet. Dette er begrunnet i at den er utarbeidet i Norge, og at Edlands arbeid ligner på det som ikke lot seg gjøre i dette prosjektet. Edland gjennomførte fem semistrukturerte dybdeintervju av foreldre med overvektige barn. Arbeidet resulterte i fem hovedfunn med påfølgende underpunkter som belyser aspekter foreldrene identifiserte som viktige i veiledningen knyttet til sitt overvektige barn (Edland, 2016, s.37). Hovedfunnene er som følger:

- Bli møtt uten fordommer
 - "Menneskelig" veileder
- Nok tid bedrer relasjon. (skolehelsesøster må vise at de har tid til dem)
- Økt bevisstgjøring
 - Ernæring, enkle kostråd som er oppnåelige
 - Foreldre ønsker økt kunnskap om fysisk aktivitet og aktivitetstilbud som fremmer mestring
 - Veileders kunnskap og erfaring øker troverdighet og tillit
 - Hvordan snakke med barna?
- Behov for skreddersydd veiledning
 - Foreldre – og familiefokusert veiledning
 - Individuell veiledning i starten. Gruppeveiledning senere.
 - Tett oppfølging reduserer tilbakefall
 - Veiledning må foregå i nærmiljøet

(Edland, 2016, s.49-57)

INNSIKT

LITTERATUR SØK /
~~INFO~~
INFO INNHEITING
ONLINE ++

DOKUMENTAR
STUDIER

se på læringsplan
innen mat og
helse 1.-5. klasse.

INTERVJER

Interjve lærere
om deres observasjon
knyttet til barns
forhold til mat og
helse

EMOTIONAL

TIMELINE)

skema som brukes
fordant av ~~lærere~~
intervjuer fylles ut
av bruker

(1.2)
OBSERVATION

CULTURE
HUNT

tilbringe tid (reke besøk)
på utvalgte lokasjoner
b. spiret få dybere
forståelse av
kultur av "FLY ON THE WALL"

"FLY ON THE WALL"
OBSERVASJON

- lenn, på stolen?

SPORREUNDERJØKELSE

FOKUSGRUPPE

PARTICIPATORY

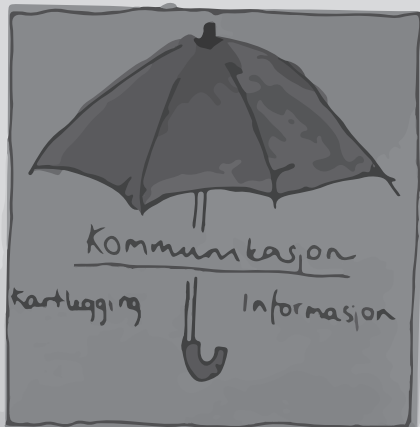
JOURNALS

Be bruker kan legge
følelser ut

03

INFORMASJONS- BEARBEIDING

Innhentet informasjon ble bearbeidet, analysert og vurdert etter nytteverdi. Denne bearbeidingen skjedde parallelt med innhenting av informasjonen. Resultatet av bearbeidingen gjorde det tydelig hvilken informasjon som manglet og banet på denne måten veien videre i prosjektet. Det ble her klart fokusområder for prosjektet, og prosjektspørsmål ble formulert. Tjenesten ble også kartlagt etter både litteratur og praktisk research.



"Samtaleverktøy"

for Lærere, Helsepers
osv.

Hvordan snakke om
overvekt?

Retningslinjer

Vare-kartlegging

Verktøy / veiledning
for å finne riktig
måling og årsaker
til familier

"mishit til helsevesen"

↳ kampanje som
opplyser om
realiteten

standardiserte
samtaler / skjema
(familie)

fremgangsmetode

Verktøy for bedre

kommunikasjon

mellom f.eks

lærere, foreldre,

helsepers, helsesøster osv

Følelsesverktøy

(siri)

"chat" for
psykisk helse

↳ "der du er"

samarbeidsplattform
helsepers.

↳ Lik tilgang
for alle parter

Avstigmatisere /

normalisere

problematikken

Oppslagsverk over

tilbud man har

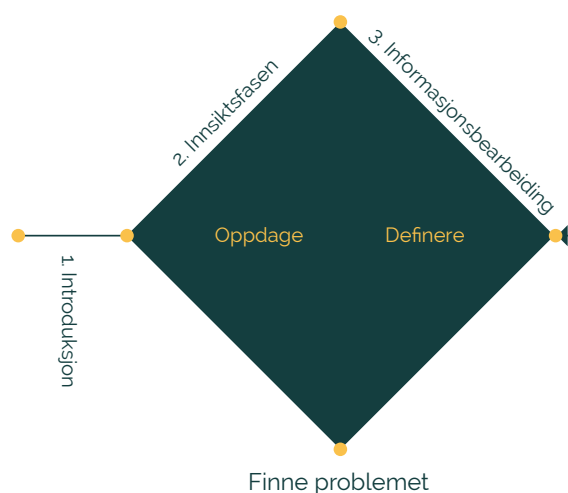
kom på / finnes

innen behandling

av overvekt

Hvilke institusjoner?

DESIGN BRIEF



Design briefen avslutter diamanten "finne problemet" i prosjektets prosess, hvor vi har oppdaget og definert prosjektets rammer (se illustrasjon). Den er utarbeidet med utgangspunkt i eksisterende tjeneste, SINTEFs prosjektarbeid, og informasjon innhentet i innsiktsfasen.

Verktøyet har blitt brukt aktivt gjennom prosjektet. Gjennom innsiktsfasen har den gitt en oversikt over hvilken kunnskap som mangler og hva som er avdekket. Samtidig har design briefen blitt benyttet under konseptutvikling i form av begrensninger og definisjon av problemet som skal løses.

BAKGRUNN

Skolehelsetjenestens forebyggende arbeid for fedmeforebygging. Kosverktøyet som selvhjelpsverktøy for familier med barn med overvekt.

AKTØRER

Skolehelsesøster, fastlege, foreldre/foresatte, barn, lærere, barnevernet, NAV

SLUTTBRUKER

Primærbruker: Foreldre/foresatte og helsepersonell

Sekundærbruker: Barn

I dette prosjektet er det definert ulike brukere da barnet ikke anses å være ansvarlig for familiens kosthold. Det er primært foreldre som handler mat og planlegger måltidene. Helsepersonell, i første rekke skolehelsesøster, som tjenesteyter vil også fremstå som bruker av tjenesten.

FORMÅL

Det er eksisterende tilbud på markedet som er rettet mot forebygging av fedme. Formålet med dette prosjektet er å tilrettelegge ressursbruken blant helsepersonell og forbedre kommunikasjonen mellom de ulike aktørene, slik at primær- og sekundærbruker opplever tjenesten som tilfredsstillende.

En tilfreds målgruppe kan generere positive ringvirkninger slik at flere familier ønsker å takke ja til tilbudet.

BUDSKAP

Forebyggende livsstilsendringer er vesentlig for å unngå at barn med overvekt får diagnosen fedme i senere alder

KRAVSPESIFIKASJONER OG RETTNINGSLINJER

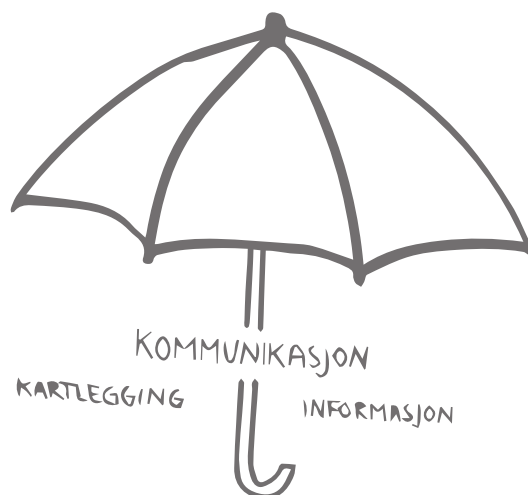
- Løsningen skal være tilpasset aktuelle aktører, hovedsakelig skolehelsesøster og foreldre/foresatte
- Det skal foreligge en plan på implementering av ny løsning.
- Det er viktig at aktørene får eierskap til tjenesten da det er de som skal benytte tjenesten.
- Prosjektet er basert på et kommunalt eller statlig driftet tilbud og det er derfor viktig at en ny løsning er kostnad -og tidseffektivt.
- Det er ønskelig å tilrettelegge og effektivisere oppfølgingen av barn med mild- til moderat overvekt.
- Lover og regler fra helsedepartementet skal overholdes
- Forbedring av kommunikasjonsflyt mellom aktører

PROSJEKTET SKAL IKKE INNEHOLDE:

- Konkrete råd eller tips til ernæring og kosthold
- Fokus på fysisk aktivitet

PROSJEKTSPØRSMÅL

- Hvordan kan vi tilrettelegge dagens behandlingstilbud for å redusere antall familier som takker nei til eksisterende tilbud?
- Hvordan kan dette gjennomføres slik at det ikke fører til overbelastning på en allerede ressursmanglende tjeneste?
- Hvor i tjenestens forløp skal endringen finne sted?
- Hvilke aktører skal gjennomføre endringene?



KARTLAGTE BEHOV

Det ble under innsiktsfasen kartlagt brukerbehov for både helsesøster og familier, samt behov for interaksjonen mellom dem. Disse behovene ble samlet i en illustrasjon som videre ble brukt ved utvikling og evaluering av konsept. Noen behov fremsto som viktigere enn andre, og dette ble illustrert ved å gi dem større plass i illustrasjonen.

spare tid
hensyn til hektisk arbeidsdag
opplæring
lette formidling av informasjon
nå ut til flere
å kunne tilby gode tjenester
støtte til oppfølgingsarbeid



SKOLEHELSEØSTER

hensyn til lovverk og retningslinjer
lette journalføring
eierskap til tjenesten
å kunne møte familiens behov
lette kontakt med foreldre
hvordan snakke om overvekt?

kommunikasjon
felles forståelse
samarbeid
tid bedrer relasjon



tillit
samhandling
minke avstander
sette passende mål
kartlegge behov

eierskap til prosessen
menneskelig veileder
troverdige veileder
hvordan snakke med barna?
enkle, oppnåelige kostråd
langvarig oppfølging
foreldreveiledning
hensyn til 'tidsklemma'

skreddersydd veiledning

møtt
fordomsfritt
hensyn til språk
endre rutiner
endre vaner
mestringsfølelse
matinspirasjon
fokus på psykisk helse
familieorientert veiledning



FAMILIEN

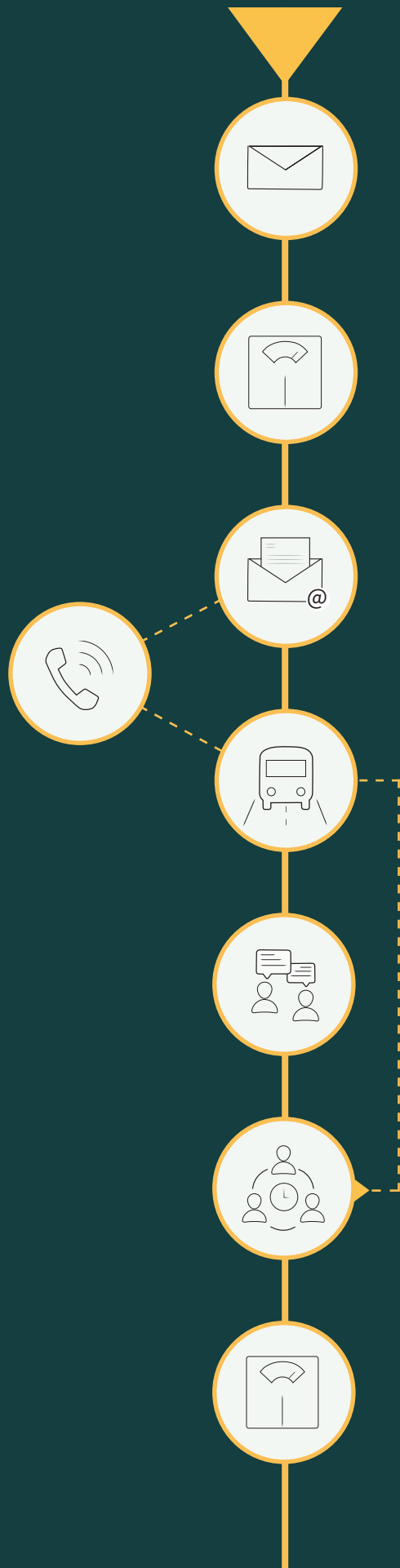
individuell veiledning
hjelp til planlegging
hva er kos?
lett tilgjengelig sunn mat
hensyn til kultur
økt kunnskap om aktivitet
økonomiske tips
økt kunnskap om kosthold
struktur i hverdagen
stigmafritt tilbud
identifisering
økt bevisstgjøring
tett oppfølging
forståelse av problemstillingen
info om aktivitetstilbud
aksept

BRUKERREISE

Illustrasjonen er utarbeidet i henhold til boken "Service Design: From Insight to Implementation" av Polaine, A., Løvlie, L., Reason, B. (2013)(s.104).

Brukerreisen ble kartlagt etter innsikt fra intervjuer, workshops og litteratur. Brukerreisen som illustrert er når overvekten blir oppdaget ved veiing i 3. klasse. Det er andre tilfeller hvor det utføres veiledning fordi familien har kommet i kontakt med skolehelsesøster via en annen aktør (se aktørkart side 61).

Brukerreisen starter med et brev sendt til foreldrene med informasjon om helsesjekk på skolen. Under helsesjekken blir barnet målt og veid, og ved oppdaget overvekt sendes brev til foreldre med invitasjon til samtale. Her er det noen helsesøstre som i tillegg ringer for å forsikre seg om at foreldre/foresatte møter til samtalen. Foreldre/foresatte reiser deretter til helsestasjonen for samtale med skolehelsesøster. Det skjer deretter en oppfølging med påfølgende kontrollveiing etter et år. Denne brukerreisen illustrerer et vellykket behandlingsforløp i eksisterende tjeneste.

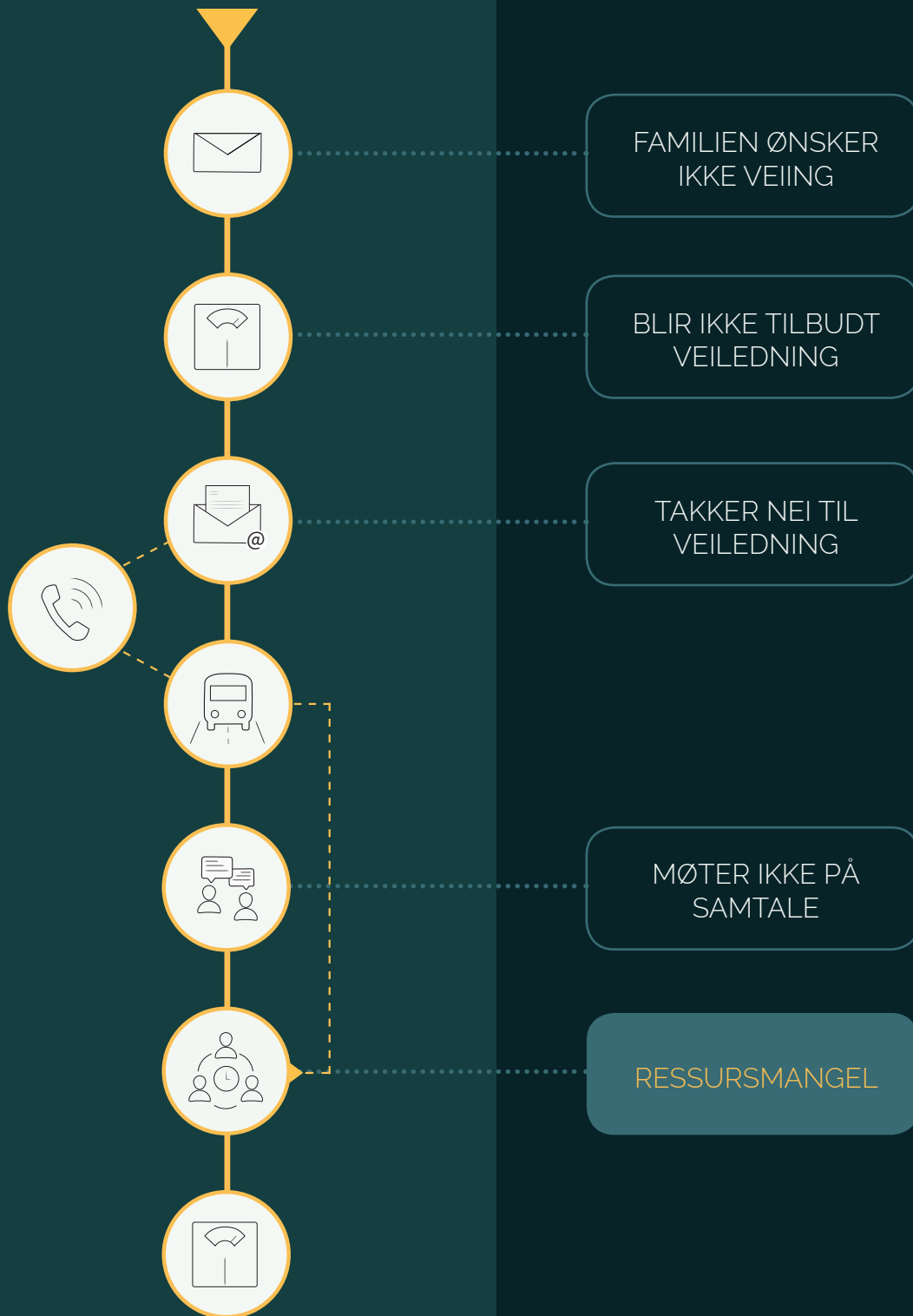


FRAFALL I TJENESTE- FORLØPET

Det største problemet med dagens tjeneste er ressursmangel. Dette fører til at ikke alle familiene som har barn med overvekt får tilbud om oppfølging over tid. Med ressursmangel menes det her tid, bemanning, penger, kompetanse, og lokale. For å kunne designe forbedrede tjenester er det viktig å kartlegge eventuelle feil og mangler ved eksisterende tjenester. Ved å illustrere dette blir det tydelig for hvor det er størst forbedringspotensiale innad i tjenesten. Dette er her gjort ved å markere hvor familiene kan falle fra veiledningen og hvorfor dette skjer i de forskjellige kontaktpunktene.

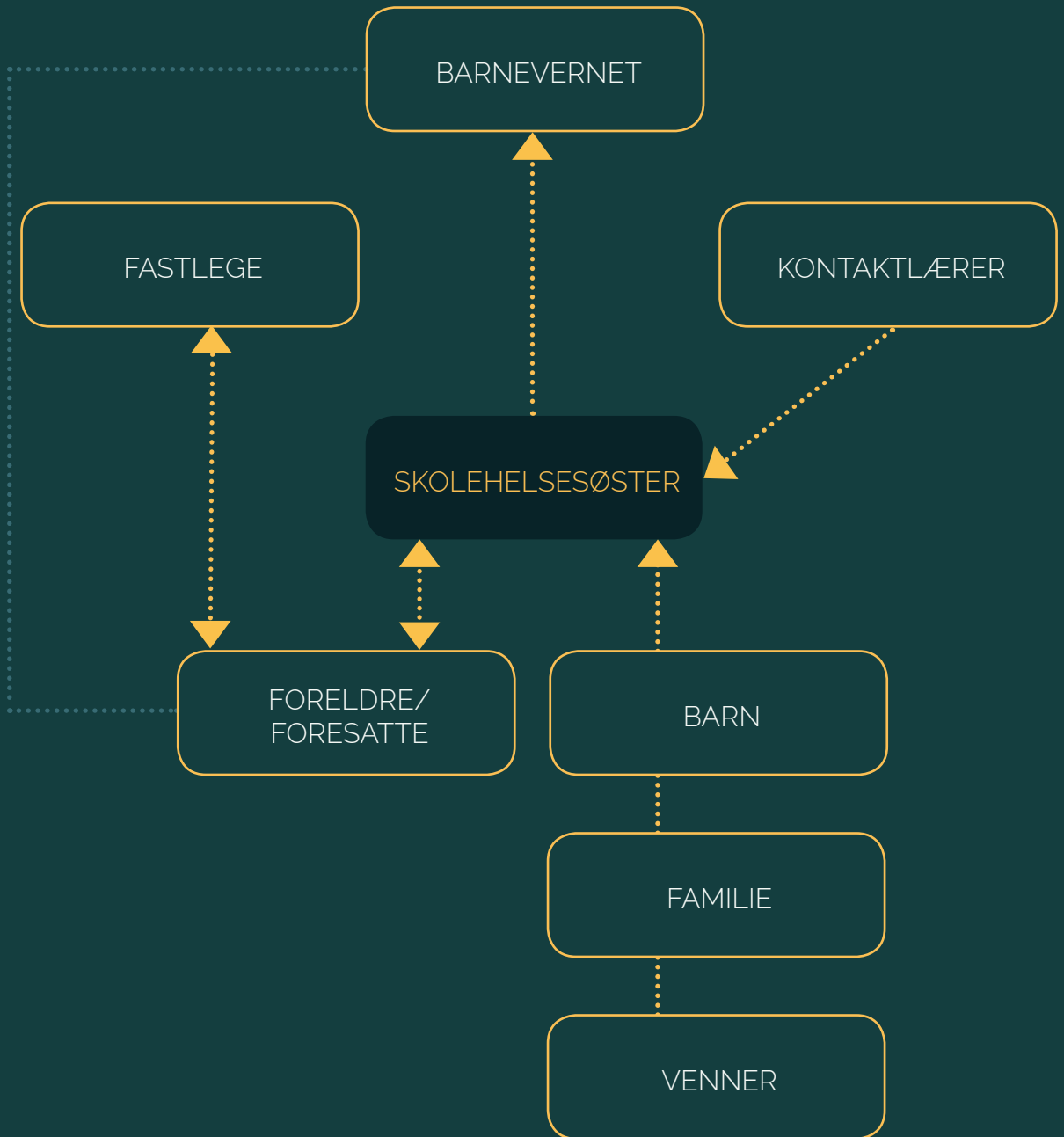
VEILEDNINGSFORLØP VEIING 3. KLASSE

FRAFALL I VEILEDNINGSFORLØP



AKTØRKART

Denne illustrasjonen er en oversikt over de ulike aktørene som potensielt kan være en del av tjenesten. Aktørkartet viser hvordan familien noen ganger kan komme i kontakt med skolehelsesøster utenom det som kartlagt i brukerreisen. De gule pilene illustrerer kommunikasjon mellom de ulike aktørene og hvordan de kan kommunisere med tanke på taushetsplikt. Dette tydeliggjør begrensninger i tjenesten da det mellom enkelte aktører kun er tillatt med enveis kommunikasjon.



BLUEPRINT AS-IS

Blueprinten er en videre utarbeidig av brukerreisen med detaljer på hva som skjer i forløpet. Her er det familien som er bruker og skolehelsesøster som er aktøren. Hendelsene finner sted i langs en tidslinje, og et skille går hvor skolehelsesøsters arbeid ikke er synlig for familiene. En blueprint bidrar til å få oversikt over de ulike handlingene og hvilke interaksjoner som finnes i tjenesteforløpet. Illustrasjonen bidrar til å analysere eksisterende tjeneste og illustrerer hvor eventuelle endringer kan finne sted (Kimbell, 2014, s.178). Etter et nytt konsept er designet vil ny blueprint utarbeides som illustrasjon på hvor konseptet kan implementeres og hvordan det vil endre eksisterende tjeneste.

Blueprinten er basert på teori fra "The Service Innovation Handbook" (2014) av Lucy Kimbell (s.178).

fysiske bevis



brukerreise



mottar
infobrev om
planlagt veiing

brukerhandling

forberede
samtale?

barnet blir veid
på skolen

snakke med
barnet?

interaksjonslinje



interaksjon med
helsetjenesten

veiing, måling,
samtale med
skole-
helsesøster

synlighetslinje



bak-scenen-
interaksjon

utformer
brev basert
på nasjonale
faglige
retningslinjer

registrere vekt
og høyde

regne iso-KMI

helhetlig
vurdering av
barnet

intern interaksjonslinje



støttefunksjoner

nasjonale
faglige
retningslinjer

iso-KMI-kurve

WHO
nasjonale
faglige
retningslinjer



mottar brev om oppdaget overvekt med en timeavtale. noen vil også få en telefon fra sin skolehelsesøster.

foreldre/foresatt(e) reiser til samtale

oppmøte på helsestasjonen

oppmøte på helsestasjonen

barnet blir veid på skolen

noen skolehelsesøstre ringer etter sendt brev

samtale med skolehelsesøster på helsestasjonen

oppmøtebasert veiledning

kontrollveiging ett år senere

sender kommunalt standardisert brev om oppdaget overvekt

kartlegger familiens utfordringer

forbereder og lager en plan for oppfølging og veiledning

registrere vekt og høyde

regne iso-KMI

helhetlig vurdering av barnet

nasjonale faglige retningslinjer

kostverktøyet

fastlege barnevernet NAV

iso-KMI-kurve

WHO nasjonale faglige retningslinjer

SCENARIOS

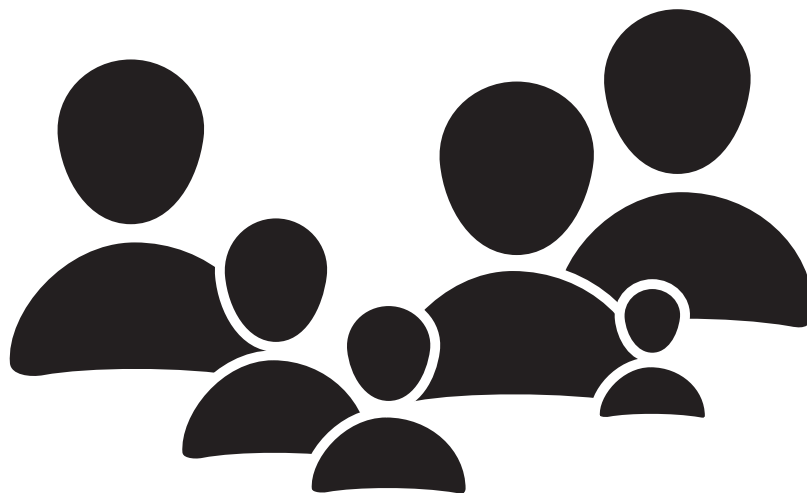
For å få et bilde på hvordan familier kan oppleve den eksisterende tjenesten blir det presentert scenarios av personafamiliene. Scenarioene forteller hvordan familiene går gjennom forløpet, hvordan de interagerer med tjenesten og hvilke problemer som oppstår (Martin & Hanington, 2012, s.152). Dette er altså fiktive fortellinger som kan si noe om hvilke behov og mangler som eksisterer i samhandlingen mellom familie og helsepersonell. Scenariosene vil bli tatt med i konseptutviklingen og senere presenteres med nytt konsept.



DELT HUSHOLDNING: FAMILIEN HANSEN

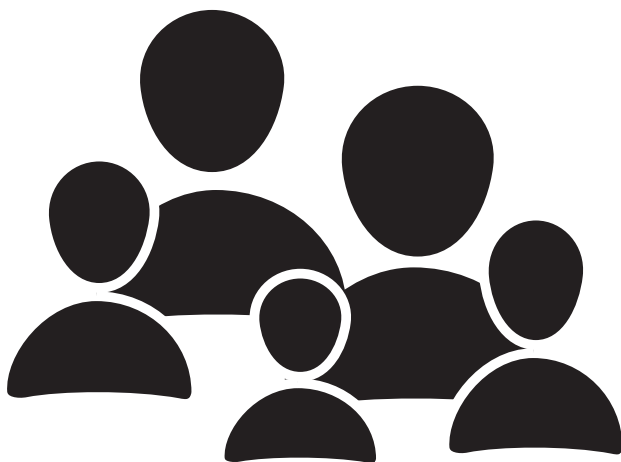
Scenario bearbejdet av original versjon
utarbejdet av Anne Karen Aanonli:

Matheo har blitt innkalt til helsesamtale i Malvik, hvor han går på skole. Ingvild har sagt det til Thomas (far), men ikke fått respons. Hun mener det er han som bør dra ettersom det er der problemet ligger. Thomas skjønner ikke hvorfor han skal snakke med skolehelsesøsteren i Malvik, når det er Ingvild (mor) som bor der. Dessuten trenger han ikke noen opplæring om riktig kosthold, han har jo aldri vært overvektig. Skolehelsesøster ringer Ingvild for å bekrefte invitasjon til samtale hvor Ingvild sier at hun ikke kommer, men at skolehelsetjenesten bør ta kontakt med Thomas da det er han som må møte. Skolehelsesøster får ikke tak i Thomas på telefon og det er ingen som møter til samtalen.



FRA BYGDA: FAMILIEN ÅS

Familien Ås har fått brev i posten om Annas overvekt med invitasjon til samtale med helsesøster. Denne samtalen takker de nei til da de ikke ser problemet. De tenker at Annas overvekt er sikkert bare en fase som går over av seg selv. De har uansett ikke noe tro på at skolehelsesøster kan hjelpe dem og føler hun bare peker på dem med en moraliserende finger. Håvard (far) mener det blir for mye mas, og at de har nok med å få barna samlet rundt middagsbordet. De er redde for hva naboene skal si dersom de besøker skolehelsesøster hyppig, og Birgit (mor) er spesielt bekymret da hun selv er utdannet innen helsesektoren og er redd for hva de ville sagt på jobben. Hun er også redd for Anna blir mobbet på skolen dersom hun blir tatt ut av skoletimene for å dra til skolehelsesøster. De ringer skolehelsesøster og takker nei til samtalen og fortsetter hverdagen som før.



FRA BYEN: FAMILIEN MOHAMMAD

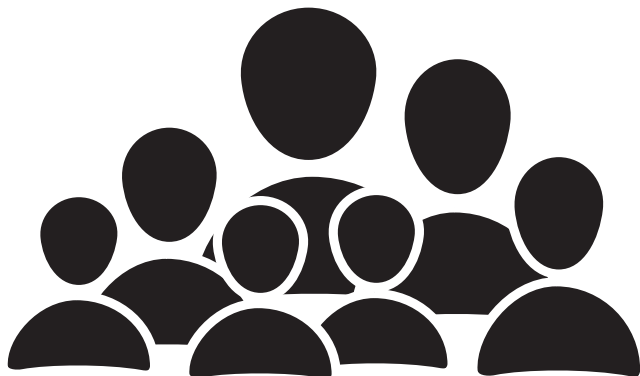
Det er planlagt veiing av 3. klasse på en skole nær Saupstad hvor Sofia (8 år) skal delta. Moren Kudra blir informert i god tid før veiing ved at hun mottar et brev i posten. Brevet er en invitasjon til Sofia med tidspunkt for helsesjekk, og informerer om hva dette innebærer.

Kudra forstår ikke informasjonen i brevet og får Ali (15 år) til å oversette. Han forteller at Sofia har en time hos skolehelsesøster i skoletiden og at dette ikke påvirker morens jobber. Brevet blir lagt vekk og Sofia blir veid og målt slik skolen har organisert det.

Som et resultat av helsesjekken viser det seg at Sofia er vurdert til kategorien overvektig. Skolehelsesøster informerer Kudra via brev med informasjon om Sofias helse og en invitasjon til en frivillig samtale med tidspunkt for denne. Ali må igjen oversette, men oversettelsen blir mangelfull. Kudra forstår ikke

problemet og ønsker ikke å delta på samtalen. Det er vanskelig for henne å være borte fra jobb da familien er avhengig av inntekten. Det er også problematisk at Alim å ta seg fri fra skolen for å være med på samtalen som mores tolk.

Skolehelsesøster riger Kudra noen dager senere for å bekrefte timen. Kudras begrensede norskkunnskaper gjør samtalen vanskelig, men hun forstår at det er samtalen det dreier seg om. Hun takker nei til samtale på bakgrunn av den informasjonen hun fikk av Ali.



Dag 1



Kudra får brev i posten fra skolehelsesøster. Hun forstår ikke informasjonen pga språkbarrierer.



Sønnen Ali forklarer at brevet inneholder informasjon om Sofia og veiingen på skolen. Sofia er overvektig og helsesøster vil hjelpe med en samtale.

Dag 7



Brevet fra skolehelsesøster blir lagt vekk og glemt. Kudra ser ikke problemet med å være stor.



Skolehelsesøster ringer Kudra for å høre om hun kommer til samtalen, men Kudra takker nei da hun ikke kan ta fri fra jobb.

04

KONSEPTUTVIKLING

I dette kapitlet blir en idegenerering som resulterte i tre ulike konsepter, og utvalgelse av et konsept presentert. Utvalgt konsept ble videreutviklet og detaljert etter tilbakemeldinger innhentet ved intervju, workshop og spørreundersøkelse. Eksisterende løsninger på markedet vil undersøkes for inspirasjon til eget konsept.

AVGRENSNINGER

Etter både workshop, seminar og møter med helsepersonell som jobber med denne problematikken daglig, er det tydelig at kostholdsendringer er mest effektivt for redusering av vektproblemer. Dette er i motsetning til for eksempel økt aktivitetsnivå, som kan være mer problematisk å få gode resultater fra alene. Dette er årsaken til at vi velger å fokusere vår løsning rundt nettopp kostholdsending.

Å veilede familier med barn med overvekt innen kosthold og livsstil er sett på som en effektiv metode for forebygging av fedme.

Denne tjenesten er i dag så ressurskrevende at kun få familier får tilbud om oppfølging. Dette er et alvorlig problem da oppfølging er essensielt for suksessfull livsstilsending. For kunne tilby flere familier oppfølging må deler eller hele behandlingsforløpet endres (Helsedirektoratet, 2010).

METODEBRUK

STRUKTURERING AV INNSIKT

For videre idéutvikling har det i dette prosjektet blitt tatt inspirasjon av to metoder, 'Vision in design' (ViP) (Hekkert & van Dijk, 2017) og mindlab sin 'mønster-gjenkjenning' (Mindlab, 2018). Denne kombinasjonen bidro til å strukturere innsikten fra blant annet observasjon, intervju og workshop.

Det er ønskelig å skape en løsning som kan implementeres i dag, samtidig som det fokuseres på utvikling for et fremtidig samfunn. Kombinasjonen ble vurdert til å være godt egnet for offentlig sektor og dette prosjektet - 'ViP' har et langsiktig perspektiv og 'mønster-gjenkjenning' har større fokus på informasjon anskaffet i en innsiktsfase.

I hovedtrekk er ViP-metoden en brainstorming-strategi med fokus på fremtidig løsninger (Hekkert & van Dijk, 2017, s.18). Metoden består av 8 steg med en visjon om å designe for et langsiktig tidsperspektiv og gradvis jobbe seg bakover til en fremtidsrettet løsning for dagens situasjon (Hekkert & van Dijk, 2017, s.133).

I dette prosjektet har det kun blitt tatt inspirasjon fra starten av metoden, steg 1-3, dette for å sikre et langsiktig perspektiv. Resten av metoden ble ikke ansett som relevant, da disse stegene omhandler å identifisere en spesifikk bruker. I dette prosjektet er brukergruppen allerede identifisert.

STEG 1: ETABLERE DOMENE

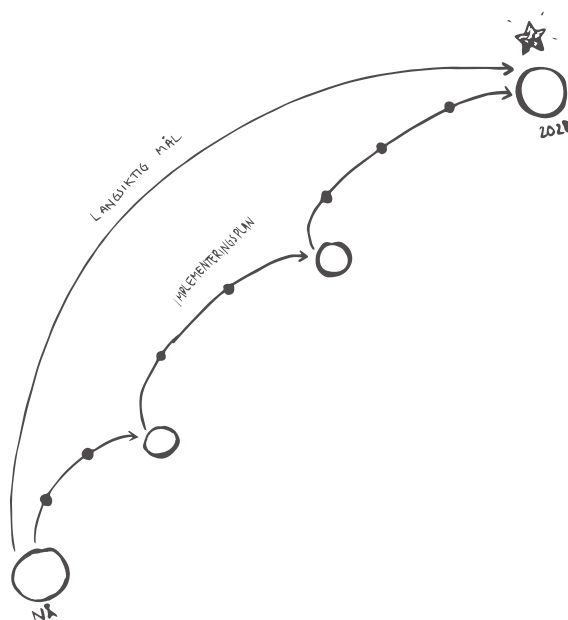
Et domene definerer hvilken informasjon som er ønskelig å finne. Dette fungerer som et filter for hvilken informasjon som søkes (Hekkert & van Dijk, 2017, s.137).

STEG 2: GENERERE KONTEKSTFAKTORER

For å kunne forutse et fremtidig samfunn er det nødvendig å forstå dagens situasjon. Steg to går derfor ut på å generere faktorer i kontekst til domene (Hekkert & van Dijk, 2017, 141). Faktorene deles inn i fire kategorier: prinsipp, utvikling, tilstand og trend. Inndelingen blir gjort med post-its og fargekoder. Dette gir en fortløpende indikasjon på hvilke områder som mangler informasjon (Hekkert & van Dijk, 2017, 148).

STEG 3: STRUKTURERE SAMMENHENGEN

Dette steget er for å redusere kompleksiteten (Hekkert & van Dijk, 2017, 154). Hensikten er å sitte igjen med ulike grupperinger av den innsikten fra de tidligere stegene. Post-it lappene blir tilfeldig trukket og gruppert sammen ved hjelp av en overskrift og en storyline. Den faktoren som er trukket må passe med overskrift og storyline, hvis ikke blir den starten på en ny gruppering.



MØNSTER- GJENKJENNING

Mind-lab sin mønstergjenkjennelse tar utgangspunkt i innsamlet data (Mindlab, 2018), deriblant utsagn fra brukeren, egne observasjoner, intervjuer og andre innsiktsmetoder. Hensikten er å strukturere innsikten for å finne mønstre. Mønstrene skal identifisere temaer som deretter blir brukt til å generere løsninger (Mindlab, 2018). Metoden består av tre steg:

STEG 1

Her er det fokus på brukeren (Mindlab, 2018). For å skape innlevelse begynner metoden med fortelling av sentral innsikt fra bruker i form av sitater, bilder, notater eller lydopptak. Det er satt av 10 minutter til å forklare hver bruker. Under presentasjonen skriver de andre i gruppen ned analytiske utsagn og perspektiver på post-its. Etter presentasjonen av brukerne klistres Post-itsene på en oversiktlig overflate (Mindlab, 2018).

STEG 2

I dette steget er hensikten å gruppere utsagnene fra steg 1 (Mindlab, 2018). Dette gjøres ved å samle dem i såkalte mønstre, hvor post-its som angår det samme temaet grupperes sammen (Mindlab, 2018).

STEG 3:

Her skal grupperingene eller mønstrene få hver sin tematiske overskrift. Overskriften skal identifiseres og oppsummere grupperingens hovedkonklusjon.



SLIK GJORDE VI

STEG 1: DOMENE OG TIDSPERSPEKTIV

Domenet ble satt til å være 'skolehelsetjeneste'. Det er ønskelig at domenet ikke skal være for spesifikt da dette kan utelukke mye informasjon. Motsatt blir det hvis domene blir for generelt - da kan det bli overfladisk og mindre tilpasset sluttbruker. Tidsperspektivet ble bestemt til 10 år, det vil si at det skal fokuseres på et fremtidig samfunn.

STEG 2: STRUKTURERE INNSIKT

Først ble innsamlet data diskutert, blant annet aktørene som tar del i tjenesten og deres roller. Underveis ble det notert ned faktorer som ble ansett som viktig å inkludere i en løsning. Faktorene ble inndelt i kategoriene beskrevet i ViP.

STEG 3: GENERERE KOMPLEKSE FAKTORER

Videre ble det generert mer komplekse og fremtidsrettede faktorer tilhørende valgt domene og tidsperspektiv. Ved generering av komplekse og fremtidsrettede faktorer ble det gjennomført et litteratursøk på teknologiens utvikling og hvordan dette kan se ut i nærmeste fremtid. Steg 3 ble avsluttet da det var tilfredsstillende bredde innenfor de fire kategoriene.

STEG 4: GRUPPERINGER

Først ble alle post-its samlet og blandet slik at videre trekking av lapper skulle bli mest mulig tilfeldig. Etterhvert som det ble trukket post-its ble de gruppert sammen basert på tematiske overskrifter og storyline. Dette steget ble avsluttet ved at samtlige post-its var gruppert.

STEG 5: INKLUDERE TIDLIGERE IDÉER OG KONKLUSJONER

Her ble tidligere idégenereringer inkludert. Dette var ideer som spontant hadde kommet frem under innsiktsfasen.

Gjennomførelsen av disse 5 stegene resulterte i følgende grupperinger:

- **Samfunn - utvikle og opplyse**
Mennesket er et sammensatt vesen - kropp og sinn. Fordele og utnytte ressurser på en effektiv og gunstig måte
- **Skole**
Økt kunnskap hos barn forebygging av "helseskadelige" vaner. Etablere gode vaner. Likt tilbud til alle "riktige" tanker om mat og kropp.
- **Hjelp der du er**
Nettverktøy for lettere tilgjengelig kunnskap og veiledning. Lavterskeltilbud som sparer tid
- **Helseplattform - veiledning, kursing, oppdatering, kommunisering**
Verktøy for økt og forbedret kommunikasjon mellom helsepersonell (og eventuelt andre aktører). Dele informasjon effektivt.
- **Individualisme - behov, valg, interesser**
Mennesker vil ha en individuell tilpasning samtidig som de vil passe inn i samfunnet.

Til slutt ble noen av grupperingene satt sammen, og resultatet av dette ble tre konsepter som vi videre detaljerte.

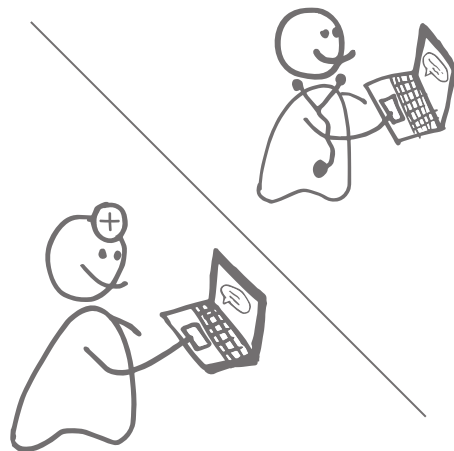
TRE MULIGE KONSEPTER

Som resultat av denne prosessen valgte vi ut tre konsepter. Disse konseptene er en sammensetning av grupperingene nevnt under metodebruk. Konseptene er grove skisser på tenkte løsninger. Et konsept vil bli valgt for videre utvikling.

KONSEPT 1: PLATTFORM FOR HELSEPERSONELL

Dette konseptet har som hovedmål å øke kommunikasjonen mellom helsepersonell, innad og på tvers av 1. og 2. linjetjenesten. Det kan skape en bedre opplevelse for familiene når helsepersonell involvert i tjenesten er oppdatert om familiens veiledningsforløp. Dette kan god kommunikasjon ivareta. Et vanlig problem er at helsepersonell henviser pasienten til andre med mer kompetanse innen tema. Med bedre og enklere kommunikasjon før eventuell henvisning vil sjansen for at henvisningen er korrekt øke, og ressursene blir utnyttet på en bedre måte. I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig for skolehelsesøster eller fastlege å snakke med helsepersonell med ønsket kompetanse for rådgivning, og på denne måten unngå henvisning. Dette kan være gunstig for familien da de unngår å måtte forholde seg til mange forskjellige aktører. For å spare ressurser kan en chat-ordning og en søkemotor lett gi informasjon om hvem som kan kontaktes ved forskjellige behov.

På seminaret ble det diskutert et behov for etterutdanning og kursing av helsepersonell, og da spesielt innen psykologi. Dette kan gjøres effektivt ved hjelp av E-kurs på en slik nettside. Fullførte kurs kan gi kursbevis og vil legges til helsepersonells kompetanse. Annen veiledning og informasjon kan også distribueres over nettsiden. Løsningen vil bedre utnytte ressurser og gjøre det lettere å følge opp familiene etter deres behov.



Et verktøy for
økt og forbedret
kommunikasjon
mellom
helsepersonell.

KONSEPT 2: SKOLEN SOM AKTØR

Skolen er som nevnt en viktig aktør når det kommer til barnas kunnskap om mat og helse. Et stort problem med problematikken overvekt er stigmatisering (Helsedirektoratet, 2010). Ved å ta opp problematikken og diskutere den på riktig måte i tidlig alder kan dette bedres. Skole er en naturlig arena for slikt arbeid, og kan bidra til helsegunstige tanker om mat og kropp. Økt kunnskap om mat og helse blant barn kan bidra til forebygging av helseskadelige vaner, og tilbudet blir likt for alle ved å implementere dette på norske barneskoler. Det kan også hjelpe å informere barn om hvilke tilbud man har krav på og hvilke som eksisterer. Med riktig fokus på mat i skolesammenheng kan dette smitte over på barnet, som igjen kan ta med seg kunnskap og holdninger hjem til sine foreldre. Her kan skolehelsesøster være involvert i undervisningsopplegget.

En årsak til at foreldre takker nei til eksisterende tilbud kan være mistillit til helsetjenesten. Her kan kontaktlærer muligens bistå til å råde familier til å takke ja til tilbudet. Kontaktlærer kjenner familiene og barna, og det er mulig noen familier heller vil ha en slik samtale med kontaktlærer. Skal kontaktlærer ta denne rollen og bistå skolehelsesøster, er det behov for opplæring.

Økt kunnskap hos barn forebygger helseskadelige vaner. likt tilbud til alle. "Riktige" tanker om mat og kropp



KONSEPT 3: HJELP DER DU ER

'Hjelp der du er' er et lavterskeltilbud i form av en nettside for lettere tilgjengelig kunnskap og lettere veiledning. Dette konseptet har fokus på familiene og på individuelt tilpasset veiledning der brukeren befinner seg. Andelen foreldre med behov for slik veiledning øker, og helsestasjonens ressursmangel fører til at mange familier ikke får tilbud om veiledning med påfølgende oppfølging.

Det er også slik at de mest alvorlige sakene blir prioritert, og de som bare er moderat overvektige blir nedprioritert da konsekvensene ikke er like store. Ved hjelp av en nettside med kvalitetssikret informasjon kan helsestasjonen avlastes. Familiene i denne brukergruppen kan bruke nettsiden for oppfølging, hente informasjon for veiledning

og ta tester for råd spesielt tilpasset dem.

For at tilbudet skal være lavterskel kan familien snakke med helsepersonell anonymt over chat som alternativ til oppmøtebaserte samtaler med skolehelsesøter. Dette kan fjerne noen av årsakene til at familier takker nei, og dermed fange opp flere. Nettsiden vil kunne opplyse folket, uavhengig av geografi, om kvalitetssikret informasjon om mat og helse, samt opplyse om hvilke tilbud familien har krav på.



Nettverktøy for lettere tilgjengelig kunnskap og lettere veiledning, lavterskeltilbud som sparer tid.

VALG AV KONSEPT

Det ble avholdt et skype-møte med Bjørn Magne Jåtun og Anne Karen Aanonli for tilbakemelding på konseptene. Det ble gitt tilbakemelding på at **konsept 1** - plattform for helsepersonell, kunne gi nyttige føringer for pågående prosjekt utført av direktoratet for e-helse, hvor det jobbes med å utvikle en lignende plattform.

Da det ikke er mulig å få tilgang til eksisterende løsninger, samt begrensninger vedrørende personvern ble dette konseptet forkastet.

Om **konsept 2** - skolen som aktør, ble det gitt tilbakemelding på at gjennomføring ville være problematisk da det sannsynligvis ikke lar seg gjøre å inkludere kontaktlærer i et behandlingsforløp. Å endre utdanningsplaner er vanskelig å gjennomføre og vil gi liten nytteverdi i denne masteroppgaven.

Konsept 3 - Hjelp der du er, var det konseptet som ble best mottatt. Konseptet kan være riktig plattform for informasjon med muligheter for å fenge familiene til å benytte løsningen.

Løsningen chat ble det gitt anmodninger om å se på personvern, og muligheten for en anonym chat ble diskutert. Et mulig problema med en slik chat kan bli å få tak i personell.

Ideelt ville det i fremtiden være en kombinasjon av konsept 1 og 3, hvor det på en nettside kan velges mellom helsepersonell eller privatperson. Helsepersonell blir henvist til konsept 1, og privatpersoner blir henvist til konsept 3. Begge sider må ha innlogging for individuelt tilpassede sider og personvern, og

for å hindre andre enn helsepersonell tilgang på tilhørende side.

KONSEPTVALG

Tilbakemeldingene fra møtet samt et idevurderingsskjema (se vedlegg 5) utgjorde grunnlaget for valgt konsept. Konsept 3 - Hjelp der du er, var det konseptet som ble valgt da den kom best ut med størst nytteverdi, implementeringsmulighet, måten den svarer på prosjektspørsmålene og ivaretar familien. Dette konseptet skal videre bearbeides.



PERSONVERN

Med en nettside for helsetjenester er det svært viktig med personvern. Som datatilsynet skriver på sin nettside "*Alle som behandler personopplysninger må opptre i samsvar med disse prinsippene*" (2018). Konseptet må derfor utvikles i henhold til personvernprinsippene.

Alle har rett til å bestemme om hvem som skal få tilgang på informasjonen. Derfor må nettsiden spørre brukeren før eventuell informasjon deles med helsepersonell. Innlogging på en slik nettside med personlig informasjon må skje på en trygg måte. En av de vanligste måtene å gjøre dette på i Norge er med bankID, og da spesielt ved hjelp av mobiltelefon.

Det må gjøres en vurdering på hvilke opplysninger som er nødvendig for nettsiden,

og om man kan gi like god veiledning uten disse. Det må ellers gjøres tiltak for å ivareta opplysninger som gis på nettsiden. Brukeren må også få innsyn om hvilke opplysninger som er lagret på siden, og ha muligheten til å endre disse om ønskelig (Datatilsynet, 2018). Pasientjournalloven regulerer hvordan helseopplysninger brukes når det ytes helsehjelp (Forskrift om pasientjournal, 2000)

WORKSHOP 2

Illustrasjon: resultatet av
workshope 2

Andre workshop ble arrangert og tilstede var samme deltagere som første workshop, i tillegg til to skolehelsesøstre. Under videre detaljering av konseptet og forberedelser til workshop ble det diskutert mulighet for et pilotprosjekt for brukertesting. Underworkshop ble konseptet presentert og tilbakemelding ble gitt av deltakerne. Etter dette fikk samtlige utdelt et ark med konseptets mulige konsepter. Oppgaven var å velge de fem modulene de så på som viktigst. Hensikten var å få en oversikt over hvilke funksjoner som bør inkluderes i et tenkt pilotprosjekt. Deltakerne ble også oppfordret til å skrive notater på arket i form av tilbakemeldinger på ting som manglet eller kunne endres. Arket ble i tillegg notert med yrke for å lette bearbeiding.

Etter workshop ble tilbakemeldingene sortert, og konseptets mulige funksjoner bearbeidet. De viktigste funksjonene ble valgt til å være med i pilotprosjektet og skal bearbeides videre. De mindre viktige skal planlegges i implementeringsplanen og de som ikke viste seg relevante har blitt forkastet. Flere funksjoner ble også sammenføyd. På neste side er resultatet fra workshop i form av utvelgelsen av funksjoner illustrert.

FUNKSJONER

individuell
tilpasset
kostplan

tester for
kartlegging
av bruker

familiens
brukerprofil

kartlegge
handle-
rutiner

familiens
rutiner

kropps-
målinger

pasient-
reise

følelser-
verktøy

interaktiv
informasjon

artikkel-
bank

familiens
helse-
personell

timeavtaler

chat

økonomi
tips

aktiviteter
i nær-
området

praktiske
øvelser

oversikt
over tilbud
og krav

barneside

applikasjon

PILOTPROSJEKT - FAMILIENS BRUKERPROFIL

kartlegging
av familien

familiens
mål

familiens
helse-
personell

familiens
time-
avtaler

INTERVJU SKOLE- HELSEØSTER

Andre intervju av skolehelsesøster er ansatt på Charlottenlund ungdomsskole og Barne- og familietjenesten Østbyen. Hun hadde tidligere jobbet som helsesøster i Skaun kommune. Målet med intervjuet var å teste brukerreisen, og for tilbakemelding på om konseptet kunne passe inn og avlaste hennes arbeidsdag som skolehelsesøster. Vi ville også stille dybdespørsmål rundt veiingen av 3.klasse, og da spesielt angående kommunikasjonen med foreldrene og årsaker til at de takket nei til veiledning og oppfølging. Intervjuet var semistrukturert, varte i 1 time og 5 minutter og det ble tatt lydopptak. Se vedlegg 3 for intervjuguide.

På intervjuet fikk vi et eksemplar av standardiserte brev fra Trondheim kommune. Se vedlegg 6 for brev sendt ut i forkant av veiing og ved oppdaget overvekt. Sammen med brevet om oppdaget overvekt ble også barnet personlige iso-KMI kurve vedlagt. Dette brevet er utformet som en innkalling til samtale med skolehelsesøster hvor barnet ikke skal delta. Hun kunne fortelle at hun i tillegg ringte foreldrene som førte til bedre oppmøte. Oppmøte førte sjeldent til videre oppfølging ved mild til moderat overvekt. Telefonsamtale er ikke et krav, og det er dermed ikke alle skolehelsesøstre som gjør dette. Dette kommuniserer forbedringspotensialer for tjenesten ved tydeligere retningslinjer for å unngå forvirringer og store forskjeller på behandlingstilbud.

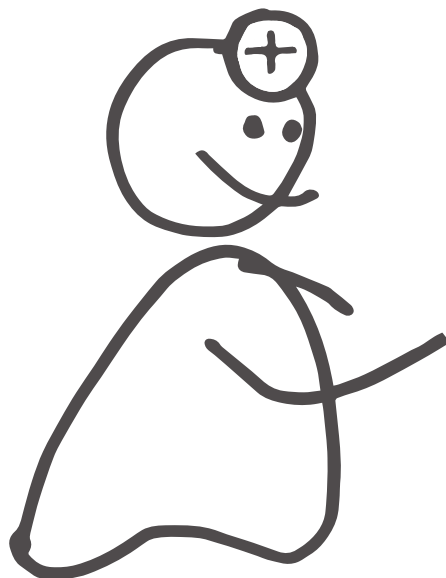
Hennes hjertesak innen temaet er hvordan man kan få familiene som har barn med

overvekt til å takke ja til tilbud. I hennes to år som helsesøster har hun ikke vært med på oppfølging av disse familiene. Hun henviste disse familiene til Kostverktøyet.no som alternativ da de ikke ønsket oppfølging. Hun mente årsakene til dette varierte fra familie til familie, men den vanligste årsaken var mangel på bekymring for problemstillingen. Andre årsaker som ble nevnt var frykt for feil fokus på kropp, syn på skolehelsesøster som en moraliserende person, og foreldres negative erfaring med problematikken. Noe som også er viktig for forbedring av tjenesten er å presentere overvektsproblematikken ved å snakke om de psykiske påkjenningene dette kan ha for barnet, kontra å snakke om risiko for diabetes og karsykdommer i senere alder. Dette mener hun kan motivere familier til å takke ja til tilbud om veiledning.

Hun var positiv til tanken om et nettverktøy hvor familien selv kunne loggføre fremgang. Hun nevnte det kunne hjelpe familier som unngikk å møte til timer av frykt for stigma av å bli sett på helsestasjonen, eller at barnet ble tatt ut av skoletimer for kontrollveiing. Løsningen kan potensielt tidseffektivisere arbeidsdagen til skolehelsesøstre som er travel. Hun mente også det var en god i idè for familien å kunne kommunisere med henne over internett, da hun tror det kan være enklere for familien å snakke om stigmatiserte tema på denne måten.

Problemer hun kunne se med en eventuell nettside er vanskeligheten med å tilpasse den til kravene som stilles til tidsbruk og

journalføring. Skolehelsesøsters arbeidsdag er som nevnt svært travel, og det som tar mest tid med veiledning av målgruppen er å få kontakt med foreldrene, kartlegge og journalføre. Samtaler, tilbud og råd skal dokumenteres i barnas journal, som foreldrene kan kreve tilgang til. Kravet om journalføring setter begrensninger for kommunikasjon mellom skolehelsesøster og familiene, og veiledning gitt over en slik nettside må også journalføres. En eventuell chat kan derfor ikke være anonym da det kan dukke opp spørsmål som må journalføres, og mangel på navn skaper dermed et etisk dilemma. Hun kan fortelle at det er en helsesøsters drøm å effektivisere journalføringen.



EKSISTERENDE LØSNINGER

Det viser seg å være et bredt utvalg av tjenester innen livsstilsendring på internett og applikasjoner og i form av personlig oppmøte. Tjenestene har flere fokusområder hvor mange har valgt å fokusere på kaloritelling. Det er hensiktsmessig å skille løsninger tiltenkt det norske markedet fra det internasjonale. De internasjonale løsningene opererer med andre matvarer og anbefalinger som vanskeliggjør bruken. Det er videre presentert noen løsninger som kan være relevante.

Kostholdsveiledning kan foregå på ulike måter, både online og ved personlig oppmøte. En bruker kan få veiledning av en personlig trener på treningsstudio, oppsøke ernæringsfysiolog eller delta på kurs.

HELSENRORGE.NO

Helsenorge er den offentlige helseportalen for norske innbyggere (Direktoratet for e-helse, 2018). På nettsiden kan du få innsyn i egen pasientjournal, kontakte helsepersonell og bytte fastlege. Denne nettløsningen ligner mest på valgt konsept og vil være med på å forme det videre detaljering. Forskjellen er hvilken rolle brukeren har - på helsenorge.no er brukeren en pasient og mottar behandling og ikke veiledning.

MATPORTALEN.NO

Matportalen er en nettside hvor forbrukere kan finne kvalitetssikret informasjon om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (Mattilsynet, 2017). Ved videre navigering på siden ble det oppdaget flere likhetstrekk med Kostverktøyet.no. Matportalen har flere verktøy som potensielt kan hjelpe en forbruker ned i vekt, eller til å endre livsstil. Et eksempel på et slikt verktøy er Kostholdsplanleggeren.no. Kostholdsplanleggeren er en gratis tjeneste som hjelper forbrukere å beregne og opplyse om anbefalt energiinntak (Mattilsynet & Helsedirektoratet, 2018). Tjenesten er også beregnet til bruk ved undervisning i "mat og helse" (Mattilsynet & Helsedirektoratet, 2018).

VEKTKLUBBEN:

Vektklubben er den største norske nettbaserte tjenesten for vektreduksjon (VG & Vektklubb, 2018). Nettsiden tilbyr kaloridagbok, forum og råd for vektreduksjon. Tjenesten er abonnementsbasert og kjøpes for 3, 6 eller 12 måneder (VG & Vektklubb, 2018).

DIETT.NO

Denne nettsiden er en kostholdsdagbok for beregning av energiinntak. På diett.no kan det settes mål for hvor mye som skal konsumeres i løpet av en dag, og grafer på fremgang genereres. For ekstra kostnader kan det knyttes en ekspert til kostholdsdagboken. Tjenesten er gratis de første syv dagene, med påfølgende kostnader ved oppretting av abonnement (Diett.no., 2016).

AKTIVITETSMÅLING OG KALORITELLING:

Det finnes flere treningsapplikasjoner, aktivitetsmålere og kaloritellere på markedet. Mange løsninger er ikke laget for det norske markedet som kan forvanske egen loggføring av mat og kaloriinntak. Ofte er det andre

matvarer og målenheter som ikke er optimalt for en norsk forbruker. Et eksempel er MyfitnessPal hvor du kan føre kaloridagbok, registrere aktivitet og legge inn annen aktuell data. Et annet eksempel er Fitbit. Fitbit har tilsvarende egenskaper som MyfitnessPal, men har i tillegg et utvalg av smartklokker som registrerer aktivitet automatisk.

LØSNINGER FOR BARN:

Det er få løsninger som er beregnet direkte for barn, men en av disse er aktivitetsklokken Garmin vivofit jr. Leverandøren lover at produktet skal vise daglig aktivitet og søvn. Det er også en tilhørende app hvor barnet får belønninger i form av virtuelle poeng, morsomme fakta og opplåsning av nye mobile oppdagelsesløyper (Garmin, 2018).

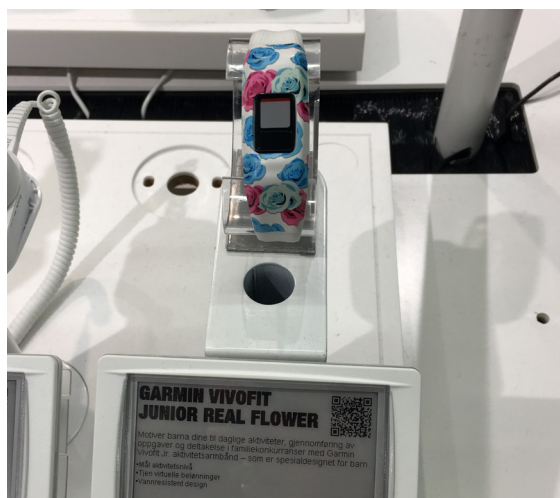


Foto: privat

ONLINELEGE.NO

Tjenesten tilbyr svar på helsespørsmål som besvares av en lege eller spesialist, og innsender kan selv velge om spørsmål og svar kan publiseres på nettsidene. Tjenesten er helt anonym og innsender kan forvente svar innen 1-3 virkedager avhengig hvor mye de betaler (Onlinelege, 2018).

LOMMELEGEN.NO

Lommelegen er tilnærmet lik onlinelege.no med samme "spørsmål og svar" tjeneste. Det som skiller dem er hvilken informasjon som er tilgjengelig på sidene. Lommelegen har flere kategorier med informasjon og mulighet til å velge hvilken lege du ønsker å henvende deg til (Aller Media AS, 2018).

KRY

Kry er "legebesøk på mobilen". Applikasjonen er i dag bemannet av fire leger som hjelper med råd, behandling og resepter (Kry, 2018). Brukeren logger på med bankID og registrerer mail og telefonnummer. På applikasjonen er det mulighet for å bestille time for telefonkonsultasjon.

HELSEPORTALER:

Mange legekontor har i dag en applikasjon eller nettside hvor pasienten kan bestille time og resepter, eller kontakte fastlege. Et eksempel på dette er HelseRespons hvor pasienten bestiller time eller resepter gjennom applikasjonen, og får svar på bestillingen via tekstmelding. En annen helseportal er applikasjonen PasientSky. Denne applikasjonen har oversikt over din journal og resepter, samtidig er det mulig å kontakte helsepersonell ved akutte tilfeller.

HVA TAR VI MED OSS VIDERE:

Det finnes altså allerede teknologi og tilbud med den hensikt å hjelpe personer ned i vekt. Mange løsninger holder til på én plattform, ofte i form av personlig oppmøte, applikasjon eller nettbasert loggføring. Det har ikke blitt oppdaget korrespondanse eller samarbeid på tvers av tjenestene eller de ulike plattformene. Dette prosjektet ønsker et lavterskeltilbud - en tjeneste som har potensialet til å bevege seg over ulike plattformer og dermed tilpasse seg hver enkelt bruker. Det er flere tjenester som har forsøkt tilpasninger, men det virker tilsynelatende for generelt slik at det passer ytters få brukere. Samtidig er

det ønskelig å bevare den tryggheten både Kostverktøyet og matportalen representerer ved at informasjonen er kvalitetssikret av fagpersonell. Eksempelvis helsenorge.no henvender seg til brukeren som pasient, hvilket ikke er korrekt for dette prosjektets løsning. Mange eksisterende tjenester benytter reklame og ved noen er det tydelig at de samarbeider for å optimalisere profitt. Da dette prosjektet er tiltenkt primærhelsetjenesten og det er derfor flere etiske spørsmål tilknyttet markedsføring gjennom slike tjenester. Felles for flere løsninger er at det koster penger ved å benytte tjenesten.

SPØRRE- UNDERSØKELSE

Ved et ønske om å nå ut til mange brukere er spørreundersøkelse ansett som en god metode (Nordbø, 2017, s. 85). Her er det mulig å hente inn både kvantitative og kvalitative data ved å kombinere bruk av lukkede og åpne spørsmål (Nordbø, 2017, s. 86). Spørreundersøkelse har muligheten til å nå ut til mange uavhengig av geografi og oppfattes som en tidsbesparende metode, da det ikke er behov for å oppsøke hver bruker (Nordbø, 2017, s. 86). Ved gjennomføringen av en spørreundersøkelse er det viktig å være klar over ulike fenomener. Dette kan være at brukeren ikke svarer sant da de svarer alene uten observatører, og det kan samles inn flere irrelevante svar fra personer som ikke er i målgruppen.

Brukerundersøkelse ble valgt som innsiktsmetode med hensikt å nå ut til foreldre for å avdekke deres behov knyttet til tjenesten. Samtidig var det ønskelig å få tilbakemelding på deler av konseptet. Spørreundersøkelsen ble distribuert gjennom ulike sosiale medier, samt sendt til skolehelsesøstre knyttet til prosjektet for videre distribusjon. Den ble derfra delt på sidene til en helsesøsters skole. Spørreundersøkelsen er utarbeidet etter retningslinjer hentet fra "Introduksjon til interaksjonsdesign" skrevet av Tove Nordbø (2017), og "Universal Methods of Design" skrevet Martin og Hanington (2013). Undersøkelsen bør ikke være for lang da det er begrenset hvor lenge en deltaker er konsentrert. Valg av ord er essensielt å tenke igjennom slik at det ikke blir lagt føringer for hva deltakeren svarer. En 5-punkts skala (likert-skala) ble benyttet på flere av spørsmålene. Skalaen er et virkemiddel som kan gjøre det lettere å ta stilling til sensitive spørsmål ved å si seg litt enig eller uenig sammenlignet med ja eller nei.

Det ble totalt innsamlet 28 besvarelser på spørreundersøkelsen. Se vedlegg 7 for spørsmål og svar. Av disse besvarelsene hadde to av respondentene overvektig barn og en svarte "vet ikke", 11 svarte at noen voksne i husholdningen var overvektig. To personer hadde fått tilbud om veiledning vedrørende barnet vekt, og det kan tenkes at dette er de samme personene som svarte at barnet var overvektig. Det var kun en person som hadde takket ja til et slikt tilbud, hvilket varte i 1-3 måneder og var meget fornøyd med tilbudet. Den personen som hadde takket nei til tilbudet skrev at årsaken var "Ikke nødvendig, helsesøster mente de var for tynne, men de var arvelig belasta" og valgte alternativet "jeg ser ikke nytteverdien av veiledningen". Det kan tenkes fra dette at familiene er fornøyd med veiledning dersom de først takker ja. Det er ikke stort grunnlag til å ta denne slutningen med så få respondenter, og det må søkes bredere innsikt ved videre arbeid.

Det ble stilt spørsmål til foreldrene om hvordan de opplevde skolehelsetjenesten og hva som kunne forbedres, uavhengig av barnets vekt. Det som ble nevnt som ønskelig forbedring var kontinuerlige helsesjekker, oppfølging, informasjon med riktig fokus om kosthold og aktivitet, bedre tilbakemelding uavhengig av

resultat på helsesjekk og bedre informasjon om helsesøster, hvordan, hvor og når hun eller han kan kontaktes og hva helsesøster kan hjelpe med. Det var få som synes det var vanskelig å kontakte skolehelsesøstre, men noen skrev senere at de ikke hadde prøvd, og at det var lang ventetid for timebestilling. De fleste respondentene hadde ikke vært i kontakt med skolehelsesøstre. De som hadde vært i kontakt fortalte at dette hadde skjedd via brev (både direkte fra skolehelsesøstre og fra skolen), telefon fra skolehelsesøstre, samtale med skolehelsesøstre i person og via ansatte på skolen. Dette stemmer med vår kartlegging av brukerreise og aktørkart basert på intervjuene.

22 personer svarte at de kunne tenke seg å kontakte sitt helsepersonell online. Kun fem personer sa seg uvillig til å dele informasjon om sitt barn til skolehelsesøstre eller fastlege over nett. Selv om det er få som ikke er villig til dette, må det tas med videre i konseptutviklingen. Kun en person hadde hørt om Kostverktøyet, no, og han eller hun brukte det for veiledning ved vektnedgang hos mor. 20 av 28 svarte at de kunne tenke seg å bruke en nettside for veiledning og oppfølging, og blant funksjoner de ønsket seg på en slik nettside ble det nevnt chat, en fast personlig veileder, lett tilgjengelig informasjon, å enkelt stille spørsmål og få svar, og familieside med helseinformasjon. De fikk i oppgave å velge funksjoner de kunne tenke seg på en slik nettside blant en liste. Resultatet av dette er illustrert side 93. Selv om det er kun 28 personer som har besvart, vil dette illustrere hvordan det finnes behov som kan dekkes av tenkt nettside. Siste spørsmål omhandlet hva de mente skolehelsetjenesten manglet. Syv personer svarte på spørsmålet og fokus på psykologi, tid, bedre informasjon og oppfølging ble nevnt som mangler.

Illustrasjon av spørsmål 20b: "Hvilke av disse funksjonene kunne du tenke deg å benytte på en slik nettside?"

Å bytte helsepersonell



Bestille time hos helsepersonell



Oversikt og påminning om timeavtaler
hos helsepersonell



Kostplan tilpasset familien



Økonomiske tips tilpasset familien



Oversikt over progresjon og fremtidige mål



Oversikt over helsetilbud familien
har krav på



Oversikt over aktiviteter i nærområdet



Oversikt over familiens rutiner



Chatte med helsepersonell



05

KONSEPT- PRESENTASJON

Denne fasen fokuserer på detaljering av Familiens Kostverktøy. Det ble foretatt endringer av valgt konsept etter workshop og tilbakemelding fra skype-møte med Bjørn Magne, og veiledning fra SINTEF ved Anne Karen. Endringene som ble foretatt er blant annet rekkefølgen av implementeringen av ulike funksjoner slik at nettsiden enklere kan bli tatt i bruk. Utviklingen av applikasjon ble flyttet til pilotprosjektet slik at det kan utvikles med brukergruppen. Samtidig ble det avklart at det i dag er vanskelig å inkludere flere helsesektorer på samme digitale plattform, funksjonen 'bytte helsepersonell' ble dermed utelukket fra pilotprosjekt. Andre forandringer som ble foretatt er endring av navn fra "hjelp der du er" til "Familiens Kostverktøy".

De forskjellige funksjonene er fordelt i pilotprosjekt og videreutvikling etter når de skal implementeres. Denne inndelingen er gjort basert på funksjonenes nytteverdi, og etter hvilke funksjoner som bør utgjøre grunnlaget til konseptet.

FAMILIENS KOSTVERKTØY

I dag kan de fleste få råd og tips om livsstil ved kun noen tastetrykk - internett florerer av ufaglærtes formeninger om hvordan du og din familie skal leve. Kostverktøyet.no er et lavterskeltilbud som har kvalitetssikret kunnskap om kosthold og helse lett tilgjengelig for alle. Med Familiens Kostverktøy vil nettsiden virke ressursbesparende for helsepersonell, samtidig som familiene får bedre tilpasset oppfølging. Tjenesten er gratis å bruke og de som ønsker det kan opprette en egen brukerprofil. Brukerprofilen gir fordeler som kan skreddersy veiledningsforløpet for familien. Den vil samtidig effektivisere kommunikasjonsflyten mellom skolehelsetjenesten og deres brukere. Nettsiden er designet til brukergruppen, men løsningen ansees å ha potensialet til å nå ut til andre grupper. Da løsningen er nettbasert er det mindre behov for personlig oppmøte ved helsestasjonen - tjenesten er geografisk uavhengig og skaper derav likt veiledningstilbud for alle.

FORELDRE SOM BRUKER

Familiens Kostverktøy har fokuset på å veilede foreldre til å hjelpe barna sine ut av overvekten. Foreldre har en sentral rolle i dette arbeidet da det er foreldrene eller foresatte som handler og lager maten barna spiser. Foreldre fremstår som rollemodeller for barna, både når det kommer til aktivitet og kosthold (Golan og Crow, 2004). Dersom vi kan hjelpe foreldrene med å etablere gode vaner og holdninger til mat vil dette ha ringvirkninger på barnets helse, både nå og i fremtiden (Orbell & Verplanken, 2010). Golan & Weizman (2001) anbefaler at

fokuset på veiledningen i hovedsak bør ligge på å endre foreldrenes vaner dersom barnet er under 11 år (Golan & Weizman, 2001). Det foreslås at dette kan gjøres ved å gi foreldrene økt kunnskap om kosthold, og veilede til hvordan endringene kan implementeres i familien uten fokus på barnets vekt.



NETTSIDENS DETALJER

Familiens Kostverktøy er en videreutvikling av familiemodulen på Kostverktøyet.no, som et alternativ til personlig veiledning. Veiledere kan fremstå som moraliserende og som om de vet akkurat hva brukeren trenger, og overser brukerens faktiske behov (Tveiten, 2007). Nettsiden vil upartisk gi veiledning spesielt tilpasset familien. Familiens Kostverktøy har funksjoner som beskrevet i dette kapittelet, og funksjonene anses å dekke ulike behov hos sluttbrukerene (se illustrasjon side 97).

Familiens Kostverktøy er inndelt etter informasjon for allmennheten, og informasjon rettet til de som oppretter brukerprofil. Oppretting av brukerprofil er frivillig, og gir mulighet for skreddersydd veiledning. Det er her viktig at riktige forventninger settes til familien før oppretting for å forberede bruker på veiledningen. Dette er for å unngå å presse kostholdsveiledning på familier som ikke ønsker det, og kan gjøres ved å gi informasjon om hvilke funksjoner som tilbys innad i brukerprofilen. I tilknytning til veiledning går det også et skille mellom familier som er utenfor brukergruppen, hvor det ikke er behov for veiledning fra skolehelsesøster. Dette vil gjenspeiles under "familiens helsepersonell" (funksjonen forklares på side 101) da skolehelsesøster ikke har lagt til familien under sin tjeneste. Dette skjer ved oppdaget overvekt ved veiing, og på den måten opprettes kontakt mellom skolehelsesøster og familie på Familiens Kostverktøy. Ved opprettelse av denne kontakten kan skolehelsesøster få tilgang til informasjon som familien loggfører på siden. Dette skjer etter at familien har gitt

tillatelse for informasjonsdelingen. Det er her viktig å informere familien om hva som skjer med informasjonen som blir delt, hva skolehelsesøster vil bruke den til, og hvilke fordeler det gir.

spare tid

hensyn til hektisk arbeidsdag

opplæring

nå ut til flere

lette formidling av informasjon

å kunne tilby gode tjenester

støtte til oppfølgingsarbeid



SKOLEHELSESEØSTER

hensyn til lovverk og retningslinjer

lette journalføring

eierskap til tjenesten

å kunne møte familiens behov

lette kontakt med foreldre

hvordan snakke om overvekt?

kommunikasjon

felles forståelse samarbeid

tid bedrer relasjon



tillit samhandling

minske avstander sette passende mål

kartlegge behov

eierskap til prosessen

menneskelig veileder

troverdig veileder

hvordan snakke med barna?

enkle, oppnåelige kostråd

langvarig oppfølging

foreldreveiledning

hensyn til 'tidsklemma'

skreddersydd veiledning

møtt

fordomsfritt

hensyn til språk

endre rutiner endre vaner

veiledning i nærmiljøet

mestringsfølelse

matinspirasjon

kontinuitet

fokus på psykisk helse

familieorientert veiledning



FAMILIEN

individuell veiledning

hjelptil planlegging

hva er kos?

lett tilgjengelig sunn mat

hensyn til kultur

økt kunnskap om aktivitet

økonomiske tips

økt kunnskap om kosthold

struktur i hverdagen

stigmafritt tilbud

identifisering

økt bevisstgjøring

tett oppfølging

forståelse av problemstillingen

info om aktivitetstilbud

aksept

FUNKSJONER PILOT

Det er ulike årsaker til hvorfor en familie ikke ønsker veiledning. Årsakene som har blitt avdekket i dette prosjekter kommer i hovedsak fra helsepersonell og deres erfaringer fra veiledning med familiene (se illustrasjon side 108). Det har vært vanskelig å få tilbakemeldinger fra familier i målgruppen, og det kan være andre årsaker som ikke er avdekket. Det har blitt forsøkt rekruttering til intervju med familier, og en spørreundersøkelse har blitt gjennomført i forsøk på å nå disse familiene. Ved å starte med et pilotprosjekt vil det være mulig å innhente denne informasjonen slik at Familiens Kostverktøy kan tilpasses ytterligere før den benyttes av flere. Gjennomførelsen av pilotprosjektet er forklart i kapittel 6.

1.INTRODUKSJONSSIDE

Det er viktig med en introduksjonsside som forteller brukeren hvorfor nettsiden kan brukes og hvilke goder det gir. Dette ser vi på som gunstig å illustrere i en kort video som fanger og skaper nysgjerrighet for nettsiden. Det er i dag mange familier som møter til samtale med skolehelsesøster, men takker nei til veiledning. Denne barrieren er viktig å overkomme for å ivareta nettsidens nytteverdi. Videoen kan inneholde informasjon om hvilke funksjoner Familiens Kostverktøyet innehar og hvordan disse kan hjelpe brukeren kostnadsfritt. Hensikten med introduksjonssiden er å motivere familien til å ta i bruk nettsiden i første omgang. Det blir de resterende funksjoners oppgave å være av slik kvalitet at familien fortsetter bruk over tid.



2.VISUELL OG INTERAKTIV INFORMASJON

Det er ønskelig å optimalisere informasjonen på Familiens Kostverktøy slik at samtlige brukere kan intuitivt finne frem til den informasjonen de søker. En metode som kan være med på å bedre brukeropplevelsen er informasjonsarkitektur. Informasjonsarkitektur er en måte å knytte sammen tjenesten og bruker ved visuell fremstilling av brukergrensesnitt (Følstad & Skjetne, 2008, s. 22). Ved å tilrettelegge og tilpasse nettsiden for brukerne, kan det skape en bedre brukeropplevelse slik at flere ønsker å ta nettsiden i bruk. Dette kan bidra til å generere videre motivasjon gjennom et veiledningsforløp. Informasjonen i form av tekst bør derfor suppleres med bilder, videoer, og lignende. Med lett forståelig informasjon rundt problemstilling kan viktigheten av forebygging bli enklere å oppfatte slik at foreldrene forstår problemet.



3.OVERSIKT OVER TILBUD OG KRAV

Under innsiktsfasen ble det fortalt at helsepersonell oppfattet at mange familier ikke hadde oversikt over hvilke tilbud som eksisterte og hvilke de hadde krav på. Under denne funksjonen kan familiene se en liste over tilbud innen tema, og hvilke tilbud de som familie har krav på. Lovdata beskriver at alle har rett på likt helsetilbud (Prioriteringsforskriften, 2000) noe denne løsningen vil ivareta.

4.FAMILIENS BRUKERPROFIL

Med en brukerprofil kan familien kartlegges, slik at veiledning og informasjon tilpasses til familien. Et problem med Kostverktøyet.no er for generelle kostplaner og råd, slik at det ikke passer alle brukere. Her bør det være mulig å tilrettelegge for alle typer familier, uansett sammensetning, kulturell bakgrunn, allergier og mer.

Dersom et barn i familien har overvekt kan visualisering av barnets iso-KMI kurve finnes under familiens brukerprofil. Visualisering av kurven kan hjelpe foreldre som mener at barnet er normalvektig til å innse at det har skjedd en negativ utvikling.

4.1 REGISTRERING

Ved oppstart av veiledning og når brukeren kommer inn på familiemodule er det tenkt at familiene skal bli tilbudt å opprette en brukerprofil. Profilen opprettes ved å registrere navn på familien, dens medlemmer og hvem som er administrator. Det er viktig med sikker innlogging på denne siden for å ivareta personvern. Vi ser for oss innlogging ved bruk av bankID slik som det gjøres på nettbanker og andre personlige brukerprofiler med sensitiv informasjon. Familien kan ha flere administratorer som kan logge seg inn på brukerprofilen, slik at skilte foreldre kan få informasjon om felles barn, slik som familien Hansen (se personas).

Det bør i ettertid alltid være mulig å gå inn og redigere familiens brukerprofil dersom det forekommer endringer etter registreringsprosessen.

4.2 KARTLEGGING AV FAMILIEN

Skolehelsesøster bruker mye av tiden ved veiledningen av familiene på å kartlegge problemområder. Dette må gjøres for å kunne gi en veiledning tilpasset familiens hverdag for en suksessfull livsstilsendring. Helsedirektoratet stiller krav til dette arbeidet og kartleggingen må derfor inkluderes i løsningen (Helsedirektoratet, 2010). Slik kartlegging kan også plukke opp underliggende årsaker til overvekten som ikke omhandler kunnskap om kosthold, for eksempel økonomiske problemer eller spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2010). Bevisstgjøring av egne vaner samt oppfølging over tid er sentrale faktorer ved en suksessfull livsstilsendring (Svendsen, 2008).

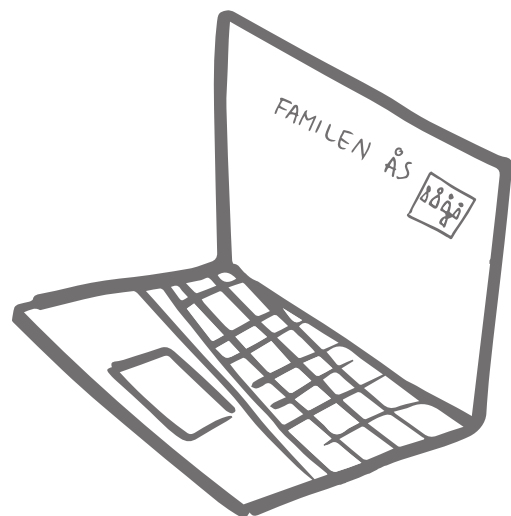
Eksempelvis kan det registreres tidspunkter for arbeid, skole, måltider, fritidsaktiviteter og andre relevante hendelser i familiens rutiner. Kartleggingen bør utformes etter skolehelsesøsters eksisterende rutiner.

4.3 TESTING

Med oversikt over familiens kunnskap om kosthold, kropp og aktivitet, vil det bli enklere for Familiens Kostverktøy og skolehelsesøster å gi tilpasset informasjon og veiledning. Dette sparer tid for skolehelsesøster og vil være med på å kartlegge problemområder. Testene kan skape selvinnsikt hos familiene da det ikke er mulig å fremstå som "sunnere", og familiene får tilbakemelding etter gjennomført test. Testingen må gjøres på en måte som ikke skaper prestasjonsangst, men som får brukeren til å være åpen om sine meninger. Matvarer som nevnes i testen må passe forskjellige etnisiteter og fremstilles visuelt. Et eksempel på spørsmål i en slik test kan være å be familien velge den porsjonen som de mener har minst energi blant bilder av flere tallerkener. Sammen med testens resultat presenteres snarveier til kunnskap om manglende tema. Disse testene bør i likhet med kartleggingen utformes etter skolehelsesøsters eksisterende kartleggingsrutiner.

4.4 LOGGFØRING

Ved hjelp av denne funksjonen kan familiene loggføre egen fremgang i form av kroppsmålninger og oppnådde mål (se mer



under punkt 7. familiens mål). Dersom familien loggfører dette selv kan det potensielt spare skolehelsesøster arbeid, og de familiene som ikke ønsker oppmøte på helsestasjonen kan unngå dette uten at det går bekostning av veiledningen. Denne loggføringen kan kommenteres av skolehelsesøster som personlig veiledning for økt motivasjon. Loggføringene vil generere kostplaner sammen med annen kartlegging.

5. FAMILIENS HELSEPERSONELL

Under familiens helsepersonell kan familien få informasjon om sine helsesøstre og enkelt kontakte dem med en melding. En familie kan være i kontakt med flere skolehelsesøstre dersom de har barn på forskjellige skoler. Meldingene bør automatisk journalføres grunnet krav om journalføring (Prioriteringsforskriften, 2000). Dette for å spare helsesøster for dobbeltarbeid, hvilket er tilfelle i dag når hun eller han svarer på spørsmål via e-post. Familien vil advares om dette ved hjelp av en «pop-up melding» som de deretter må bekrefte før meldingen kan sendes til skolehelsesøster. Meldingen besvares av skolehelsesøster når hun eller han har tid tilgjengelig.

Blichfeldt (2002) nevner i sin artikkel "*Med familievernet i cyberspace; om samhandling på internett som ny relasjonell arena*" en rekke fordeler med kommunikasjon over internett. Her er en liste tatt ut fra nevnte artikkel:

- De kommer i kontakt med andre typer mennesker enn som de normalt ville hatt kontakt med.
- De tør ta opp temaer som de ikke hadde turt å spørre om ellers.
- Samhandlingen gir en følelse av makt og tilgang hos den som kommuniserer.
- Kan gi en følelse av likeverdighet overfor mennesker man normalt ser opp til.

"Noe av det beste med tekstkommunikasjon er at det bryter ned sosiale forståelser knyttet til rase, alder, kjønn, sosial status osv. Man vet ikke hvem man møter. Det gir en frihet i møtet med andre, men også frihet i forhold til seg selv. Man blir ikke plassert av andre utenforliggende sosiale betingelser som er med på å begrense handlingsmønstre og valg." - (Blichfeldt, 2002, s.255)

Ifølge Edland hadde foreldrene hun intervjuet negative erfaringer med veiledere som ikke viste forståelse og empati for deres situasjon. Ved å forholde seg til helsepersonell online, og ved veiledning ved hjelp av et nettverktøy kan dette i større grad unngås.



6. FAMILIENS TIMEAVTALER

Familier kan ha en travel hverdag, og det kan tenkes situasjoner hvor foreldre får problemer med å ta seg fri fra jobb for å møte på veiledningsmøte. Ved muligheten til å flytte timen slik at det passer bedre for familien, kan flere få muligheten til å møte til samtale. Ved å enkelt kunne avbestille timen vil skolehelsesøster unngå timer hvor arbeidet er satt av til samtale uten at familien dukker opp. Med påminnelser vil familien lettere huske på avtalt samtale, og sannsynligheten for at de møter til avtalt samtale kan øke. Det vil også kunne øke sannsynligheten for at familien husker å flytte eller avbestille time. Det kan tenkes at en påminnelse kan forberede familien mentalt på samtalen, som mange familier ser på som vanskelig (Helsedirektoratet, 2010). Helsestasjonens lokalisering, samt tidspunkt for timen kan uten tvil være av betydning for om familien møter til time (Hixon, Chapman & Nuovo, 1999).

Det er ønskelig at familiens timeavtaler kommuniserer med skolehelsesøsters eksisterende datasystemer. Hvorvidt dette er mulig å gjennomføre allerede i pilotprosjektet er uvisst.

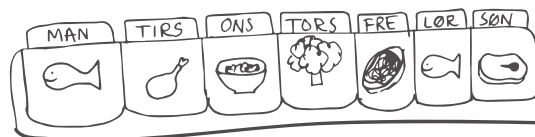
7.FAMILIENS MÅL

"opplevelse av mestring er en forutsetning for atferdsendring. For å sikre mestring må målene for endring av levevaner være passe store og tempoet i endringsarbeidet passe høyt. De fleste familier trenger hjelp til å sette realistiske mål, evaluere disse og drive prosessen fremover." (Helsedirektoratet, 2010, s.42).

Utfallsforventning, mestringsforventning og mål er essensielt for familiens motivasjon til å gjennomføre livsstilsendringene (Bandura, 1977). Å sette realistiske mål i starten av veiledningen kan redusere sannsynligheten for at familien dropper ut av veiledningen. Det er her viktig at målene familien setter seg er oppnåelige for å stimulere til mestring (Proschaska & Diclemente, 1984). Under familiens mål vil mål settes ut fra kartlegging og testing som er gjort, samt fra anbefaling fra skolehelsesøster. Det er familien som herfra velger sine mål, da det er essensielt at familien involveres i veiledningsarbeidet (Helsedirektoratet, 2010). Det er viktig at familien kun kan velge et par mål slik at mengden blir overkommelig. Ved å velge

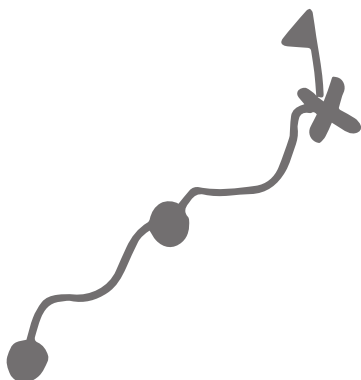
et hovedmål vil dette generere flere delmål som blir veien mot målet. Valg av mål kan senere diskuteres ved en eventuell samtale med skolehelsesøster dersom familien er interessert i oppmøtebasert veiledning.

Familien registrerer når de har nådd mål som er satt og skolehelsesøster blir informert om dette dersom familien tillater det. Skolehelsesøster kan da sende en motiverende melding ved oppnådd målsetting. Dette kan gi personlig motivasjon og bedre oppfølging, og familien kan føle de har kompetente mennesker som følger dem på veien. Dette vil assistere skolehelsesøsters oppfølgingsarbeid og gi en mer personlig veiledning enn ved kun bruk av nettsiden.



8.FAMILIENS KOSTPLAN

Matvarevalg og innkjøpsplanlegging i familien nevnes som tiltak for forebygging av fedme (Helsedirektorat, 2010). Familiens kostplan genereres ut fra registrering og kartlegging av familien, målsetting og råd fra skolehelsesøster. Det vil for eksempel påvirke kostplanen hvor mange familien består av og hvordan hverdagen ser ut, om barna er på skole eller i barnehage. Det er som nevnt viktig at livsstilsendringene blir passe store og gjennomførbare for familiene. Det vil derfor være mulighet for familien å gi tilbakemelding på kostplanen for å regulere den til passe vanskelighetsgrad. Dette vil kunne kontrolleres av skolehelsesøster for å unngå en kostplan som ikke fremmer positive endringer for familien. Denne tilbakemeldingen kan lagres



til fremtidig forbedring av nettsiden dersom familien godtar dette. For å kunne endre kosthold er det viktig å planlegge innkjøp av matvarer, og det genereres derfor en handleliste ut fra kostplanen. Det vil ved registrering av brukerprofil stilles spørsmål om familien ønsker kostplan generert.

9.APPLIKASJON

Parallelt med utvikling av nettsiden, er det tenkt å utvikle en applikasjon som skal bistå med lettere tilgjengelig veiledning. Denne applikasjonen vil ha noen utvalgte funksjoner fra Familiens Kostverktøy. Valget av funksjoner er basert på hvilke som gjør seg best som mobile, altså lettere tilgjengelig når familien ikke er hjemme.

Applikasjonen Familiens Kortverktøy vil ha følgende funksjoner:

Påminnelser for familiens timeavtaler

Loggføring av utførte mål

Handleliste fra familiens kostplan

Push-meldinger for å minne om timeavtale og motivere til bruk av tjenesten

Flere funksjoner vil kunne implementeres i applikasjonen i videreutviklingsfasen. På

denne måten vil nettsiden og applikasjonen utvikles parallelt og kan utfylle hverandre for å møte familiens behov under veiledning. Eksempelvis kan en applikasjon være gunstig når familien handler mat. Her kan de sjekke applikasjonen, og få handlelisten som er generert ut fra kostplanen.

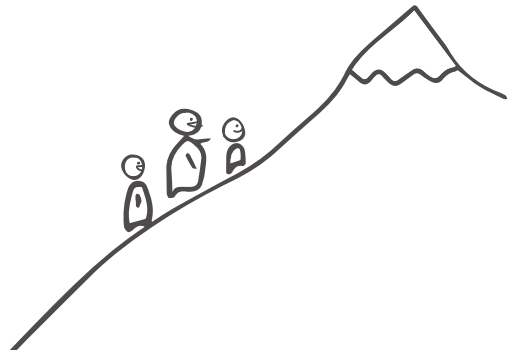


FUNKSJONER FOR VIDERE- UTVIKLING

Det er flere funksjoner som kan være gunstige for Familiens Kostverktøy. Det ble ansett som urealistisk å inkludere alle funksjonene i pilotprosjektet da med tanke på økonomi, tidsaspekt og et ønske om testing i forkant av en nasjonal implementering. Derav inkluderes flere funksjoner i Familiens Kostverktøy under videreutviklingsfasen.

1. AKTIVITETER I NÆROMRÅDET

Under "aktiviteter i nærområdet" vil familien finne tips til aktiviteter de kan gjøre sammen i nærområdet. Det er viktig å fokusere på hvilke ressurser familien har i sitt nærmiljø for å lette gjennomførelsen (Øen, 2007). Søket etter passende aktiviteter kan stilles inn etter pris, og etter popularitet blant andre familier. For å generere slike søk vil det oppfordres til å gi tilbakemelding på aktiviteter som familien har gjennomført. Familien kan legge til aktiviteter de ser mangler på listen og på denne måten anbefale aktiviteten til andre. Flere tilbakemeldinger på aktivitetene, gir mer tilpassede tips til aktiviteter. Fysisk aktivitet er gunstig for en sunn livsstil, og med denne funksjonen kan familien lettere gjøre det sammen (Helsedirektoratet, 2010, s.41).



metthetsfølelsen. Under innsiktsfasen kom det frem fra leger som jobber med overvektige barn at disse barna ofte har problemer med å kjenne metthet. Ved utforming sammen med psykologer kan slike problemstillinger mulig besvares ved hjelp av følelsesverktøyet.

2. FØLELSESVERKTØY

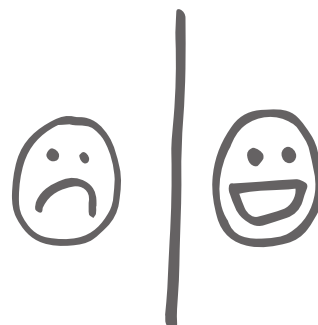
Å sette ord på følelser kan være vanskelig for de fleste, men spesielt for barn kan dette være et problem (Helsedirektoratet, 2010, s.26). For å kartlegge følelser knyttet til mat, aktivitet og livskvalitet vil et følelsesverktøy tilrettelegge for barnas uttrykk av meninger. Illustrasjoner kan gjøre det lettere for barna å vise sine følelser enn ved å sette ord på dem. Det er viktig for skolehelsesøster å kartlegge dette, da emosjonell spising kan føre til fedme (Helsedirektoratet, 2010, s.26). Eksempel på et slikt verktøy kan være å bruke bilder av ansiktsuttrykk hvor barnet kan trykke på det som passer til hva de selv identifiserer seg med i situasjonen. Psykisk helse var et stort tema på seminaret for overvekt og fedme, og dette følelsesverktøyet kan være en start på implementering av psykologi til Familiens Kostverktøy.

Det kan være mange følelser knyttet til mat - enkelte kan spise for å håndtere en følelse eller som et ønske om å skape en tilstand (Helsedirektoratet, 2010). Noen føler på skam etter å ha spist store måltider eller usunn mat, hvor andre kan føle seg lykkelige. Følelsesverktøyet kan kartlegge hvorfor og hvordan familien spiser. Et følelsesverktøy som oppdager negative spisemønstre kan gjøre familiene observant over problemet slik at de kan iverksette korrigerende tiltak sammen med skolehelsesøster. Et annet eksempel på hva verktøyet kan ta for seg er

3. PRAKTISKE ØVELSER

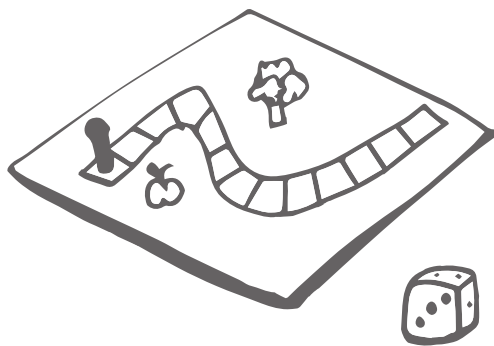
På dagens Kostverktøy ligger det ark med praktiske øvelser som familien kan jobbe med for å nå sine mål. Disse er ifølge helsepersonell gode verktøy i et veiledningsforløp. Vi mener disse med fordel kan gjøres digitale, slik at de blir lettere for flere å gjennomføre. På denne måten fjernes behov for å skrive ut øvelsene, og de kan gjøres mer estetisk spennende for barna.

Eksempel på en praktisk øvelse kan være å smake på ukjente grønnsaker, eller en øvelse som går på å kjenne etter metthetsfølelsen som beskrevet under følelsesverktøyet. Her kan familien få i oppgave å spise et måltid etter instruksjoner og vente på metthetsfølelsen. Dette kan gjøre barna mer observante på metthet, og hvordan det føles.



4.FAMILIEREISEN

Etter å ha gjennomført veiledning over lengre tid vil det på pasientreisen illustreres veien som familien har hatt gjennom sin tid under veiledning hos Familiens Kostverktøy. Her kan familien se hva de har fått til, men også hvordan det noen ganger har vært vanskelig. Ved å se hindre de tidligere passert kan det motivere videre oppfølging. Familieisen vil bli en videreutvikling av "familiens mål".



5.BARNESIDE

For å inkludere barnet i veiledningen er det tenkt implementering av en barneside. Her kan det være informasjon tilpasset barn for å opplyse barna om mat og helse. Eksempel på formidling kan være en morsom video som engasjerer og opplyser på riktig måte uten å skape hysteri blant foreldre.

- Mulige tema kan være:
- Hva skjer hvis man ikke spiser?
- Hva skjer når vi bare spiser kjeks og sjokolade?

Hvorfor er det så bra å spise grønnsaker?

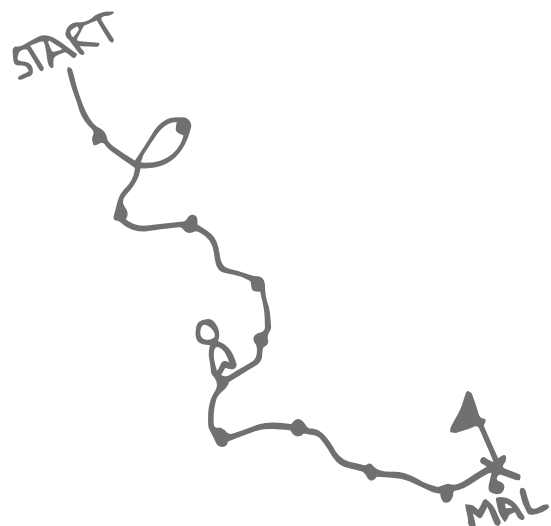
(Disse spørsmålene er inspirert av observasjonen av mat og helse timene.)

Her må helsepersonell, psykologer, pedagoger og pediatri bistå med innhold slik at det fremstår som pedagogisk korrekt.

På barnesiden vil det være informasjon som passer alle barn, uavhengig av overvekt for å unngå stigmatisering. Det er ikke tenkt at dette skal være en side for å motivere barna til å redusere overvekt, da vi mener det fokuset skal ligge hos foreldrene. På barnesiden kan det henvises til spillet laget av samarbeidende masterstudenter Karoline og Camilla.

6.FAMILIENS HANDLERUTINER

Planlegging av handlerutiner er en viktig oppgave ved livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2010, s.41). Med familiens handlerutiner er det tenkt å kartlegge hva familien handler av mat og hvor ofte det handles. Det vil deretter kunne gis tips om endringer familien kan gjøre for å forbedre disse rutinene. Eksempel på hvilke råd som kan gis er varer som kan byttes med andre sunnere alternativer, som for eksempel bytte ut sukkerholdig brus med et sukkerfritt alternativ. Disse tipsene bør også være økonomisk gunstige for familien, da fedmeproblemet er størst i de fattigste samfunnsgruppene (Helsedirektoratet, 2010).



Det finnes flere handleapplikasjoner som loggfører hva som handles og hvor mye det handles for. Et eksempel på en slik applikasjon er ÆE-appen av Rema 1000 (Rema 1000, 2018). Det kan tenkes at en slik applikasjon kan knyttet til familiens handlerutiner for å forenkle registreringsprosessen. På denne måten vil det bli vanskeligere for familien å lyve om hva som handles. Dette sees på som gunstig for skolehelsesøster, som opplever at familier pynter på sannheten om kostholdet.

Dersom det skal samarbeides med en ekstern applikasjonsløsning, bør denne være butikknøytral. Applikasjonen bør være fri for reklame og da spesielt reklame for usunne matvarer. Det bør også gjøres en etisk vurdering på om dette er gjennomførbart, og om det er mulig for en slik applikasjon å gi data til Familiens Kostverktøy. En mulig løsning er å inkludere denne funksjonen i applikasjonen 'Familiens Kostverktøy'.

7.CHAT

Med en chat-funksjon kan familiene anonymt snakke med helsepersonell når man trenger det, uansett hvor man befinner seg. Stille spørsmål vil besvares innen kort tid, i motsetning til meldingsløsningen implementert tidligere, hvor skolehelsesøster svarer når hun eller han har tid. Denne chatten må være bemannet men kan suppleres med "chatboter" i starten av samtalen for å kategorisere problematikken. En chatbot er et dataprogram som kan svare når det stilles spørsmål (Gundersen, 2017). Typiske eksempler på slike chatboter er Apples "Siri" og svar i starten av en kundeservice-chat. Mest stille spørsmål kan man finne anonymisert på nettsiden for å lette arbeidet for de som bemanner chatten.

HVA LØSER DET

Tabellen viser mulige årsaker til at foreldre

takker nei basert på intervju av helsepersonell, workshops, spørreundersøkelsen og SINTEFs tidligere arbeid, samt hvordan Familiens Kostverktøy kan fylle disse områdene.

Det er stor sannsynlighet for at det finnes flere årsaker til at familiene takker nei til tilbud om veiledning fra skolehelsesøster. Flere årsaker bør kartlegges ved å kontakte disse familiene. Dette ble ikke gjort i dette prosjektet da det er meget vanskelig å få tak i denne brukergruppen.



MULIGE ÅRSAKER

LØSNINGER

skolehelsesøster
som moraliserende
pekefinger

forstår ikke problemet

orker ikke endre livsstil

INTRODUKSJONSSIDEN
video som illustrerer alvorligheten av
problemstillingen

kan ikke ta fri fra jobb
for å møte til samtale

vil ikke bli sett på
helsestasjonen

dårlig erfaring med
problemstillingen

redd for at barnet skal
bli mobbet for å gå til
skolehelsesøster

stigma: vil ikke
være knyttet til
problemstillingen

mistillit til
helsepersonell

bor for langt unna
helsestasjonen

vil ikke at andre skal tro
de er dårlige foreldre

ONLINE TJENESTE
ikke oppmøtebasert

ønsker ikke negativt
fokus på kropp

redd for å
påføre barnet
spiseforstyrrelser

FORELDREFOKUS
ved veiledning

mangel på selvinnsikt

vil løse problemet selv

KARTLEGGING
av familiens livsstil med
tilbakemeldinger

språkbarrier

mener barnet er
normalvektig

FAMILIENS BRUKERPROFIL
gir individuell tilpassning og viser
informasjon om familien



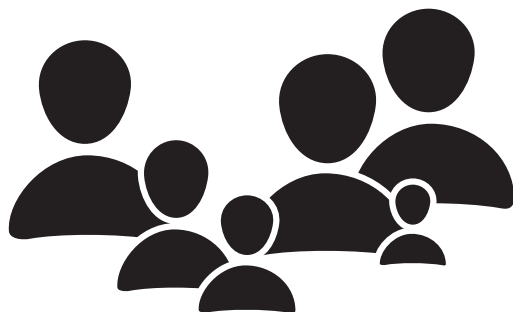
SCENARIO FAMILIENS KOSTVERKTØY

For å illustrere mulighetene med konseptet Familiens Kostverktøy, tas familiene Hansen, Ås og Mohammad frem igjen. Disse familiene er som nevnt ytterpunkter ved brukergruppen, og har vært med på å minne oss på hvilke ulike behov familiene kan ha. Her vil scenario hvor familiene benytter den nye tjenesten presenteres for å illustrere fremtidig bruk av Familiens Kostverktøy (Martin & Hanington, 2012, s.152).

DELT HUSHOLDNING: FAMILIEN HANSEN

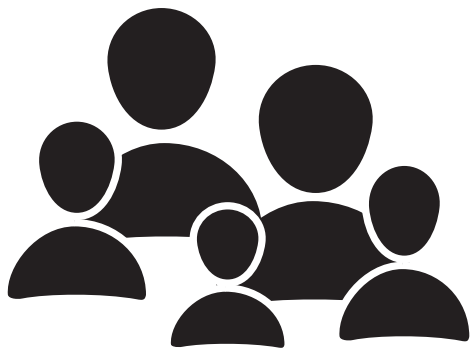
Skolehelsesøster ringer Ingvild for å bekrefte invitasjon til samtale hvor Ingvild sier at hun ikke kommer, men at skolehelsetjenesten bør ta kontakt med Thomas og at han bør møte. Ingvil velger å gå inn på Familiens Kostverktøy slik skolehelsesøster oppfordret til gjennom e-post og telefon. Her oppretter hun brukerprofil med to administratorer slik at Thomas også kan logge seg inn på siden for å se informasjonen om sønnen. På denne måten kan de enklere kommunisere om sønnens helse.

Skolehelsesøster følger opp påstanden fra Ingvild og prøver å snakke med Thomas over telefon. Han svarer ikke, men skolehelsesøster ser at Thomas har bekreftet møtetidspunkt over nettsiden. Thomas møter på samtale som avtalt på Familiens Kostverktøy. På samtalen avtaler skolehelsesøster med Thomas å fortsette veiledning over nettsiden, og forteller hvordan de kan få tilgang på skreddersydde tips og kostplan. Når Thomas kommer hjem setter han seg ned og gjennomfører flere kartleggingstester, og setter seg et mål for veiledningen. Ingvild får da opp på sin administrator en melding med målene og godtar dette. Hun utfører også kartleggingstestene slik som Thomas, for han kan jo ikke være noe bedre enn henne. Begge får en kostplan som de kan implementere i sin husholdning. Familiens Kostverktøy blir over tid et viktig redskap for Thomas og Ingvild for å lettere kommunisere om Matheos helse.



FRA BYGDA: FAMILIEN ÅS

Familien har fått brev i posten og e-post med link til Familiens Kostverktøy hvor Birgit(mor) lager en brukerprofil. Her ser de invitasjon til samtale med skolehelsesøster. Birgit har ikke stor tro på at skolehelsesøster kan hjelpe dem og føler hun bare peker på dem med en moraliserende finger. De takker nei til tilbud om samtale med skolehelsesøster, men Birgit velger å sette seg inn i Familiens Kostverktøy etter å ha sett en video som minner henne på konsekvensene det vil ha for Anne dersom det ikke blir tatt hånd om problemstillingen. Etter å ha gjennomført tester sammen som familie mottar de tips om endringer for å forbedre familiens helse. Det er vanskelig for Håvard (far) å huske på å oppdatere brukerprofilen og fortsette bruk over tid, men både han og Birgit får varsler på mobilen som minner dem på målene de valgte sammen. Med handlelisten som genereres ut fra kostplanen, blir det enklere for Håvard å handle inn mat, og han unngår å handle godsaker ved hver handletur. Han er svært fornøyd med dette da han slipper å bruke så mye tid på butikken, og fordi han ser hvor mye penger de sparer på å handle bare en gang i uka. De gir tilbakemelding på kostplanen og har etter to måneder med bruk kommet frem til en plan som passer for familien. Nå får Anna riktig kosthold og også de andre barna virker friskere med mer energi.



FRA BYEN: FAMILIEN MOHAMMAD

Scenarioet for denne familien vil illustreres ved hjelp av storyboard. Personas, scenarios og storyboards fungerer godt sammen for å kommunisere brukerens interaksjon med tjenesten (Martin & Hanington, 2012, s.152)

Dag 1



Kudra får brev i posten fra skolehelsesøster. Hun forstår ikke informasjonen pga språkbarrierer.



Sønnen Ali forklarer at brevet inneholder informasjon om Sofa og veiingen på skolen. Sofa er overvektig og helsesøster vil hjelpe med en samtale.



Kudra og Ali besøker Familiens Kostverktøy linket i brevet. Her er det oppsatt time til helsesøster, men denne takker Kudra nei til da pga arbeidstider.



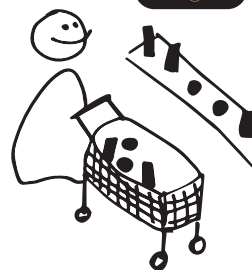
Kudra ser video om overvektsproblematikken og forstår hvorfor det må tas hånd om. Hun har tidligere ikke sett problemet med å være stor.

Dag 3



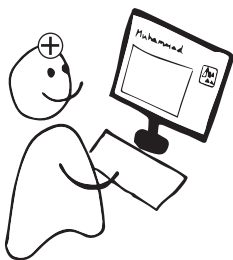
Kudra gjennomfører tester og får forslag til kostplan tilpasset familien og hun blir inspirert av oppskriftene. Hun godkjenner å dele informasjonen med helsesøster.

Dag 5



Kudra velger nå sunnere alternativer på butikken etter informasjonen hun har fått på Familiens Kostverktøy.

Dag 12



Skolehelsesøster ser informasjon om familien Mohammad, og sender ny invitasjon til samtale med en melding på engelsek om hva samtalen skal omhandle.

Dag 14



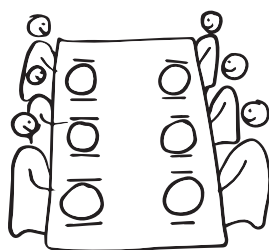
Kudra ser invitasjonen under familiens timeavtaler og takker ja til samtalen, men flytter den til et tidspunkt som passer henne bedre.

Dag 32



Kudra møter hos skolehelsesøster hvor de snakker om kosthold på engelsk. Skolehelsesøster bruker visualisering for å lette kommunikasjonen.

Dag 85



Kudra lager nå middag etter tallerkenmodellen og alle barna er samlet til bords.

BRUKERREISE FAMILIENS KOSTVERKTØY

Polaine, A., Løvlie, L., Reason, B. (2013). *Service Design: From Insight to Implementation*. (s.104)
Rosenfeld Media: New York.

For å illustrere tenkt implementering av konseptet Familiens Kostverktøy vil brukerreise igjen benyttes. En link til Familiens Kostverktøy vil nå være å finne i brev til foreldre om oppdaget overvekt. Verktøyet vil også støtte eller eventuelt erstatte veiledning og oppfølging på helsestasjonen.



BLUEPRINT TO-BE

Det vil også illustreres implementering av Familiens Kostverktøy ved hjelp av tidligere utfylt Service Blueprint. Dette gir mer detaljert beskrivelse av endringer i tjenesten enn det brukerreisen illustrerte. Den største endringen med tjenesten er hvordan Familiens Kostverktøy bistår som støttefunksjon for skolehelsesøster og letter familiens interaksjon med helsetjenesten.

fysiske bevis



brukerreise



mottar brev og mail om veiing

mottar brev om oppdaget overvekt

brukerhandling

link til Familiens Kostverktøy

barnet blir veid på skolen

link til Familiens Kostverktøy

info om opretting av brukerprofil

interaksjonslinje



interaksjon med helsetjenesten

veiing, måling, samtale med skolehelsesøster

synlighetslinje

bak-scenen-interaksjon



sender standardisert brev og mail

registrere vekt og høyde

regne iso-KMI

helhetlig vurdering av barnet

sender standardisert brev og mail om oppdaget overvekt

intern interaksjonslinje



støttefunksjoner

nasjonale faglige retningslinjer

iso-KMI-kurve

WHO

nasjonale faglige retningslinjer

Familiens Kostverktøy

nasjonale faglige retningslinjer



familien lager brukerprofil og ser forslag til tidspunkt for samtale på Familiens Kostverktøy

ved oppmøtebasert veiledning: foreldre/foresatt(e) reiser til avtalt samtale

oppmøte på helsestasjonen

Familiens Kostverktøy implementeres i familiens rutiner

barnet blir veid på skolen eller hjemme

foreldre/foresatt(e) gir beskjed om hvilken time som passer, eller om de foretrekker digital veiledning

samtale med skolehelsesøster på helsestasjonen og veiledning i bruk av Familiens Kostverktøy

digital oppfølging på Familiens Kostverktøy evt planlegge nye samtaler

kontrollveiging ett år senere

skolehelsesøster gir forslag til dato for samtale på Familiens Kostverktøy

kartlegger familiens utfordringer og laster opp informasjon på Familiens Kostverktøy

laster opp plan for oppfølging og veiledning på Familiens Kostverktøy

registrere vekt, høyde, iso-KMI og helhetlig vurdering av barnet på Familiens Kostverktøy

iso-KMI-kurve

WHO

Familiens Kostverktøy

Familiens Kostverktøy

Familiens Kostverktøy

Familiens Kostverktøy

nasjonale faglige retningslinjer

06

IMPLEMENTERING

I denne fasen blir det gjennomgått et forslag til plan for implementering av Familiens Kostverktøy. Implementeringsplanen går over en 10-års periode fra oppstart og utvikling, til fremtidens teknologi. De ulike fasene av implementeringen blir beskrevet steg for steg. Et viktig steg av implementeringsplanen er pilotprosjektet, som har den hensikt å teste Familiens Kostverktøy med familiene.

IMPLEMENTERINGSPLAN

2018

OPPSTART & UTVIKLING

Før pilotprosjektets start må det søkes midler for finansiering av prosjektet, og bedrift for utvikling av nettsiden må anskaffes. Skolehelsesøstre rekrutteres til pilotprosjektet og kurses om bruk av Familiens Kostverktøy for godt gjennomført pilotprosjekt.

PILOTPROSJEKT

Pilotprosjektet gjennomføres for å avdekke behov og kunnskap om familiene som bruker. Det kan være behov som ikke har blitt avdekket i dette prosjektet som kan kreve endring av konsept. Samtidig må tilpasningene passe inn i tjenesten slik at det korrelerer med skolehelsesøstres arbeidsdag. Pilotprosjektet avsluttes med revidering basert på innsamlet data.

2019

2022

NASJONAL IMPLEMENTERING

For å oppnå en nasjonal lansering av nettsiden er det behov for markedsføring. Dette bør gjøres parallelt med kursing av skolehelsesøstre. Ved å få synliggjort nettsiden vil det være flere som kan ta tjenesten i bruk.

VIDEREUTVIKLING

Det er flere elementer som er ønskelig å inkludere i tjenesten. Funksjonene bør implementeres gradvis slik at prosjektet er mest mulig gjennomførbart. I denne fasen vil eksisterende funksjoner videreutvikles samtidig som nye funksjoner implementeres.

2022-
2029

2030

ET STEG INN I FREMTIDEN

Nettsiden vil følge den teknologiske utviklingen, som kan være avgjørende for langsiktig og videre bruk. Her kan eksisterende løsninger oppdateres eller endres slik at det passer tidsaktuelle behov. Det vil være hensiktsmessig å gjennomføre en ny tjenesteinnovasjon og videre prosjektplan for implementering av nye funksjoner.

PLAN FOR IMPLEMENTERING

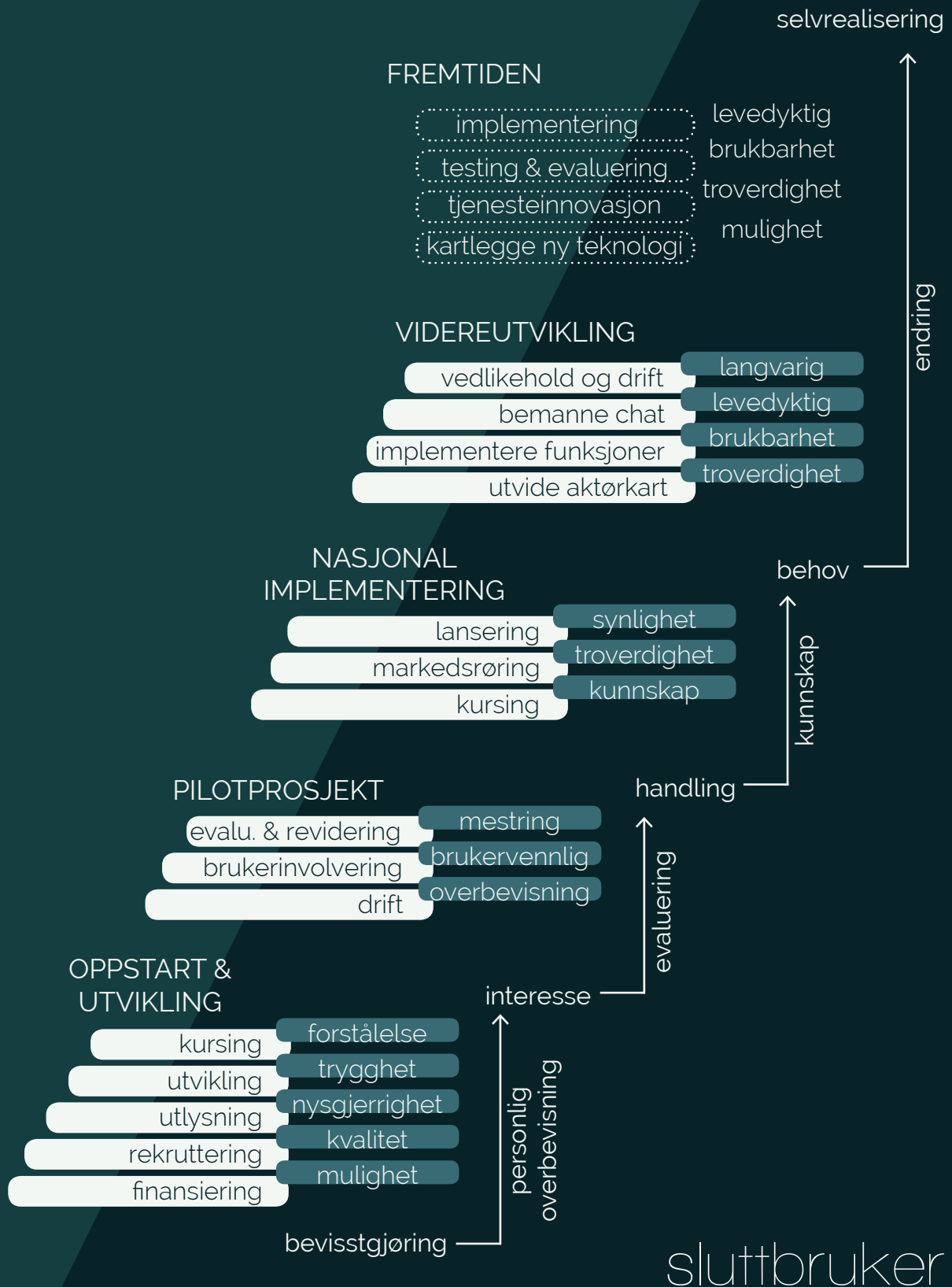
Implementeringen av Familiens Kostverkøy er tenkt i fem deler:

1. Oppstart og utvikling
2. Pilotprosjekt
3. Nasjonal implementering
4. Videreutvikling
5. Et steg inn i fremtiden

Hovedfokuset er på pilotprosjektet som skal teste løsningen med brukeren, da det ikke lot seg gjøre i dette prosjektet.

Norges helsevesen = Kunden
Familier = Bruker
Leverandør = Ved anbud

konsulentfirma



1. OPPSTART & UTVIKLING

STEG EN: FINANSIERING

Vi ser for oss at første steg på veien videre er å søke penger, slik at det kan settes opp et budsjett for prosjektet. Da prosjektet omhandler primærhelsetjenesten kan det eksempelvis søkes statlig bevilgning. Statsbudsjettet 2018 har totalt bevilget 330 millioner nok til forebyggende tiltak, hvor 283,8 millioner er øremerket helsestasjoner og skolehelsetjenesten (Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Familiens Kostverktøy kan potensielt møte disse langsiktige målene og vi ser derfor for oss grunnlag for bevilgning.

Dette prosjektet er forankret i St. Olav hospital, dermed kan det antas at de tar søkeprosessen videre da dette er en videreutvikling av deres nåværende prosjekt, Kostverktøyet.no.

Det kan eksempelvis søkes midler hos Helse Midt-Norge RHF (regionale helseforetaket) (Helse midt-Norge, 2017), andre RHF avdelinger eller InnoMed som også arbeider regionalt (InnoMed, 2018). Det kan også søkes nasjonale midler blant annet gjennom helse-, omsorgs og velferdstjenester (HELSEVEL) som er underlagt forskningsrådet (FoU) (Forskningsrådet, 2016) og designdrevet innovasjonsprogram (DIP) underlagt DOGA (DOGA, 2018). Hvor mye midler som kan bevilges varierer ut fra hvilken institusjon det søkes hos.

STEG TO: REKRUTTERING

Familiens Kostverktøy er tenkt som et støtteverktøy til skolehelsesøsters arbeid for fedmeforebygging. Det faller derfor naturlig

at det er skolehelsesøstre som skal være deltakere i pilotprosjektet ved å benytte det i veiledning og oppfølging, og distribuere nettsiden til familiene. For å rekruttere skolehelsesøstre til dette arbeidet ser vi for oss at det rekrutteres en kommune eller bydel, slik at skolehelsesøstre innen dette område må delta i pilotprosjektet. Dette er basert på erfaring SINTEF hadde da de skulle rekruttere skolehelsesøstre til deres prosjekt. Dette kan eksempelvis gjøres ved å rekruttere Østbyen i Trondheim og Ørskog kommune, da det allerede er initiert kontakt med helsestasjoner i disse regionene.

OPPSTART & UTVIKLING



STEG TRE: UTLYSNING

For å utvikle en nettside trengs det kompetanse fra flere yrker innen IT-bransjen. En vanlig måte å anskaffe kompetansen på ett sted er ved samarbeid med et konsulentfirma. Et konsulentfirma består av flere fagkyndige innen visse felt, som kan rådgje, utføre arbeid og drifte prosjekter ("Konsulentfirma", 2009). For dette prosjektet mener vi det kan være gunstig å samarbeide med et konsulentfirma innen IT-bransjen med kompetanse, kapasitet og erfaring med å utvikle og drifte nettsider. Dersom konsulentfirmaet har erfaring innen offentlig helsesektor er dette sett på som fordelaktig. For å ansette et slikt konsulentfirma innen offentlig sektor må regelverket om anskaffelser følges, hvilket betyr at arbeidet må utlyses via anbud.

"Regelverket for offentlige anskaffelser stiller mange ulike krav og kriterier til de ulike deler av anskaffelsesprosessen. For kjøp av konsulenttenester er det en særlig utfordring knyttet til forholdet mellom kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier." (Difi, 2017)

Det må stilles kvalifikasjonskrav til firmaet, slik at det innehar den kompetansen som trengs for arbeidet. Hvor stor del firmaet tar i utvikling og drift av nettsiden er avhengig av midler tilgjengelig. Når det gjelder krav om tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, ser vi for oss at firmaet må inneha følgende kompetanse:

- Teknologer: Utviklere, Frontend og Backend
- Designere: UX/interaksjonsdesignere, Informasjonsarkitekter, Webdesigner, Grafisk designer
- Prosjektleder

Dersom St.Olavs hospital og Fedmepoliklinikken deltar i prosjektet kan de bistå konsulentfirmaet med kompetanse innen kosthold og helse. Det vil også være behov for kompetanse innen læring som kan hentes fra andre organisasjoner. Vi ser for oss at følgende kompetanse er nødvendig for å utvikle nettsiden og tilhørende funksjoner:

- Klinisk ernæringsfysiolog
- Psykolog
- Pediatr
- Pedagogikk
- E-læring

- Spesialister innen overvekt og fedme

I tillegg til kvalifikasjonskravene kan det lages et beslutningsnotat som angir formålet med konsulentkjøpet, og hvilken effekt som forventes av konsulentarbeidet (Difi, 2017).

Eksempel på beslutningsnotat:

Formålet med konsulentkjøpet er for firmaet å utvikle og drifte Familiens Kostverktøy i henhold til de retningslinjer beskrevet i masteroppgaven "*Tjenesteinnovasjon for effektivisering av skolehelsetjenestens arbeid for forebygging av overvekt og fedme*". Utviklingen skal skje i forkant av pilotprosjekt, drift og videre forbedring av nettsiden skal skje parallelt. Her stilles krav til brukersentrert design, hvilket innebærer å tilrettelegge nettsiden til brukerne ved hjelp av brukertesting.

Dette er eksempel på hvordan en slik anskaffelse kan gjøres med utgangspunkt i retningslinjer gitt på anskaffelser.no. Når det er tid for å utlyse et slikt anbud anbefaler vi å involvere en jurist for å forsikre seg at dette blir gjort på riktig måte.

STEG FIRE: UTVIKLING

Familiens Kostverktøy utvikles etter beskrivelsen i kapittel 5. Ved utvikling av nettsiden kan det være hensiktsmessig å ta hensyn til at familiene benytter ulike plattformer. Det er derfor ønskelig at det utvikles en portabel versjon av nettsiden i form av en applikasjon. Dette gir videre mulighet for kommende pilotprosjekt til å teste flere dimensjoner ved Familiens Kostverktøy, og bør derfor implementeres samtidig som nettsiden. Hvilke funksjoner applikasjonen bør inneha er også beskrevet i kapittel 5.

STEG FEM: KURSING

For å motivere skolehelsesøstre til bruk av Familiens Kostverktøy, er det viktig å informere om hvordan nettsiden skal brukes og hvilke goder det kan gi. Tematikken overvekt og fedme er sett på som en av de vanskeligste temaene å snakke om for skolehelsesøstre, og kursing i hvordan dette tas opp vil være essensielt for implementering av nettsiden. Det kan være gunstig med kurs for økt kunnskap om denne tematikken. Dersom kommunen ønsker å sende skolehelsesøstre på kurs, bør det opprettes et nettbasert alternativ.

2. PILOTPROSJEKT

Ved hjelp av skolehelsesøstre kan Familiens Kostverktøy implementeres i veiledningen av familier med barn med overvekt. Det er ønskelig at skolehelsesøstre skal være med fra starten slik at de kan bidra til å forbedre løsningen. Se "brukerreise TO-BE" på side 115 for hvor i tjenesteforløpet nettsiden bør å implementeres.

STEG EN: DRIFT

Det er ønskelig å starte prosjektet med å sette sammen en tverrfaglig prosjektgruppe som kan drifte pilotprosjektet. Prosjektgruppens hensikt er å utvikle, koordinere og planlegge ulike tester, samt analysere innhentet informasjon for å revidere Familiens Kostverktøy i henhold til ulike behov. Dette blir videre beskrevet i neste steg av pilotprosjektets implementering. Videre drift av nettsiden etter endt pilotprosjekt vil diskuteres i steg fire under 'videreutvikling'.

STEG TO: BRUKERINNVOLVERING

Vi ønsker at Familiens Kostverktøy skal revideres kontinuerlig gjennom pilotprosjektet. Det kan oppstå feil ved oppstart og utvikling, og disse må korrigeres fortløpende slik at videre drift av prosjektet blir optimalt. For å forsikre at brukergruppen ønsker å benytte seg av Familiens Kostverktøy er det viktig med kontinuerlig brukerinvolvering. Tilbakemelding på hvordan de opplever bruk av Familiens Kostverktøy og revidering basert på dette, vil tilrettelegge for god brukeropplevelse ved nasjonal implementering. Familiens Kostverktøy bør tilrettelegges for innhenting av brukerinnsikt. Et eksempel på hvordan dette kan gjøres er ved bruk av informasjonskapsler

(også kjent som "cookies"). Disse samler informasjon om hvordan nettsiden blir brukt, for eksempel antall klikk på de forskjellige funksjonene, og kan også hjelpe med individuell tilpasning basert på data (Datatilsynet, 2015). Dersom informasjonskapsler benyttes, må det innhentes samtykke fra brukeren for å starte datainnsamlingen. Det etiske aspektet må inkluderes for å sikre brukernes trykghetsfølelse. Det bør derfor vurderes hvilken informasjon som er relevant å innhente for videre utvikling.

Bruk av Familiens Kostverktøy bør observeres av fagkyndige for å oppdage eventuell frustrasjon, med påfølgende intervju av bruker (Norman, 2013, s.222). Anmodning til skolehelsesøstre om å snakke med familiene om hvordan de opplever bruk av Familiens

PILOTPROSJEKT

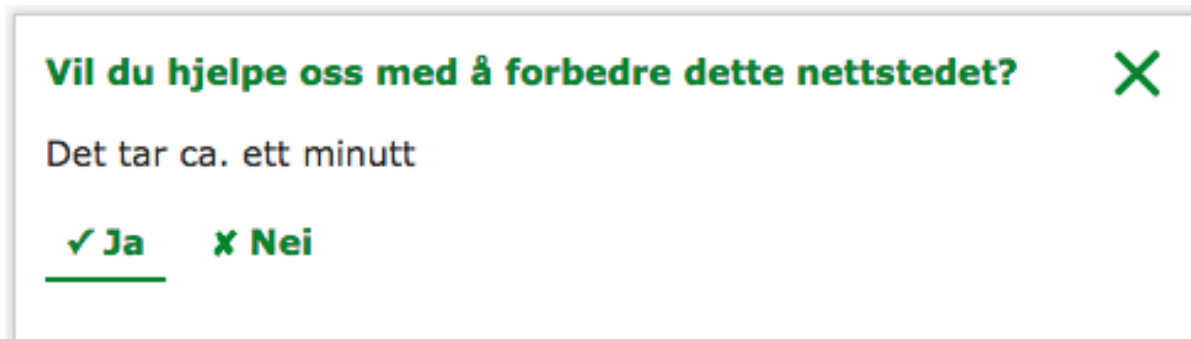



Kostverktøy er ønskelig. Skolehelsesøster bør også intervjues og oppfordres til å ta kontakt med prosjektgruppen dersom det oppstår problemer. På denne måten kan Familiens Kostverktøy også tilrettelegges for skolehelsesøsters behov. En annen mulig løsning for brukerinnsikt er å implementere spørreundersøkelser på nettsiden som "pop-ups". Nederst på siden er et eksempel på hvordan det har blitt gjort på datatilsynets nettsider.

som gunstig å ta prosjektet videre. Data som er innsamlet bør benyttes til en ny iterasjon, slik at nettsiden er klar til nasjonal implementering.

STEG TRE: EVALUERING OG REVIDERING

På slutten av pilotprosjektet må det gjøres en helhetlig vurdering av prosjektet. Dersom nettsiden har blitt godt mottatt av skolehelsesøstre og familier, er det sett på



Vil du hjelpe oss med å forbedre dette nettstedet? 

Det tar ca. ett minutt

Ja **Nei**

foto: hentet fra datatilsynet.no

3. NATIONAL IMPLEMENTERING

STEG EN: KURSING

I likhet med pilotprosjektet ønsker vi kursing av skolehelsesøstre ved nasjonal implementering. Dette for å sikre god implementering av Familiens Kostverktøy til skolehelsesøstre over hele landet. Kursene bør informere om bruk av verktøyet, samt hvilke goder det kan gi for både helsepersonell og familier. Kursing kan eksempelvis skje på regionale konferanser for skolehelsesøstre, hvor de allerede er samlet for å lære om nye elementer ved sitt yrke. Her kan skolehelsesøstre som har vært med i pilotprosjektet snakke om sine erfaringer med Familiens Kostverktøy. På denne måten får de andre skolehelsesøstre informasjon om verktøyet fra noen som har innsikt og forståelse for deres travle arbeidsdag.

STEG TO: MARKEDSFØRING

Det er langt fra alle familier som er i kontakt med skolehelsesøstre angående kosthold. Ved å markedsføre Familiens Kostverktøy gjennom andre kanaler kan flere familier få informasjon om verktøyet. Eksempler på kanaler som kan benyttes er nettaviser, TV og sosiale medier. Markedsføringen bør ha fokus på at bruk av nettsiden er gratis, at man får individuelt tilpasset veiledning, og at informasjonen er kvalitetssikret av helsepersonell. Markedsføringen kan for eksempel kjøres parallelt med skolestart, både på høsten og etter jul. Markedsføringsfirma bør ansettes på samme måte som konsulentfirma (se oppstart og utvikling - steg tre).

STEG TRE: LANSERING

For å forsikre positive ringvirkninger for det norske helsevesenet, bør Familiens Kostverktøy implementeres på landsbasis og ikke bare i helse Midt-Norge. Etter pilotprosjektet vil Familiens Kostverktøy være testet på brukere og revidert slik at det er større sannsynlighet for suksessfull implementering. På dette tidspunktet bør nettsiden implementeres i hele landet slik at flere helsesøstre og familier kan benytte verktøyet. Det kan på denne måten gis likt tilbud til alle, og tilbakemeldinger på hvordan det passer inn i veiledningsforløp i andre regioner kan være med på å forme løsningen ytterligere.

NASJONAL IMPLEMENTERING



4. VIDEREUTVIKLING

STEG EN: UTVIDE AKTØRKART

Da Familiens Kostverktøy kan være til nytte for flere aktører innen helsesektoren kan disse inkluderes i videreutviklingen. Relevante aktører vil være psykologer, fastleger og eventuelle andre fra spesialisthelsetjenesten. Disse aktørene skal ikke ta like stor del i Familiens Kostverktøy som skolehelsesøster, men kan bruke det som støtteverktøy ved overvekt- og fedmebehandling. De kan også bidra til informasjon og støtte til skolehelsesøster ved behov. Aktørene kan eksempelvis implementeres i 'familiens helsepersonell', hvor familien enkelt kan bytte veileder ved behov.

Steg to: implementere funksjoner

Det er flere funksjoner som ikke er implementert i Familiens Kostverktøy ved pilotprosjekt, men som fortsatt kan gi nytteverdi til nettsiden. Disse funksjonene kan implementeres i videreutviklingen for å dekke flere behov.

Følgende funksjoner ønsker vi å implementere i videreutviklingen:

- Aktiviteter i nærområdet
- Følelsesverktøy
- Praktiske øvelser
- Familiereise
- Barneside
- Familiens handlerutiner
- Chat
- Hva som er tenkt med disse funksjonene er forklart i kapittel 5

STEG TRE: BEMANNE CHAT

For at Familiens Kostverktøy skal kunne tilby en chatfunksjon, må denne bemannes av fagkyndig helsepersonell. Basert på eksisterende løsninger som beskrevet i kapittel 4, side 88, vil vi anbefale å ansette to helsesøstre som kan svare på spørsmål stilt av brukerne. I oppstarten kan chatten eksempelvis være bemannet på hverdager

innen faste tider, og tidene han deretter utvides ved behov. Ansettelse fører til økte kostnader for drift av Familiens Kostverktøy. Denne utgiften mener vi kan lønne seg på sikt da flere familier kan få hjelp til å gjennomføre livsstilsendringer.

STEG FIRE: VEDLIKEHOLD OG DRIFT

En helsenettside må kontinuerlig forbedres hvilket krever drifting av nettsiden. Informasjonen må oppdateres etter ny forskning og testing, og nettsidens sikkerhet må opprettholdes. Programvaren må vedlikeholdes og sikkerhetsoppdateringer må utføres for å forsikre trygghet og personvern (Datatilsynet, 2017). Dersom Familiens Kostverktøy lykkes med å bli brukt av mange familier, er det sannsynlig at tekniske problemer oppstår. En bedrift bør derfor ha ansvar for drift av nettsiden for å håndtere hendelser og avvik (Datatilsynet, 2017). Hacking av nettsiden kan forekomme hvilket også gir behov for teknisk support. Arbeidet reguleres av anerkjente rammeverk, derav ISO standarder som bør benyttes.

VIDEREUTVIKLING



5. ET STEG INN I FREMTIDEN

Innovasjon i kommunal helse og omsorgstjeneste har vært aktuelt i flere år, og fra januar 2017 er det et anbefalt satsingsområde under nasjonalt velferdsteknologi-program (Helsedirektoratet, 2017, s.5).

"teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet" (Helsedirektoratet, 2012, s. 15).

I steg tre under konseptutviklingen ble det utforsket hvilken teknologi som kan påvirke konseptet i fremtiden. Under er en liste over teknologi som er ansett som relevante for Familiens Kostverktøy innen 10 år:

- AR
- AI
- Smartklokker og andre smarte enheter
- Nye produkter som kan hjelpe enkeltpersoner å måle biometriske data
- Homepods/smart speakers og voice command

Ved ovennevnte teknologi kan Familiens Kostverktøy utvikles og bespare ressurser i form av helsepersonell, disponere tid mer effektivt og tilby en mer helhetlig helsetjeneste på tvers av ulike disipliner. Eksempler på dette kan være at chatten som allerede er implementert utvikles til å bli bemannet av kun kunstig intelligens (AI) i form av en chatbot. Ekspertene har uttalt at "kunstig intelligens vil utgjøre 95% av kundedialogen innen 2025" (Gundersen, 2017), hvilket kan lette på ressursmangelen i helsesektoren i fremtiden. Et annet eksempel er utvikling av mer helhetlige

produkter eller applikasjoner som kan måle og skanne biometriske data. Dette kan gjøre det enklere å loggføre, slik at familien selv kan få bedre oversikt over personlig helse.

Mulighetene er mange og stadig under utvikling. I dette prosjektet har vi åpnet for fremtidig teknologi og de aspekt dette kan medbringe. Vi har valgt å ikke detaljere videre da det kan føre til forutinntatte gjetninger.

"Teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet"

-(Helsedirektoratet, 2012, s. 15)

FREMTIDEN



07

OPPSUMMERING & REFLEKSJON

Prosjektet har vært en læringsprosess, og det har oppstått uforutsette utfordringer som har hatt betydning for både sluttresultat og gjennomføringen av prosjektet. Under blir de ulike fasene diskutert.

Prosjektet har vært en lærerik prosess, og det oppstod uforutsette utfordringer som hadde betydning for både sluttresultat og gjennomføringen av prosjektet. Innsiktsfasen startet med en bred tilnærming til problemet, hvilket bidro til oppgavens flere innfallsvinkler. Mye av materialet er med i denne rapporten, enten i form av bakgrunn til ulike konsepter eller direkte med i løsningen.

Ved å kombinere intervjuene med innsikt fra personlige kontakter og videre samarbeid med prosjektgruppen, ble eksisterende løsninger kartlagt fra et helsepersonells perspektiv. Det oppstod flere utfordringer ved innhenting av brukerinnsikt fra familier. Overvekt er et stigmatisert tema og mange opplever fordømmelse fra helsepersonell og andre (Helsedirektoratet, 2010). Kropp kan føles sårbart å snakke om, og det kan for mange være vanskelig å åpne seg om dette for fremmede. Originalt skulle prosjektgruppen rekruttere seks familier som har takket nei til veiledning. Planen var å intervju familiene og undersøke muligheten for workshop. Disse familiene lot seg ikke rekruttere, og det kan tenkes at årsaken er stigma knyttet til problemstillingen. Familiene hadde allerede takket nei til tilbud fra skolehelsetjenesten, og det kan tenkes at de derfor ikke hadde noe større ønske om å takke ja til prosjektgruppen. På slutten av bearbeidingsfasen ble det mer tydelig at det manglet direkte brukerinnsikt fra familiene som skal benytte tjenesten. Videre ble det tatt en beslutning om å utføre litteratursøk etter andre studier som omhandler samme tema for å få innsikt i

familiens behov ved bruk av en slik tjeneste. Edlands (2016) masteroppgave og faglige retningslinjer støttet og supplerte innsikten vi hadde fra samtaler med helsepersonell. Tilsammen utgjorde dette grunnlaget for valg av funksjoner til Familiens Kostverktøy.

Spørreundersøkelsen kom noe sent i prosjektet, og ble utført for å få tilbakemelding fra potensielle brukere på konseptet og tilhørende funksjoner. Spørreundersøkelsen ble siste forsøk på brukerinvolvering i dette prosjektet, og fungerte som en utprøving av ideene for Familiens Kostverktøy. Mange av funksjonene vi hadde sett for oss ble bekreftet som ønskelige av respondentene. Da det var 28 besvarelser tilsier dette at konseptet ikke er tilstrekkelig brukertestet, hvilket førte til planlegging av pilotprosjekt for ytterligere testing. Spørreundersøkelsen kom sent i prosessen på grunn av begrensninger fra NSD, noe som førte til mangel på tid til å samle inn tilstrekkelig antall besvarelser.

Prosjektets formål var å kunne tilrettelegge ressursbruken blant helsepersonell og forbedre kommunikasjon mellom tjenestens ulike aktører. Konseptet er utformet for å effektivisere skolehelsesøsters arbeid og forbedre kommunikasjonen mellom skolehelsesøster og familiene. Vi mener konseptet møter målet om å tilby informasjon og veiledning til familier med barn med overvekt på en ressurseffektiv måte, og ved å tilrettelegge for at familiene kan foreta livsstilsendringer for fedmeforebygging. Ved å tilby kostplaner til foreldre, kan endringer av

familiens kosthold gjøre slik at barnet får bedre helse, men også legge til rette for at barnet vil fortsette med sunne vaner også i voksen alder (Helsedirektoratet, 2010). Fokuset i prosjektet har vært å fange opp familier som takker nei til eksisterende tilbud, hvilket har vært sentralt gjennom hele konseptutviklingen. Spørsmålet om hvor i tjenesten endringer skulle finne sted og hvilke aktører som skulle gjennomføre endringene, falt naturlig på skolehelsesøster da det er hun som oppdager overvekt ved veiing, og ved mild til moderat overvekt er det hun som foretar veiledning.

Det finnes i dag som nevnt flere internettbasert løsninger innen domeneene helse og livsstil. Fordelen med Familiens Kostverktøy er at den har samlet funksjonene på en trygg, kvalitetsikret nettside. Ved å kun forholde seg til én nettside for kostholdsråd og veiledning, vil forvirring lettere unngås hos brukere. Den største fordelen er etter vår mening muligheten for individuell tilpasning, hvilket er kritisk for en suksessfull veiledning (Helsedirektoratet, 2010). En mulig bakdel med Familiens Kostverktøy er at en nettside ikke kan gi personlig og menneskelig veiledning, hvilket noen familier har behov for (Edland, 2016). Derfor blir familier med overvekt oppfordret til å inkludere skolehelsesøster eller annet helsepersonell i bruk av nettsiden. Vi ser for oss at mulige fallgruver for løsningen hovedsakelig ligger innen økonomi, hvor utvikling og drift av nettsiden kan bli kostbart. Vi mener Familiens Kostverktøy vil kunne gi kostnadsbesparelser for det norske helsevesen på sikt, da det kan hjelpe familier

til en sunnere livsstil og på den måten unngå livsstilssykdommer (Helsedirektoratet, 2010). Det kan være problematisk med prosjekter med fokus på besparelser på sikt, uten direkte inntekt (Jørgensen, 2015). Det blir derfor viktig at helsedirektoratet eller andre statlige organisasjoner ønsker å investere i løsningen. En annen mulig fallgruve er å få familiene til å ta nettsiden i bruk. Det er en trend at slike løsninger blir brukt i en kortere periode, hvorpå den legges vekk og glemmes. Selv om en slik periode kan gi nytteverdi, er det svært viktig å motivere til videre bruk av nettsiden ved hjelp av brukervennlighet og engasjerende funksjoner.

En nettside har den fordelen at den kan brukes av de fleste, uavhengig av geografisk plassering, men forutsetter at brukeren har tilgang på datamaskin med internettforbindelse. Dette vil ikke være et problem for de fleste familier, da SSB forteller at ni av ti nordmenn i aldersgruppen 16-79 surfer på internett hver dag (SSB, 2017).

Implementering i offentlig sektor kan være tidkrevende (Jørgensen, 2015), da mange faktorer må overholdes. Implementeringsplanen er en estimert plan og det vil være gunstig at en prosjektleder med erfaring innen lignende prosjekter kontrollerer denne. Vi har likevel valgt å utarbeide en implementeringsplan for å illustrere hva vi ser for oss som fremtidig fremgang med vårt konsept.

KONKLUSJON

Målet med prosjektet har vært å finne riktige prosjektspørsmål, og svare på disse på den god måte. Prosjektspørsmålene som ble formulert var:

“Hvordan kan vi tilrettelegge dagens behandlingstilbud for å redusere antall familier som takker nei til eksisterende tilbud? Hvordan kan dette gjennomføres slik at det ikke fører til overbelastning på en allerede ressursmanglende tjeneste? Hvor i tjenestens forløp skal endringen finne sted? Hvilke aktører skal gjennomføre endringene?”

Dagens behandlingstilbud er preget av oppmøtebasert veiledning og det er flere elementer med denne tjenesten som gjør at mange familier takker nei til tilbud om veiledning. Hvordan skolehelsesøster kommuniserer med familien er meget viktig for å få dem til å takke ja. Ved å sende mail i tillegg til brev med informasjon om barnets overvekt kan det øke antallet foreldre som leser informasjonen. Med link direkte til Familiens Kostverktøy kan informasjon om overvektsproblematikken opplyse foreldre om viktigheten med å ta imot hjelpen. Ved å tilby veiledning uten krav om personlig oppmøte på helsestasjonen kan terskelen for å ta imot tilbudet bli lavere. Tilbudet vil gjøres tilgjengelig for alle familier, uavhengig av ressurser tilgjengelig i deres kommune. Ved å tilrettelegge for en enklere journalføring, og ved å delegere arbeidsoppgaver til familien, vil Familiens Kostverktøy potensielt bidra til å effektivisere skolehelsesøsters arbeidsdag. Sammen med andre statlige tiltak mener vi Familiens Kostverktøy blir et godt verktøy i arbeidet for forebygging av fedme.

LITTERATURLISTE

Aanonli, A. K., Thomassen, H. E., Hansen, N. V. (2016). *Barn (ungdom) og overvekt*. Trondheim: SINTEF. URL:<http://hdl.handle.net/11250/2461582>

Aller Media AS. (2018). *Har du spørsmål om din helse?*. Hentet fra:https://www.lommelegen.no/#_ga=2.241569287.408899168.1526153811-28558698.1525004319

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2), 191-215.

Blichfeldt, S. (2002). *Med familievernet i cyberspace; om samhandling på internett som ny relasjonell arena*. Fokus På Familien, 30(4), 253-264.

Datatilsynet. (2015). *Bruk av cookies krev samtykke*. Hentet fra:<https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/internett-og-apper/cookies/>

Datatilsynet. (2017). *Forvaltning*. Hentet fra:<https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-skjema/veiledere/programvareutvikling-med-innebygd-personvern/forvaltning/>

Datatilsynet. (2018). *Personvernprinsippene*. Hentes fra:<https://www.datatilsynet.no/om-personvern/personvernprinsippene/>

Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *statbudsjett 2018 - kap. 740 helsedirektoratet - tildeling av bevilgning*. Hentet fra:<https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb-65664b63a9938b3273316033/statsbudsjettet-2018---kap.-740-helsedirektoratet---tildeling-av-bevilgning-1221507.pdf>

Diett.no. (2016). *Dette får du som medlem*. Hentet fra:<http://www.diett.no/index.php?page=hva-er-diett-no>

Difi. (2017). *Avklare behov og forberede konkurransen - konsulenttjenester*. Hentet fra:<https://www.anskaffelser.no/prosess/gjore-anskaffelser/hva-skal-du-kjope/konsulenttjenester/kjop-av-konsulenttjenester/avklare>

Direktoratet for e-helse. (2018). *helsenorge.no*. Hentet fra: <https://ehelse.no/e-resept-kjernejournal-og-helsenorgeno/helsenorgeno>

DOGA. (2018). *Mer midler til designdrevet innovasjon i 2018*. Hentet fra:<https://doga.no/Aktiviteter/dip/mer-midler-til-dip-i-2018/>

Edland, I. (2016). *Hva identifiserer foreldre som viktige aspekter i veiledning knyttet til sitt overvektige barn? En kvalitativ studie* (Masteroppgave). Universitetet i Stavanger. Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2430070/Edland_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Forskningsrådet. (2016). *Inntil 50 millioner for innovasjon i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene*. Hentet fra:<https://www.forskningsradet.no/no/Utlysning/HELSEVEL/1254019392444/p1173268235938?visAktive=true&proglid=1254009857953>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2003). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>

Forskrift om pasientjournal. (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

Følstad, A., Skjetne, J. H. (2008). *Brukeren- trert utvikling av offentlige elektroniske tjenester - en veileder for prosjektledere* (SINTEF A2137). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2387903/SINTEF+A2137.pdf?sequence=3>

Garmin. (2018). *Aktivitetmåler for barn*. Hentet fra: <https://buy.garmin.com/nb-NO/NO/p/544984>

Glooko. (2018). *Diasend is office data uploads - made easy*. Hentet fra: <https://diasend.com//no>

Golan, M. & Weizman, A. (2001). Familial approach to the treatment of childhood obesity: Conceptual model. *Journal of Nutrition Education*, 33(2), 102-107.

Golan, M., Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62(1), 39-50.

Gundersen, T. (2017). *Hva er en chatbot?* Hentet fra: <https://www.ge.no/geavisa/hva-er-en-chatbot>

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Hekkert, P., van Dijk, M. (2017). *Vision in Design: A Guidebook for Innovators*. Amsterdam: BIS.

Helse midt-Norge. (2017). *Utlysning av innovasjonsmidler 2017*. Hentet fra: <https://helse-midt.no/nyheter/2017/utlysning-av-innovasjonsmidler-2017>

Helse Midt-Norge. (2018a). *Om oss*. Hentet fra: <https://helse-midt.no/om-oss#om-helse-midt-norge-rhf>

Helse Midt-Norge. (2018b). *Regional nettverkskonferanse 2018*. Hentet fra: <https://kurs.helse-midt.no/Sider/Regional-nettverkskonferanse-2018.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonalt handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. (I-1177 B). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a-3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og*

unge. (IS-1734). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030* (IS-1990). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

Helsedirektoratet. (2013). *IsokMI - overvekt og fedme 2-18 år*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1736-isokMI-%20tabell-over-og-undervekt.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram* (IS-2557) Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>

Hixon, A. L., Chapman, R. W. & Nuovo, J. (1999). Failure to keep clinic appointments: Implications for residency education and productivity. *Family Medicine* 31, 627-630.

IDEO. (2015). *The Little book of Design Research Ethics*. Hentet fra: <https://lbodre.ideo.com/download/>

InnoMed. (2018). *Om InnoMed*. Hentet fra: <http://innomed.no/om-innomed>

Jørgensen, M. (2015). *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*. Universitetet i Oslo. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/9018344feae44c1f9a2a-114e768ebd1b/suksess_fiasko_offentlige_ikt-prosjekter.pdf

Kimbell, L. (2014). *The Service Innovation Handbook*. Amsterdam: BIS Publishers.

Konsulentfirma. (2009). *I Store Norske Leksikon*. Hentet 7.mai fra: <https://snl.no/konsulentfirma>

Kry. (2018). *Legetime på mobilen*. Hentet fra: <https://kry.no/>

Kåss, E. (2018). *Kronisk. I Store Medisinske*

Leksikon. Hentet 2.mai 2018 fra:<https://sml.snl.no/kronisk>

Martin, B., Hanington, B. (2012). *Universal Methods of Design*. Beverly: Rockport Publishers.

Mattilsynet & Helsedirektoratet. (2018). *Kostholdsplanleggeren*. Hentet fra:<http://www.matportalen.no/verktoy/kostholdsplanleggeren/#tabs-1-3-anchor>

Mattilsynet. (2017). *Om matportalen.no*. Hentet fra:http://www.matportalen.no/artikler/om_matportalenno

Medtronic. (2018). *Welcome to the new carelink system*. Hentet fra:<https://carelink.medtronic.com/>

Mindlab. (2018). *Mønstergenkendelse*. Hentet fra:<http://mind-lab.dk/da/mønstergenkendelse>

Nordbø, T. (2017). *Introduksjon til interaksjonsdesign*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norman, D. (2013). *The Design of Everyday Things*. Philadelphia: Basic Books.

Norsk Helseinformatikk. (2013). *Overvekt*. Hentet fra:<https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-hva-er-det/>

Onlinelege. (2018). *Send inn spørsmål*. Hentet fra:<https://www.onlinelege.no/send-inn-spoersmaal/>

Orbell, S., Verplanken, B. (2010). The automatic component of habit in health behavior: Habit as cue-contingent automaticity. *Health Psychology*, 29(4), 374-383.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polaine, A., Løvlie, L., Reason, B. (2013). *Service Design: From Insight to Implementation*. Rosenfeld Media: New York.

Prioriteringsforskriften. (2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>

Proschaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, Illinois: J. Irwin.

Rema 1000. (2018). *Æ*. Hentet fra:<https://www.rema.no/ae/>

SINTEF. (2018). *Om Sintef*. Hentet fra:<https://www.sintef.no/om-sintef/>

SSB. (2017). *Bruk av IKT i husholdningene*. Hentet fra:<https://www.ssb.no/ikthus>

St.Olavs Hospital. (2018). *Kostverktøyet*. Hentet fra:<http://www.kostverktoyet.no>

Svartdal, F. (2018). *Kognitiv psykologi*. Hentet fra:<https://snl.no/kognitiv-psykologi>

Svendsen, B. (2008). *Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn - en studie av de innledende samhandlingsprosessene (Doktoravhandling)*. Universitetet i Oslo.

Tveiten, S. (2007). Veiledning. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 173-191). Oslo: Akribe.

Ung.no. (2018). *Ung.no - oppslagsverk for deg som er ung*. Henter fra:https://www.ung.no/nettvett/3_Ung.no_-_oppslagsverket_for_deg_som_er_ung.html

Utdanningsdirektoratet. (2018). *Læreplan i mat og helse (MHE1-01)*. Hentet fra:<https://www.udir.no/klo6/MHE1-01/Hele/Formaal>

VG & Vektklubb. (2018) *Vektklubb*. Hentet fra:<https://www.vektklubb.no>

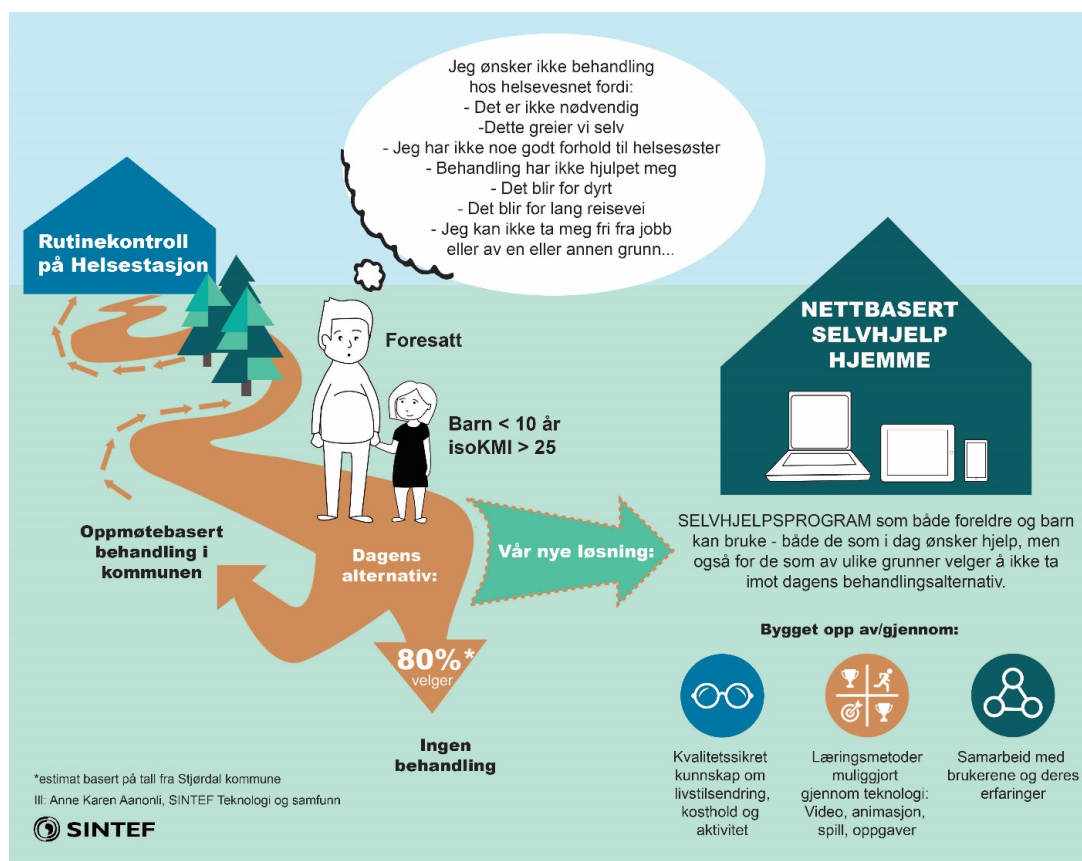
Ware, C. (2013). *Information Visualization - Perception for Design*. Waltham: Elsevier.

Øen, G. (2007). Views of content and responsibility of treating obese children in norwegian hospitals and communities : A multiple case study focused on perspectives and methods. *International Journal of Obesity*, 31(Supplement 1), 205.

Forslag til masteroppgave

Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn

Overvekt rammer stadig flere barn og i dag er mellom 13 – 17 % av åtteåringene overvektige. Overvekt fører med seg sosiale og følelsesmessige problemer hos barn, med økt risiko for drop-out i videregående skole. Behandling av overvekt hos barn har betydelig bedre effekt hvis hjelpen gis før 10-års alder. De fleste foreldre takker imidlertid nei til dagens oppmøtebaserte behandlingstilbud fra helsestasjonen. SINTEF, St.Olavs hospital og Ålesund har derfor startet et prosjekt som skal få flere til å takke ja til hjelp, samt gjøre behandlingen mer engasjerende og effektiv.



Figur 1 illustrasjon av utfordring og prosjekt

Målet med prosjektet er altså å utvikle første versjon av et nettbasert selvhjelpsverktøy, som fremmer egenmestring og ressursmobilisering hos de som i utgangspunktet takker nei til dagens oppmøtebaserte behandlingstilbud fra helsestasjonen.

Prosjektet vil innebefatte:

- Litteraturstudie
- Behovskartlegging
- Utvikling av en klikkbar prototyp

- Testing av prototyp i mindre skala
- Evaluering av prototyp og forslag til videre arbeid

Masteroppgaven kan begrenses og i større grad fokusere på deler av prosjektet om det er ønskelig.

Forslag til spørsmål kan være.:

- Hvordan liker barn å lære om mat og trening på internett?
- Hvordan liker voksne å lære om mat og trening på internett?
- Kan man lage et spill om mat, som barn synes er moro, men som de fortsatt lærer noe av?
- Hvordan bør brukergrensesnittet være for at både barn og voksne skal synes det er lett å bruke og at det oppleves engasjerende?
- Er det noen forskjell i hva helsepersonell ønsker at barn/foreldre skal vite og hva brukergruppen selv ønsker å vite?
- Hvordan må tjenesten på sykehuset og i kommunen endres for å tilrettelegge for et slikt verktøy?

Masteroppgaven vil foregå i tett samarbeid med SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse, som er et tverrfaglig miljø som jobber med forskning og innovasjon innenfor helse. Faggruppen masteroppgaven bli tilknyttet består blant annet av 8 designere, som jobber med både tjenester og produkt.



Anne Karen Aanonli
Postboks 4760 Sluppen
7465 TRONDHEIM

Vår dato: 01.02.2018

Vår ref: 58015 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 23.12.2017 for prosjektet:

58015	<i>Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn</i>
Behandlingsansvarlig	<i>SINTEF, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Karen Aanonli</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!



SAMARBEIDSSTUDIE

Dere har opplyst i meldeskjema at prosjektet er en nasjonal samarbeidsstudie hvor SINTEF er behandlingsansvarlig. Personvernombudet forutsetter at ansvaret for behandlingen er avklart mellom institusjonene, og anbefaler at dere inngår en avtale som omfatter ansvarsfordeling, hvem som initierer prosjektet, bruk av data, eventuelt eierskap.

FORMÅL

«Hensikten med prosjektet er å øke tilgjengeligheten av tidlig tiltak mot overvekt hos barn. Det vil gi barn lik tilgang til helsetjeneste på et tidspunkt med økt sannsynlighet for å lykkes med behandling. Dette vil oppnås gjennom utvikling av et nettbasert selvhjelpstilbud til familier med barn under 10 år med overvekt og/eller mild grad av fedme. Målet med prosjektet er derfor å utvikle første versjon av et selvhjelpsverktøy som fremmer egenmestring og ressursmobilisering hos de som i utgangspunktet takker nei til dagens oppmøtebaserte behandlingstilbud fra helsestasjonen.»

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av helsepersonell og foreldre/foresatte til barn med mild til moderat overvekt (isoBMI mellom 25 og 30).

Helsesøstre vil ta kontakt med familiene, da hun/han uansett skal kontakte disse i forbindelse med tilbud om oppfølgingssamtale til helseundersøkelsen. Deretter bes utvalget ta kontakt med prosjektgruppen, hvis de ønsker å delta i prosjektet.

DATAINNSAMLING

Det planlegges to faser i dette prosjektet:

- (1) innsiktsarbeid og behovskartlegging
- (2) brukskvalitetstesting av prototype

Data samles inn gjennom intervjuer, i grupper og individuelt, og via observasjon.

I intervju med foreldrene vil temaene være:

- Deres opplevelse med helsetjenesten i forbindelse med helseundersøkelsen
- Deres hverdag, familiesituasjon og lignende (for å se på hvordan et verktøy eventuelt kan passe inn)
- Deres tanker rundt et nettverktøy for familier som har et barn som er målt med isoBMI over 25

Intervjurunde nummer to vil fokusere på nettverktøyet forskerne tenker å utvikle. Foreldrene får prøve en prototype og gir tilbakemeldinger på denne.

Helsesøster og andre som er en del av helsetjenesten for barn med mild til moderat overvekt (f.eks. fastleger, ansatte på frisklivssentral) vil også intervjues og/eller være med på idegenereringsworkshop. Dette er for å høre hvordan et nettverktøy kan hjelpe dem til å yte en bedre tjeneste og hvordan man kan legge opp en tjeneste som fungerer godt for dem, samt hva de synes nettverktøyet bør inneholde.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget i all hovedsak er godt utformet, men vi ber om at følgende informasjon tilføyes skrevet:

- det må opplyses om kontaktopplysningene til ansvarlig for forskningsprosjektet, jf. epost mottatt 30.01.2018
- riktig dato for prosjektslutt og anonymisering av data (31.12.2018) må påføres skrevet
- det må opplyses om at forskere ved SINTEF, St. Olavs og Ålesund sykehus skal ha tilgang til data

Vi ber dere om å sende det reviderte informasjonsskrivet til personvernombudet@nsd.no Husk å oppgi prosjektnummer. Prosjektet kan deretter starte.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det vil behandles sensitive opplysninger om helseforhold.

Det behandles opplysninger om barnet. Det er foreldre som samtykker til å delta og de har samtykkekompetanse på vegne av barnet. Vi vurderer at barnet ikke skal informeres om prosjektet grunnet alder/helse.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at dere behandler alle data i tråd med SINTEF sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Prosjektslutt er oppgitt til 31.12.2018. Det fremgår av meldeskjema og informasjonsskriv at dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak
- slette eller sladde bilde- og videoopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

Intervjuguide skolehelsesøstre:

Semi-strukturert intervju:

Et semistrukturert intervju tar utgangspunkt i en intervjuguide med forberedte spørsmål, men intervjuer står fritt til å legge til eller trekke fra spørsmål (Introduksjons til interaksjonsdesign, Tone Nordbø, universitetsforlaget, 2017 s.81-85). Intervjuguiden oppfordres til å være fleksibel, og det er ikke gitt at den følges lineært.

Målet med intervjuet er å bedre forståelsen av interaksjonene mellom barn, deres familie og helsevesen, her representert ved helsesøster, samt skape en bredere forståelse av helsesøsters arbeidsoppgaver.

Varighet ca 1 time

Intervjuguide:

Introduksjon og bakgrunn

- Introduksjon av prosjektdeltakerne og prosjektet
- Gjennomgang av samtykkeskjema
- Forklare hendelsesforløpet og tidsomfang
- «Varm opp» med bakgrunnsspørsmål
 - jobb og stillingsbeskrivelse
 - hvor lenge de har jobbet
 - hvilken kommune
 - annen relevant erfaring

Hoveddel: skolehelsesøsters arbeidsdag

Spørsmål det ønskes svar på eller oppgaver som ønskes løst

- Tema 1: Opplevelse og erfaringer med eksisterende veiledningstjeneste
- Tema 2: Kartlegge tjenesten slik den er i dag
- Tema 3: Hvordan komme i kontakt med familiene

Drømmespørsmål

- Her kan deltakeren bli bedt om å beskrive en drømmeløsning eller drømmescenario uten å tenke på dagens begrensninger.

Avrundning

- Her kan deltaker få anledning til å tilføye ønskelig informasjon
- Understrek hva gjennomførelsen av intervjuet betyr
- Takk for tiden de har brukt

Forespørsel om deltakelse i et innovasjonsprosjekt

"Barn og overvekt – tjenesteinnovasjon for forebygging av fedme"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et innovasjonsprosjekt. Prosjektet er en masteroppgave skrevet på NTNU, institutt for design. oppgaven skal publiseres i slutten av juni 2018.

Formålet med prosjektet er å kartlegge eksisterende behandlingstilbud for barn under ti år med overvekt og identifisere mulige problemområder eller mangler for barn, foreldre, helsepersonell og eventuelt andre involverte. I dag er det flere familier som takker nei til eksisterende tilbud fra helsesøster, det er ønskelig å designe en løsning som kan øke andelen av som får behandling.

Intervjuere har taushetsplikt. Deltakelse er frivillig og det er mulig og trekke seg når som helst og underveis uten å begrunne dette noe nærmere. Det er ønskelig å ta lydopptak av deg under intervjuet, dette vil bli slettet etter tekstproduksjon. Dette er frivillig og ikke nødvendig for at du kan delta i prosjektet (se avkryssing nederst*).

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Agnes Floa, tf: [REDACTED] mail: amfloa@stud.ntnu.no

Ida Sienna Mortensen, tf: [REDACTED] mail: ismorten@stud.ntnu.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien:

(Signert av prosjektdeltaker / Dato)

*Jeg samtykker i at dere tar lydopptak av meg under dette prosjektet.

Sett kryss:

Ja : _____ Nei: _____

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

(Signert / masterstudent / Dato)

idévurdering

karakter gitt for mulighet til oppfyllelse

3: tilfredsstillende

2: ok

1: ikke tilfredsstillende

Krav	1	2	3
ønskelig å bruke for alle aktører (bruker, helsepersonell osv)	2	1	3
Aktører opplever eierskap til tjenesten.	3	1	2,5
kostnad -og tidseffektivt.	3	1,5	3
tilrettelegge og effektivisere oppfølging	3	1	3
følge lover og regler fra helsedepartementet	1,5	3	2
følge etiske retningslinjer	1,5	3	2
forbedring av kommunikasjonsflyt mellom aktører	3	1	1,5
avstigmatisere problematikken	2	3	2
enkel å implementere	1	1	2
gir goder til aktører på kort sikt	1	2	2,5
gir goder til aktører på lang sikt	3	2	3
redusere antall familier som takker nei til eksisterende tilbud	2	1	2
ressurssparende	3	2	3
individuell tilpasning pasient	2	0	3
opplyse folket	1	3	3
sum=	32	25,5	37,5



TRONDHEIM KOMMUNE

Barne- og familietjenesten, helsestasjon og skolehelsetjenesten

Invitasjon til veiing og måling i skolen

Helsedirektoratet anbefaler rutinemessig måling av høyde og vekt på 3. og 8. trinn.

Hensikten er:

- Tidlig avdekking av uheldig vekst og risiko for livsstilssykdommer
- Kartlegging av mulige årsakssammenhenger
- Iverksetting av målrettede tiltak i samarbeid med barn/ ungdom og foresatte

Måling og veiing er et frivillig tilbud. Det vil foregå på helsesøsters kontor, individuelt og helst i lett bukse/ t-skjorte.

..... dag/ 20

Helsesøster vil ta kontakt når det vurderes behov for samtale rundt barnets/ ungdommens høyde og vekt, jfr.:

”Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten” og

” Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge ”.

Gi beskjed dersom ditt barn ikke skal delta.

Med hilsen skolehelsetjenesten

Helsesøsterskole

Tlf..... E-post



TRONDHEIM KOMMUNE

Barne- og familietjenesten, helsestasjon og skolehelsetjenesten

Invitasjon til oppfølgingssamtale etter veiing og måling

Viser til tidligere brev om veiing og måling av elever på 3.- og 8. trinn i skolen. På bakgrunn av målingene av ditt/deres barn/ungdom inviterer vi til samtale:

.....dag/..... 20 kl.....

Det er opp til foresatte og barnet/ ungdommen å vurdere om dere ønsker å komme sammen eller om kun foresatte kommer.

Ta kontakt dersom du/dere har spørsmål vedrørende avtalen eller tidspunktet ikke passer.

Med hilsen skolehelsetjenesten

Helsesøsterskole

Tlf..... E-post.....

VEDLEGG 7 - SPØRREUNDERSØKELSE

Spørsmål:	Svar:
1. Kjønn	28
kvinne	24
mann	4
2. Hva er din sivilstatus?	28
Gift	18
Samboer	8
Enslig	2
3. Hvilken utdanning har du?	28
Ungdomsskole	0
Videregående skole	7
Høyere utdanning 1-4 år	10
Høyere utdanning mer enn 4 år	11
4. Hvor høy inntekt har husholdningen totalt?	28
0 - 250 000 kroner	0
251 000 - 500 000 kroner	3
501 000 - 800 000 kroner	9
Over 800 000 kroner	16
5. Hvor mange barn har du?	28
0	0
1	2
2	12
3	12
4	2
6. Barnets/barnas alder	28
0-3 år	6
4-6 år	8

7-10 år	19
Over 10 år	18
6. Barnets/barnas alder	28
0-3 år	6
4-6 år	8
7-10 år	19
Over 10 år	18
7. Ta stilling til disse påstandene:	
Barnet mitt er overvektig	
Enig	2
Barnet mitt er overvektig	0
Nøytral/Vet ikke	1
Barnet mitt er overvektig	0
Uenig	25
Jeg eller andre voksne i min husholdning er overvektig (overvekt er KMI (BMI) over 25)	
Enig	10
Litt enig	1
Nøytral/Vet ikke	1
Litt uenig	1
Uenig	15
Jeg snakker med barnet mitt om overvekt	
Enig	6
Jeg snakker med barnet mitt om overvekt	3
Nøytral/Vet ikke	7
Jeg snakker med barnet mitt om overvekt	1
Uenig	11
10. Har dere blitt tilbudt veiledning vedrørende barnets vekt?	28

Ja	2
Nei	24
Vet ikke	2
10b. Har dere takket ja til tilbudet om veiledning vedrørende barnets vekt?	2
Ja	1
Nei	1
Vet ikke	0
10c. Hva er hovedårsaken til at du takket nei til tilbudet om veiledning vedrørende barnets vekt?	1
skriv tekst:	<i>"Ikke nødvendig ,helsesøster mente de var for tynne, men de var arvelig belasta"</i>
10d. Er noen av disse alternativene årsak til at du har takket nei til tilbudet om veiledning vedrørende barnets vekt?	1
Jeg ser ikke nytteverdien av veiledningen	1
10e. Hvor lenge har du fått veiledning vedrørende barnets vekt?	1
1-3 måneder	1
11. Hvilken effekt har veiledningen fått for dere?	1
Nøytral/Vet ikke	1
12. Hvor fornøyd er familien med tilbudet?	1
Meget fornøyd	1
13. Hva kan gjøre tilbudet fra skolehelsetjenesten bedre for deg og din familie? skriv tekst:	14
	<i>"For oss fungerer det bra, det viktigste er at barna føler at helsetjenesten er tilgjengelig. vi er opptatt av kosthold og aktivitet, men ikke overfokus på dette. Alt med måte." "Ha mindre fokus på vekt og mer på trivsel"</i>
	<i>"Man bør ha møte med helsesøster 1 gang pr år så lista blir litt lavere for å ta opp ting"</i>
	<i>"Snakk tidlig om at vanlig mat er helt Ok. Det er sukker og gotterier utenom lørdagsgodt som gjør at vi legger på oss."</i>

<i>"Man kan oftere informere om trefftider dvs når skolehelsetjenesten er på skolen. Hvordan man kan få kontakt med dem utenom de dagene de er på skolen. Samt at informasjonen kunne inneholdt informasjon om hva de kan være behjelpelig med"</i>	
<i>"Vet ikke"</i>	
<i>"Videre oppfølging"</i>	
<i>"Bedre opplyst og mindre fokus på vekt men aktivitet. Barn blir påvirket av samfunn så viktig å føle seg trygg i hverdagen"</i>	
<i>"Helsekontroller ala slikt det er når de et yngre, hvor foreldre evt kan delta der det er nødvendig."</i>	
<i>"Mer tilbakemelding til foreldrene uavhengig funn"</i>	
<i>"Årlige kontroller frem til skolealder. Oppfølging på problemer tatt opp ved kontroller."</i>	
<i>"Mer info om hva skolehelsetjenesten faktisk gjør"</i>	
<i>"Lære barn og kosthold og trening"</i>	
14. Hvordan synes du det er å kontakte skolehelsesøster?	28
Veldig enkelt	14
enkelt	3
Nøytral/Vet ikke	9
Veldig vanskelig	2
15. Hva er årsaken til ditt synspunkt om å kontakte skolehelsesøster? Skriv tekst:	15
<i>"Er jo bare å ta en telefon til helsestasjonen."</i>	
<i>"objektiv; hun virker svært tilgjengelig, er levende opptatt av å være helsesøster, lav terskel for å prate med barna. barna snakker (ikke bare mine) svært positivt om helsesøster. Subjektivt; hun er en nær venninne."</i>	
<i>"Hun har en gang meldt oss til barnevernet mot skolens vilje."</i>	
<i>"Kanskje helsesøster når bedre fram med kostholdsveiledning"</i>	
<i>"Har som foresatt ikke hatt behov for det"</i>	
<i>"Føler ikke det har vært behov enda."</i>	
<i>"Har ikke tatt i bruk skolehelsetjeneste enda"</i>	
<i>"Skjønner ikke spørsmålet"</i>	

<i>"Lett tilgjengelig"</i>	
<i>"Dårlig informasjon om kontaktinfo, samt lite tilstede og derfor vanskelig å få kontakt med."</i>	
<i>"Godt involvert i helsesøster gjennom oppfølging fra barsel til skolealder"</i>	
<i>"Det er aldri ett problem å få en time, men ofte lang ventetid."</i>	
<i>"Lett tilgjengelig på skolen"</i>	
<i>"Har ikke hatt behov for å kontakte helsesøster. Vet ikke hvor jeg finner telefonnr."</i>	
<i>"Kjenner godt til helsesøster"</i>	
16. Hvordan kom dere i kontakt med skolehelsesøster? Skriv tekst:	16
Skolehelsesøster ringte meg	1
Jeg ringte skolehelsesøster	2
Jeg fikk brev om oppmøte	5
Muntlig samtale ansikt-til-ansikt	4
Vi har ikke vært i kontakt	12
Annet:	4
<i>"vi har ikkje vært i kontakt pga av noe sak på skolen"</i>	
<i>"Barnet får innkalling per brev gjennom skolen"</i>	
<i>"Lærer satte oss i kontakt"</i>	
<i>"Vi fikk brev ang. Veiing og målingen som var gjort"</i>	
17. Kan du tenke deg å kontakte ditt helsepersonell online?	28
Ja	22
Nei	6
18. Ta stilling til følgende påstander:	28
Jeg synes det er lett å snakke med skolehelsesøster om barnets helse	
Enig	19
Jeg synes det er lett å snakke med skolehelsesøster om barnets helse	1
Nøytral/Vet ikke	6

Jeg synes det er lett å snakke med skolehelsesøster om barnets helse	0
Uenig	2
Det er enklere å snakke om barnets helse online	
Enig	5
Det er enklere å snakke om barnets helse online	2
Nøytral/Vet ikke	13
Det er enklere å snakke om barnets helse online	1
Uenig	7
Jeg er villig til å dele informasjon om mitt barn med barnets skolehelsesøster eller fastlege på nett	
Enig	11
Jeg er villig til å dele informasjon om mitt barn med barnets skolehelsesøster eller fastlege på nett	3
Nøytral/Vet ikke	9
Jeg er villig til å dele informasjon om mitt barn med barnets skolehelsesøster eller fastlege på nett	0
Uenig	5
Jeg har god oversikt over hvilke helsetjenester jeg og min familie har krav på	
Enig	11
Jeg har god oversikt over hvilke helsetjenester jeg og min familie har krav på	2
Nøytral/Vet ikke	12
Jeg har god oversikt over hvilke helsetjenester jeg og min familie har krav på	1
Uenig	2
19. Visste du at familien kan bytte veileder fra skolehelsesøster til din fastlege?	28

Ja	6
Nei	22
20. Kunne du tenkt deg å bruke en nettside for veiledning og oppfølging?	28
Ja	20
Nei	8
20a. Hvilke tilbud kunne du tenkt deg i en slik nettside? Skriv tekst:	20
<i>"En «fast» personlig veileder, som kan veilede i det jeg lurar på."</i>	
<i>"Chat"</i>	
<i>"Vet ikke"</i>	
<i>"hovedsakelig informasjon som er lett tilgjengelig ved behov"</i>	
<i>"Få svar på det man lurar på når det gjelder barnets helse. Både psykisk og fysisk"</i>	
<i>"Vet ikke. Men jeg ville gjerne hatt muligheten for å ha det tilbudet"</i>	
<i>"Tips og råd"</i>	
<i>"Alle"</i>	
<i>"Nettside med oversikt over vaksiner barnet har fått og hvor man kan legge inn evt. Allergier. Samt hvor man kan kontakte helsesøster."</i>	
<i>"Felles side som inkluderer alle helseopplysninger, det kan være resepter og journal"</i>	
<i>"Veiledning på atopisk eksem , allergi og gjentatte luftveisinfeksjoner. Resepter på feks kremer og allergimedisin. Som atopiker må en gjerne prøve flere typer behandling før en finner en som virker. Dette er dyrt uten resept"</i>	
<i>"Info om mat og aktivitet til barn."</i>	
<i>"Svar på enkle spørsmål og veiledning"</i>	
<i>"Generell info. Online chat"</i>	
<i>"Usikker"</i>	
<i>"Har ikke tenkt på det"</i>	
20b. Hvilke av disse funksjonene kunne du tenke deg å benytte på en slik nettside?	28
Å bytte helsepersonell	12

Bestille time hos helsepersonell	20
Oversikt og påminning om timeavtaler hos helsepersonell	15
Kostplan tilpasset familien	6
Økonomiske tips tilpasset familien	4
Oversikt over progresjon og fremtidige mål	5
Oversikt over helsetilbud familien har krav på	17
Oversikt over aktiviteter i nærområdet	8
Oversikt over familiens rutiner	3
Chatte med helsepersonell	10
Ingen	0
Annet	1
Skriv tekst:	<i>"Likte alle forslagene her"</i>
21. Bruker du eller andre i din familie kostverktøyet.no?	28
Ja	1
Nei	17
Vet ikke hva det er	10
21a. Hva bruker du/dere Kostverktøyet.no til? Skriv tekst	1
<i>"Vektnedgang hos mor , tips og råd angående ernæring"</i>	
22. Er det noe du synes skolehelsetjenesten mangler?	28
Ja	8
Nei	20
22b. Hva mangler i skolehelsetjenesten?	7
<i>"Mer om barnas psykososial helse"</i>	
<i>"Tettere samarbeid med de som kobber med barbet og familien i det daglige.Helsesøstrene kjører sitt eget løp. De trenger relasjon til barnet for å kunne gjøre</i>	

en bedre jobb.”
“Når man ringer og er bekymret for barnets psykiske helse, at ikke helsøster kan kalle eleven inn til samtale. Nå er det slik at det er frivillig å gå inn døra og snakke om sine problemer med helsesøster”
“Tid”
“Fokus på trivsel i egen kropp og mer psykiatri”
“Bedre informasjon”
“Oppfølging etter kontroller der det er satt igang tiltak. Tilbud til ungdom.”