

Oda Eline Ulsund

Erfaringer fra helsepersonell med sekundæroppfølging for barn og unge med ADHD, overvekt og fedme i primær- og sekundærhelsetjenesten - en kvalitativ studie

Masteroppgave i klinisk helsevitenskap fedme og helse

Veileder: Tanja Plasil

Juni 2021

Oda Eline Ulsund

Erfaringer fra helsepersonell med sekundæroppfølging for barn og unge med ADHD, overvekt og fedme i primær- og sekundærhelsetjenesten - en kvalitativ studie

Masteroppgave i klinisk helsevitenskap fedme og helse
Veileder: Tanja Plasil
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Studien er en del av pilotprosjektet *ADHD og overvekt: oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten for personer med ADHD som har overvekt eller fedme*. Prosjektet har som hovedmål å innhente kunnskap om oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten for barn og voksne som har overvekt, fedme og Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Det overordnede målet for både masterprosjektet og pilotprosjektet er å øke forståelse av hvilke utfordringer og erfaringer helsepersonell har ved sekundærforebygging av både barn og voksne med ADHD og deres familier. Og etter hvert utvikle tiltak som bidrar til kompetanseheving og oppfølging for denne gruppen.

Formål: Masterprosjektet har til hensikt å få innsikt i helsepersonell ansatt ved frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk sine erfaringer i oppfølging av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme og deres familier. Forskningsspørsmålet for studien er *hva er helsepersonell som jobber i frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk i Trøndelag sine erfaringer med sekundærforebygging av barn og unge med ADHD?*

Metode: For å besvare forskningsspørsmålet ble det gjennomført semistrukturerte intervju fra fire informanter i primærhelsetjenesten og et fokusgruppeintervju på tre informanter fra spesialisthelsetjenesten. Transkriberte intervju gjennomført av totalt syv informanter ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Analyse av datamaterialet identifiserte fire hovedfunn 1) Mangel på kunnskap og erfaring med ADHD hos helsepersonell. 2) Helsepersonell sitt fokus i oppfølgingen var på overvekt eller fedme fremfor ADHD. 3) Det er behov for fordeling av roller og ansvar av oppfølging av ADHD hos helsetjenestene. 4) Det er potensial for forbedring og nødvendig å finne verktøy for oppfølging av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme.

Konklusjon: Studien viser at helsepersonell sine erfaringer er at ADHD bør inkluderes i større grad i oppfølging av overvekt og fedme hos barn og unge. Helsepersonell sine erfaringer indikerer behov for økt kunnskap om diagnosen og verktøy for å gi en helhetlig oppfølging hos barn og unge. Samarbeid med andre tjenester anses som viktig for å lykkes i oppfølgingen.

Relevans: Denne studien vil bidra med innsikt i ADHD som en faktor som har betydning for oppfølging av overvekt og fedme hos helsepersonell som møter barn og unge.

Nøkkelord: ADHD, barn, unge, overvekt og fedme

ABSTRACT

This master project is part of a wider pilot project called: *ADHD and overweight: follow-up, guidance, and treatment in health services for people with ADHD and overweight or obesity*. The primary goal of this master project was to collect data and to gain insights into the follow-up, guidance, and treatment in health services for children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and overweight or obesity. The focus was on the challenges and experiences of health professionals with both prevention and treatment of overweight or obesity among children and adolescents with ADHD (and including their families in the process).

Purpose: The central research question of the thesis is: *What are the experiences of health professionals working in health care centres, obesity clinics and municipalities with a healthy life program with children and adolescents with ADHD?*

Method: In order to find more about the topic, four semi- structured interviews were conducted with health professionals working in either health care centres or in municipalities with healthy life program. Furthermore, data from a focus group interview with three staff members from the obesity clinic at St. Olav Hospital was included. The interviews were recorded, transcribed and analysed using systematic text condensation.

Results: Four main findings emerged from the data material 1) There is a lack of knowledge among health professionals when it comes to children and adolescents with ADHD and overweight or obesity. 2) Health professional's focus was on overweight and obesity rather than ADHD which led to challenges during prevention, treatment, and follow-up of patients with ADHD. 3) There needs to be a clear division of roles and responsibilities within the different (health) services working with these children and adolescents 4) There is a potential for improvement and a necessity to create tools for the treatment of children and adolescents with ADHD and overweight or obesity.

Conclusion: According to the experiences from health professional, working with children and adolescents with overweight or obesity and ADHD, there should be a greater focus on ADHD and its impact on prevention, treatment, and follow-up among these patients. Furthermore, health professionals are in need for more knowledge and tools in order to adequately treat and support these children and adolescents and their families. Collaboration between different professionals is also crucial for successful prevention and treatment of overweight and obesity among people with ADHD.

Relevance: This study will give insight for health professionals working with children and adolescents with overweight or obesity and attention deficit hyperactivity disorder. ADHD should be seen as a contributor and factor that affects the follow-up.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder, children, adolescents, overweight and obesity

FORORD

Det har vært en lærerik prosess å fullføre to år med master i klinisk helsevitenskap ved NTNU. Ikke minst har det vært spennende å få muligheten til å tilegne seg kunnskap innen et felt som fedme og helse. Både studiet og masteroppgaven har bidratt til at jeg har blitt bedre kjent med meg selv og utviklet min faglige kunnskap innen overvekt og fedme. I tillegg har jeg fått muligheten til å delta i pilotprosjektet som denne masteroppgaven er en del av. Det har bidratt til at jeg har lært mye om ADHD. Det har også gitt større forståelse og innsikt i betydningen av å kartlegge dette hos barn og unge med overvekt eller fedme.

Det har vært utfordrende å holde fokus og motivasjon på topp i arbeidet med masteroppgaven. Covid-19 pandemien i Norge har påvirket det siste året og ført til at jeg har måtte tatt forhåndsregler i datainnsamling, mindre mulighet for å møte studievenner til avbrekk og diskusjon underveis i masterarbeidet. En beskrivende metafor av prosessen med masteroppgaven er en berg- og -dal-bane. Det har vært svingninger i motivasjon, humør og topper med lykke og latter. Jeg vil takke min veileder Tanja Plasil for veiledning, gode refleksjoner og hjelp i arbeid med masteroppgaven.

Jeg vil også takke min samboer, Kristoffer for motiverende samtaler og avbrekk med fotballmetaforer, oppmuntrende ord, og støtte underveis i arbeidet. Og til slutt en takk til familie og venner for avbrekk i frisk luft og korrekturlesing.

Trondheim, juni 2021

Oda Eline Ulsund

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	I
ABSTRACT	III
FORORD.....	V
1 INNLEDNING	1
2 BAKGRUNN.....	5
2.1 ADHD / ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.....	5
2.1.1 UTREDNING, OPPFØLGING OG BEHANDLINGSFORLØP ADHD ...	6
2.2 OVERVEKT OG FEDME OG FORKLARINGER PÅ UTVIKLING.....	7
2.2.1 OPPFØLGING OVERVEKT OG FEDME HOS BARN OG UNGE.....	10
2.3 FRISKLIVSSENTRALER I NORGE.....	13
2.4 INNVIRKNING AV ADHD PÅ OVERVEKT OG FEDME.....	15
3 TEORETISK FORANKRING.....	19
3.1 FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	23
4 METODE.....	25
4.1 STUDIEDESIGN.....	25
4.2 UTVALG.....	26
4.3 REKRUTTERING.....	26
4.4 DATAINNSAMLING.....	28
4.5 ANALYSE.....	30
4.5.1 HELHETSINNTRYKK AV DATAMATERIALET OG FORELØPIGE	
TEMAER.....	31
4.5.2 FRA FORELØPIGE TEMA TIL KODEGRUPPER MED	
MENINGSBÆRENDE ENHETER.....	32
4.5.3 KONDENSERING- SORTERING AV KODEGRUPPER OG	
KONDENSAT.....	32
4.5.4 SAMMENFATNING AV BESKRIVELSER, BEGREPER OG	
RESULTATER TIL ANALYTISK TEKST.....	32
4.6 ETIKK.....	33
5 RESULTATER.....	35

5.1	HELSEPERSONELL SIN KUNNSKAP OG ERFARING MED ADHD	35
5.2	SEKUNDÆROPPFØLGING AV BARN OG UNGE MED ADHD- FOKUS PÅ OVERVEKT OG FEDME FØRST OG FREMST	37
5.2.1	KARTLEGGING AV BARN OG UNGDOM OG DERES FAMILIER .	38
5.2.2	UTFORDRINGER MED ADHD I OPPFØLGINGEN.....	39
5.2.3	FAMILIEBASERT TILNÆRMING.....	40
5.3	SAMARBEID OG SAMHANDLING OM ADHD	41
5.3.1	ANSVAR FOR OPPFØLGING AV ADHD.....	42
5.4	FORBEDRINGSPOTENSIAL OG VERKTØY I OPPFØLGING AV ADHD 43	
6	METODEDISKUSJON	45
6.1	METODEVALG	45
6.2	FORFORSTÅELSE OG BAKGRUNN HOS FORSKER	47
6.3	UTVALG OG REKRUTTERING	48
6.4	DATAINNSAMLING.....	50
6.5	ANALYSE OG TOLKNING.....	53
7	RESULTATDISKUSJON.....	55
7.1	KUNNSKAPSGRUNNLAG OG KOMPETANSE INNEN ADHD.....	55
7.2	SEKUNDÆROPPFØLGING FOR BARN OG UNGE-FOKUS PÅ OVERVEKT OG FEDME.....	57
7.3	KARTLEGGING AV ADHD I OPPFØLGINGEN.....	58
7.4	FAMILIEBASERT TILNÆRMING	60
7.5	SAMHANDLING, SAMARBEID OG KOORDINERING AV ADHD	61
7.6	BEHOVET FOR KUNNSKAPSHEVING OG VERKTØY I OPPFØLGING AV ADHD	63
8	KONKLUSJON.....	65
9	LITTERATURLISTE.....	67
10	VEDLEGG	79
10.1	VEDLEGG 1: GODKJENNELSE AV PILOTPROSJEKT NSD.....	79
10.2	VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA	83

10.3	VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE UREVIDERT UTGAVE INFORMANTER VED FRISKLIVSSENTRAL OG KOMMUNER MED FRISKLIVSTILBUD	87
10.4	VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE REVIDERT UTGAVE INFORMANTER VED FRISKLIVSSENTRAL OG KOMMUNER MED FRISKLIVSTILBUD.....	91
10.5	VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE INFORMANTER FEDMEPOLIKLINIKK	95
10.6	VEDLEGG 6: FIGUR 1 BIOPSYKOSOSIAL MODELL HENTET FRA ENGEL (1981)	99

1 INNLEDNING

Denne masteroppgaven er en del av et pilotprosjekt som ble foreslått av Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes og narkolepsi (RFM) og Regional senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe). Ansatte i helsetjenesten har uttrykt utfordringer med oppfølging og behandling hos denne gruppen. Prosjektet har til hensikt å få økt kunnskap om oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten av voksne, barn og deres familier med diagnosen Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), og som i tillegg har overvekt eller fedme. Prosjektet som denne studien er en del av ble startet opp med utgangspunkt i etterspørsel på kompetanse og mangel på kunnskap i håndtering og oppfølging av overvekt, fedme og ADHD fra fagpersoner innen fagmiljøet. Datamaterialet som ble samlet inn i studien kan bære preg av en generell undersøkelse av helsepersonell sine erfaringer fremfor å gå enda mer i dybden på oppfølging. Studien er også en viktig bidragsyter for videre forskning som kan føre til bedre forebygging og oppfølging av personer med overvekt eller fedme og ADHD. Studien presenterer en innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har i møte med denne pasientgruppen og hva de anser som viktige momenter i oppfølgingen samt hva deres meninger er om forbedringer. Studien kan bidra til ytterligere forskning og utvikling av sekundærforebyggende oppfølging for barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme både i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Pilotprosjektet består av fem delmål hvor det første målet skal kartlegge forekomst av ADHD hos barn og deres familie som mottar oppfølging og behandling i helsetjenesten i Trøndelag. Ved andre mål skal det kartlegges forekomst, helsesituasjon, komplikasjoner og en kostnadsanalyse hos personer med ADHD som har gjennomført fedmeoperasjon i Norge. Det tredje målet innebærer en intervjustudie av helsepersonell på fedmepoliklinikk om erfaring ved behandling av barn og unge samt voksne med ADHD. Det fjerde målet innebærer en intervjustudie av helsepersonell ved frisklivssentraler og kommuner med frisklivstilbud for å få innsikt i utfordringsbildet for oppfølging av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme med deres familier. Det femte målet er en intervjustudie av voksne diagnostisert med ADHD og fedme for å få innsikt i deres erfaringer med konservativ og kirurgisk behandling.

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i det fjerde målet som er en intervjustudie av helsepersonell ved frisklivssentral eller kommune med frisklivstilbud sine erfaringer med

oppfølging av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme med deres familie. I tillegg inkluderes intervjustudie av helsepersonell ved fedmepoliklinikk sine erfaringer med behandling av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme. Som student ved en masterutdanning i klinisk helsevitenskap innen fedme og helse og min tidligere bakgrunn som fysioterapeut, ble jeg nysgjerrig på diagnosen ADHD kobling til overvekt og fedme. I tillegg så jeg på det å få innsikt i helsepersonell sin erfaring i oppfølging av denne gruppen som spennende og nyttig for meg som fagperson ved fremtidig arbeid innen feltet. Jeg anser temaet i masterprosjektet som et felt det er viktig å sette søkelys på.

Forskning viser at overvekt og fedme hos barn og unge er økende. Tall hentet fra Folkehelseinstituttet (2014a) viste at 14.5 % av gutter og 17.9 % av jenter i alderen åtte til ni år hadde overvekt eller fedme. Hos ungdom viste undersøkelser en økning av overvekt og fedme, hvor gutter har hatt en økning fra 16 til 23% fra 2017 til 2019. Hos jenter har overvekt og fedme økt fra 16 til 24 % fra 2017 til 2019 (Sund, 2019). Hos barn og unge med ADHD viser tall fra 2016 at hos barn hadde 3.2% gutter og 1.2 % jenter ADHD og hos ungdom hadde 5.7% gutter og 2.4% jenter ADHD (Folkehelseinstituttet, 2016). Innen feltet overvekt, fedme og ADHD har forskningen vist at det er en assosiasjon mellom diagnosene (Cortese mfl., 2016). Arv, genetikk, regulering av emosjoner og spiseatferd kan forklare koblingen mellom ADHD og overvekt eller fedme. I tillegg trekkes det frem at det trengs fortsatt mer forskningen for å kunne forklare underliggende nevrologiske forklaringer på fedme hos barn med ADHD (Turan mfl.,2021). I dag følges barn og unge med overvekt eller fedme opp ved helsestasjon eller skolehelsetjenesten av helsesykepleier og fastlege. I kommuner kan det også opprettes frisklivstilbud eller frisklivssentral for å følge opp barn og unge med overvekt og fedme. I tilfeller hvor barn og unge står i fare for å utvikle fedme eller har en overvekt med risikotilstander kan de henvises til en fedmepoliklinikk i spesialisthelsetjenesten for oppfølging. Barn og unge med en symptomer på ADHD blir henvist av fastlege til utredning og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Ved søk i litteraturen viser det lite forskning på feltet som har undersøkt hvilken sekundæroppfølging barn og unge med ADHD mottar i Norge og hvilke erfaringer helsepersonell har i møte med gruppen. Innenfor overvekt og fedme hos barn og unge har det tidligere blitt gjennomført et prosjekt i Norge for å øke kompetansen innen forebygging og

behandling hos denne gruppen. Ved ett av prosjektene, «Fra kunnskap til handling – Overvekt og fedme hos barn og unge», var målet å øke kompetansen hos helsepersonell. Prosjektet viste at 81.1 % av helsepersonell som deltok, oppga mestring ved utredning og behandling av barn og unge med overvekt og fedme (Lekhal & Mathisen, 2020, s.7). Ved litteratursøk ble det ikke funnet forskning som er gjort på hvilke erfaringer helsepersonell har ved sekundærforebygging av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme og deres familier. Det vil være av betydning å utforske hvilke erfaringer helsepersonell har i møte med denne gruppen for å vurdere hvilke utfordringer og behov som trengs for utvikling av kompetanse og tiltak.

Etter denne introduksjonen vil det i neste kapittel bli presentert bakgrunnsinformasjon med oppsummering av forskning innen forskningsfeltet ADHD, overvekt og fedme. Videre vil formål, forskningsspørsmål og den teoretiske forankringen som ligger til grunn i masterprosjektet forklares. Fulgt videre av metodekapittel hvor datamaterialet ble hentet inn og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Funn ved analyse blir videre forklart i resultatkapittel. Metode og resultat i masterprosjektet blir diskutert i egne kapitler og en biopsykososial modell ligger til grunn i resultatkapittel. Til slutt oppsummeres funn og betydningen av studien opp mot forskningsspørsmålet i en konklusjon.

2 BAKGRUNN

I dette kapittelet blir hva som kjennetegner ADHD, overvekt og fedme presentert. Årsaker til utvikling av diagnosene og hvilken utredning samt oppfølging som gis til barn og unge blir beskrevet. Kapittelet vil også gi en innsikt i frisklivssentralen sin rolle og betydning for sekundæroppfølging av barn og unge med ADHD og deres familier med en familiebasert tilnærming. Avslutningsvis blir forskning i feltet gjennomgått.

2.1 ADHD / ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

I dagens samfunn beskrives ADHD som utfordringer knyttet til konsentrasjon, hyperaktivitet og impulsivitet. Forkortelsen står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. På norsk er den også kjent som hyperkinetisk forstyrrelse (Hannås, 2019). Tall fra Norsk pasientregister (NPR) i 2016 viste at blant barn som var i alderen 6-12 år, hadde 3.2 % gutter og 1.2 % jenter ADHD. Hos ungdom i alderen 13-17 år hadde 5.7 % gutter og 2.4 % jenter ADHD. Tallene viser at ADHD er hyppigere hos gutter enn jenter. Gutter kan ha mer synlige symptomer slik som impulsivitet og hyperaktivitet og det kan være årsak til hyppigere diagnostisering hos gutter (Folkehelseinstituttet, 2016). I Norge benyttes klassifikasjonssystemet ICD-10 for å sette diagnosen (Hannås, 2019). Ifølge diagnosesystemet deles ADHD inn i fire undergrupper: forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet, hyperkinetisk atferdsforstyrrelse, andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser og uspesifisert hyperkinetisk forstyrrelse (Verdens helseorganisasjon, 2019). Diagnosen ADHD har sitt opphav fra det amerikanske diagnosesystemet DSM¹ (Hannås, 2019). Personer som har utfordringer med konsentrasjonen, har lett for å bli distraheret eller redusert evne til å gjennomføre aktiviteter med flere oppgaver på en gang. Hyperaktivitet kan komme til syne ved for eksempel en ytre uro slik som utfordringer med å sitte i ro under barneår. Under ungdom- og voksenalder kan uroen utvikle seg til å bli en indre uro som fører til rastløshet. Impulsiviteten kan vise seg ved samtaler med andre personer, og i slike tilfeller fører impulsiviteten til at personer gjør valg og ytringer før de har tenkt seg om (Folkehelseinstituttet, 2016, s. 10). For å få påvist ADHD må man ifølge ICD-10², ha start av symptomer på diagnosen i tidlig alder og i løpet av de fem første årene i

¹ Malt (2020), DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

<https://sml.snl.no/DSM-systemet>

² ICD – 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599550>

barnets liv utvikles symptomer på diagnosen. Personer med ADHD kan også i tillegg ha kognitive forstyrrelser samt motoriske og språklige utviklingsforstyrrelser (Verdens helseorganisasjon, 2019). Ved utredning av ADHD viser det seg at barn og unge kan ha hatt symptomer som først har blitt synlige etter hvert ved skolestart eller sent i barnealder (Helsedirektoratet,2016). Dette viser seg også, som nevnt ved tidligere tall på andelen med ADHD, hvor diagnosen hyppigere blir sett hos ungdom sammenlignet med barn.

ADHD har i løpet av årene blitt mye forsket på, både for å finne årsakssammenhenger og risikoer for hva som påvirker utviklingen av ADHD. Det er fortsatt usikkerhet rundt hvilke årsaker som fører til utvikling av ADHD. Litteratursøk innen forskning gjort på ADHD viser at genetikk, arv og miljø påvirker til utvikling av ADHD hos barn og unge. En litteraturstudie gjort av Thapar mfl. (2012) viste til at risikofaktorer alene ikke forklarer ADHD. Den samlede påvirkningen fra både arvelige faktorer og andre faktorer forklares som mulig påvirkning til ADHD. Videre nevnes det at forskning innen arv og genetikk viser at ADHD kan ha en viktig overlapp med andre nevrou utviklingsforstyrrelser slik som austimespekterforstyrrelser. De mest kjente risikofaktorene for å utvikle ADHD er å ha slektning med ADHD, enkelte genvarianter, opplevelser fra tidlig barndom, forhold før og etter svangerskap samt for tidlig født eller lav fødselsvekt. Eksempel på forhold før eller etter svangerskap kan være inntak av metall og mineraler, hvor det under svangerskap har vist å øke risikoen for utvikling av blant annet ADHD hos barn (Skogheim mfl.2021). Inntak av jern under svangerskap har også vist å være assosiert med symptomer på ADHD hos barn i 8 års alder (Abel mfl. 2017). For tidlig fødsel har vist seg å være assosiert med høyere nivå av symptomer på ADHD hos barn i barneskolealder og symptomet uoppmerksomhet er mest fremtredende (Ask, 2018). Videre vil utredning og oppfølging av ADHD presenteres.

2.1.1 UTREDNING, OPPFØLGING OG BEHANDLINGSFORLØP ADHD

Ifølge nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av ADHD kan foreldre, etter råd fra helsepersonell i helsestasjon eller skolehelsetjeneste, ta kontakt med fastlege for en vurdering ved mistanke om symptomer på ADHD hos barn og unge som går i barnehage eller skole. I tilfeller hvor fastlege mistenker ADHD henvises de videre for utredning ved spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten legges det vekt på individuell utredning og behandling ut fra alvorlighetsgrad av symptomer, tilleggslidelser- og plager. Tiltak i

behandlingen av ADHD kan være kunnskap om ADHD hvor barn og unge, foreldre, søsken, personell i barnehage og skole kan delta. Tiltak i oppfølgingen kan også rettes mot foreldre ved å tilby tiltak som gir foreldrene metoder for å følge opp ADHD hos sitt barn eller ungdom. Eksempler på slike tiltak kan være *De Utrolige Årene* eller *Parent Management Training*. Andre tiltak kan også være medikamentbehandling eller kognitiv atferdsterapi. Denne oppfølgingen skjer hos fastlege og spesialisthelsetjenesten. Samarbeid mellom involverte faggrupper og instanser som følger opp barnet eller ungdommen med ADHD vektlegges. Samarbeidet har til hensikt å utarbeide individuell plan og koordinere oppfølging og tiltak (Helsedirektoratet,2016).

2.2 OVERVEKT OG FEDME OG FORKLARINGER PÅ UTVIKLING

Overvekt og fedme oppstår når en unormal fettansamling eller overskuddsenergi lagres i kroppens fettceller som bidrar til å påvirke helse (WHO, 2020). Overvekt og fedme er forbundet med økt risiko for utvikling av sykdom og helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2010b, s. 12). Slike risikotilstander er ikke-smittsomme sykdommer som kardiovaskulær sykdom, diabetes, muskel- og skjelettlidelser og enkelte kreftformer (WHO, 2020). For å kunne vurdere overvekt og fedme benyttes et verktøy som kalles BMI og som står for body mass index på engelsk (kroppsmasseindex på norsk). For voksne med en BMI på 25 eller mer indikerer det overvekt og en BMI på 30 eller mer indikerer fedme (WHO, 2020). Måleverktøyet BMI benyttes ofte sammen med målinger av bukfedme. Denne målingen gir en indikasjon på hvor mye fett som ligger rundt organer i mageområdet, og fett samlet rundt dette området anses som mer helsefarlig enn fett som ligger i underhuden. Måling av bukfedme brukes sammen med måling av BMI fordi BMI ikke skiller mellom fett og muskelmasse og kan bli misvisende for en person med mye muskelmasse. For å måle bukfedme benyttes blant annet et mål på forholdet mellom liv- og hofte (liv-hofte-ratio), og hos menn regnes grenseverdien å være på 90 cm og hos kvinner 85 cm. Tall lik eller over disse verdiene indikerer bukfedme (Folkehelseinstituttet, 2015). Økende verdier i bukfedme og BMI øker risikoen for utvikling av hjerte- og karsykdom (Ross mfl. 2020, s. 183) og diabetes type 2 (WHO, 2020). Målinger av overvekt og fedme hos voksne representerer ikke barn og unges utvikling i høyde og vekt. KMI- verdier for voksne er derfor tilpasset måling ut ifra alder og kjønn hos barn og unge som betegnes iso- KMI (Helsedirektoratet, 2010a, s.15).

Basert på nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten benyttes det i dag vekstkurver for å følge høyde og vektutvikling hos barn og unge i alderen 0– 18 år. Vekstkurvene tar utgangspunkt i vekststandarder utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) og vektstudien i Bergen³. Barn i alderen 0-5 år følger en vekstkurve utviklet av WHO, hvor barnet scores ut ifra prosentiler eller z-skår (Helsedirektoratet, 2017). Bruk av z-skår brukes internasjonalt for å vise hvordan et barn for eksempel befinner seg i forhold til gjennomsnittet av barn og unge (Helsedirektoratet, 2010a, s.15). Ved bruk av vekstkurve fra WHO indikerer normalvekt hos barn 50 prosentil, overvekt 85 prosentil og fedme 97 prosentil. Barn og unge som er i alderen 5- 20 år følger en vekstkurve utviklet fra vektstudien i Bergen for utvikling i høyde og vekt (Helsedirektoratet, 2017). Denne vekstkurven benytter også prosentiler, hvor 50 prosentil indikerer normalvekt, 90 prosentil indikerer overvekt og 97 prosentil indikerer fedme.

Overvekt og fedme blant befolkningen i verden er økende og andelen med fedme er nesten tredoblet siden 1975 frem til 2016 (Solerød & Tønnessen, 2020). I tillegg til økning i forekomst av overvekt og fedme hos voksne, øker det også hos barn og unge. Globalt viser tall fra 2016 at 1,9 milliarder voksne i verden i aldersgruppen 18 år og oppover har overvekt og av disse har over 650 millioner personer fedme. Hos barn under fem år i verden hadde 38 millioner overvekt eller fedme i 2019. Hos barn og ungdom i alderen fem til 19 år hadde over 340 millioner overvekt eller fedme i 2016. Andelen personer med overvekt og fedme har siden 1975 frem til 2016 økt fra 4 til 18 %. Av disse viser tall fra 2016 at 19 % gutter og 18 % jenter har overvekt. Av de 340 millioner barn og unge med overvekt og fedme i 2016, har 124 millioner fedme. Tallene viser også her at siden 1975 har det økt i andelen med fedme fra 1 til 8 % hos gutter og fra 1 til 6 % hos jenter (WHO, 2020). Kartlegging av overvekt og fedme blant barn og unge i Norge viste, ved undersøkelser fra perioden 2008 til 2012, at 14.5% av gutter og 17.9 % i 3.klasse hadde overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2014a). Den anerkjente HUNT-undersøkelsen (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) har fulgt utviklingen av overvekt og fedme ved Ung-HUNT-undersøkelsen. Utviklingen av overvekt og fedme har siden første gjennomføring av undersøkelsen i 1995 til 1997 og frem til fjerde gjennomføring i perioden

³ Vekstkurver fra vektstudien i Bergen: <http://www.vektstudien.no/last-ned-vektkurvene/>
Vekstkurve fra WHO <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height>

Vekstkurvene fra Bergen og WHO baserer seg på data fra henholdsvis Norge og internasjonalt.

2017 til 2019 hatt en utvikling fra 16 til 23% hos gutter og fra 16 til 24 % hos jenter (Sund, 2019).

Forskning på overvekt og fedme viser at det er mange årsaker som kan forklare utviklingen. Genetikk regnes å ha en medvirkende effekt for utvikling av overvekt og fedme. En studie gjort av Brandkvist mfl. (2019) viste at personer som var genetisk predisponert for fedme hadde en høyere BMI. Den genetiske predisposisjonen sammen med et fedmefremkallende miljø førte til høyere BMI. En litteraturgjennomgang gjort av Wood (2018) viste at det var sterke bevis for hvordan barns tilnærming til mat var arvelig og påvirket av miljøet. Mors BMI før graviditet har vist å påvirke barnets risiko for utvikling av fedme (Castillo – Laura mfl. 2015). Vektøkning som fører til fedme kan også påvirkes av vaner relatert til kosthold, aktivitet, økonomi og sosial tilknytning i samfunnet (Folkehelseinstituttet, 2014a, s.10). Sosioøkonomiske faktorer slik som bosted, mors eller fars utdanning, forhold under svangerskap som mors vekt, fysisk og psykisk helse under graviditet er noen av faktorene som tenkes å påvirke til utvikling av overvekt eller fedme. Barn som lever i utkanter av byer og med mødre med lav utdanning har en høyere BMI og livvidde enn barn som bor i mer urbane strøk og med mødre med høyere utdanning (Biehl mfl. 2013, s.7). En litteraturgjennomgang og metaanalyse gjort av Hemmingson mfl. (2014) viste at misbruk (fysisk, emosjonelt, seksuelt og generelt misbruk) i barndommen var assosiert med fedme i voksen alder. Alvorligere misbruk var mer assosiert med fedme i voksen alder enn mildere eller moderat misbruk.

En studie gjort av Kalarchian & Marcus (2012) viste at fedme hos barn og unge har vist seg å være knyttet til tap av kontroll under spising, depresjon og ADHD. Studien viste til at det er uklart om psykiatriske lidelser, for eksempel ADHD er en årsak eller konsekvens av fedme, eller om de har felles faktorer som gjør at sykdommene utvikles. I tillegg ble avvikende spising slik som tap av kontroll under spising eller overspising hos jenter foreslått å kunne komme av en fedme fenotype og kunne delvis forklare koblingen mellom psykiatriske forstyrrelser og fedme. Studien trakk også frem betydningen av tiltak som involverte fysisk og mental helse hos barn og unge. I tillegg til individuelle faktorer ved forebygging av overvekt og fedme, har det også en økonomisk betydning. Fedme i barn- og ungdomsår kan føre til en vedvarende fedme i voksenalder og forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge vil være viktig for å unngå store kostnader i helsevesenet i fremtiden. Ved fedme i voksenalder øker også risikoen for

utvikling av tilleggssykdommer slik som søvnapné, hjerte- og karsykdom eller diabetes type 2. Over tid vil det kreve behov for livslang oppfølging (Lobstein mfl. 2004, s. 4). Videre vil utredning og oppfølging av overvekt eller fedme hos barn og unge presenteres.

2.2.1 OPPFØLGING OVERVEKT OG FEDME HOS BARN OG UNGE

Iverksetting av tiltak i tidlig alder er som nevnt tidligere viktig for å forebygge utvikling av tilleggssykdommer. Barn og unge med fedme i barn- og ungdomsår har vist å ha fem ganger større sannsynlighet for å få fedme i voksenlivet. Samtidig har 70 % av voksne med fedme ikke hatt fedme i barn- eller ungdomsår (Simmonds mfl. 2015). Det vil være viktig å følge opp og forebygge utvikling av overvekt og fedme både i barne- og voksenalder. Sammen med individuelle tiltak vil også tiltak på samfunnsnivå være viktig ved oppfølging av overvekt og fedme. Hvordan samfunnet legger til rette for, forebygger og fremmer god helse bidrar også i oppfølgingen av overvekt og fedme. Tiltak innen samfunnet kan for eksempel være pris- og markedsføring av matvarer (Helsedirektoratet, 2010b, s. 21), og nærmiljø slik som skoleveier som bidrar til gang- og sykkelsti (Helsedirektoratet, 2010 a, s. 34). Tiltak basert både på individ- og samfunnsnivå har betydning for forebygging av overvekt og fedme hos barn, unge og voksne.

Oppfølging av barn og unge med overvekt eller fedme skjer i helsetjenesten og følges opp både med primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging skjer i hele helsetjenesten og innebærer opplysning eller kunnskap som gjør befolkningen i stand til å opprettholde god helse. Et eksempel er hvor mye fysisk aktivitet som anbefales for å opprettholde helse og hindre utvikling av sykdom eller lidelser (Helsedirektoratet, 2019b). I tilfeller hvor individer har høyere risiko eller står i fare for utvikling av sykdom benyttes det sekundærforebygging (Braut & Larsen, 2018). Et eksempel på dette kan være barn og unge som står i fare for å utvikle overvekt eller fedme. Ved tilfeller hvor individer har utviklet sykdom slik som fedme vil det å forebygge videre utvikling og plager gjøres ved tertiære forebyggende tiltak (Braut & Larsen, 2018). Eksempel på tertiærforebyggende tiltak for fedme kan være kombinasjon av flere tiltak innen kosthold, fysisk aktivitet, atferdsendring og medikamentbehandling. Ved oppfølging av barn med overvekt og fedme i primærhelsetjenesten vektlegges det et forebyggende og helsefremmende fokus. Oppfølgingen skjer på arenaer hvor barn og unge befinner seg og med personell som er involvert på disse arenaene. Eksempel på slike arenaer kan være helsestasjon,

barnehage, skole, familie samt bosted og nærmiljø (Helsedirektoratet, 2010a, s.33). Oppfølgingen i primærhelsetjenesten tilpasses individuelt ut ifra situasjon og behov hos individet. Under oppveksten blir barn og unges høyde og vekt målt regelmessig ved helsestasjon – og skolehelsetjenesten som et primærforebyggende tiltak. Veiing og måling gjør helsepersonell i stand til å følge med på utvikling av overvekt eller fedme og fastlege involveres i oppfølgingen ved utvikling av overvekt eller fedme. Oppfølgingsbehov og hvilke tiltak som igangsettes baseres på en vurdering av graden av overvekt eller fedme (Helsedirektoratet, 2010 a, s.39). Oppfølgingen deles inn i fire tiltaksnivå basert på den individuelle vurderingen gjort av helsesykepleier og fastlege. Det første tiltaksnivået omhandler barn og unge som har iso-KMI mindre enn 25, det andre tiltaksnivået omhandler barn og unge som har en iso-KMI lik eller større enn 25, det tredje tiltaksnivået omhandler barn og unge som har en iso-KMI lik eller større enn 30, og det fjerde tiltaksnivået omhandler barn og unge som har en iso-KMI lik eller større enn 35.

Det første tiltaksnivået legger vekt på forebyggende og helsefremmende tiltak for barn som har normalvekt. Eksempel på tiltak kan være veiledning av foreldre på kosthold eller aktivitet. Det andre tiltaksnivået innebærer (i tillegg til tiltak som ved første tiltaksnivået) individuell oppfølging og veiledning hos helsesykepleier. Dette tiltaksnivået brukes for barn og unge med overvekt og har fokus på å forebygge utvikling av fedme. Tiltak på dette nivået kan innebære mer strukturert og målrettet oppfølging mot for eksempel skjermtid eller kosthold med størrelser på porsjoner og antall. Tiltaksnivå tre innebærer, i tillegg til oppfølging hos helsesykepleier, et samarbeid mellom flere faggrupper for behandlings- og utredningstiltak, samt utredning hos fastlege. Barn og unge under dette tiltaksnivået har fedme. Fastlege kan på dette tiltaksnivået vurdere behovet for utredning og oppfølging ved spesialisthelsetjenesten og henvise dit. Tiltak på dette nivået vektlegger tiltak som skjer tverrfaglig ved for eksempel kosthold eller aktivitet i hjemmet, ved skole og på fritiden. Tiltakene har til hensikt å stabilisere vekt hos barn og unge. Det fjerde tiltaksnivået innebærer det samme som på tiltaksnivå tre, men også utredning og oppfølging i samarbeid med helsetjenesten i kommunen. Fastlege henviser også barn og unge til oppfølging og utredning i spesialisthelsetjenesten på dette nivået og oppfølgingen består av et samarbeid mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Barn og unge som får tilbud om oppfølging på dette tiltaksnivået har alvorlig fedme (Helsedirektoratet, 2010a, s. 31).

Ifølge pediatriveileder for overvekt og fedme består oppfølging i spesialisthelsetjenesten, som ved en fedmepoliklinikk, av et team med flere helseprofesjoner slik som lege, fysioterapeut og klinisk ernæringsfysiolog og som utgjør et tverrfaglig team. Oppfølgingen består av en familiebasert tilnærming med fokus på vekt, kosthold og aktivitet. Oppfølgingen er regelmessig hver tredje måned over to år. Fedmepoliklinikken kartlegger medisinske og psykososiale årsaker til det som kan påvirke til endring av livsstil. Hovedmålet i oppfølgingen ved fedmepoliklinikken er å øke aktivitetsnivå og redusere inntak av mat. I samråd med familien utarbeides det en plan for aktivitet og kosthold. Det legges også vekt på et samarbeid og inkludering av helsepersonell i kommunen hvor familien bor under oppfølgingen ved spesialisthelsetjenesten (Helsebiblioteket, 2017).

Hos alle barn og unge hvor det avdekkes overvekt eller fedme, gjennomføres det kartlegging av en helsesykepleier av barnet eller ungdommen og deres familie. Under kartleggingen legges det vekt på medisinske årsaker, genetik, fysisk aktivitet, kosthold samt motivasjon for gjennomføring av endringer (Helsedirektoratet, 2010a, s.39-50). Basert på kartlegging og iso-KMI mottar barnet eller ungdommen og foreldre rådgiving, veiledning og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010 a, s.50). Målet med oppfølging av barn og unge med overvekt er tiltak som normaliserer eller begrenser vektøkning samt etablering av nye helsefremmende vaner innen, for eksempel kosthold eller fysisk aktivitet. I tilfeller hvor barnet har fedme vil mål i oppfølgingen være å oppnå en stabilisering i vekt i kombinasjon med høydevekst. Hos unge som nærmer seg slutten av høydevekst eller har oppnådd total høyde vil målet være vektreduksjon ved for eksempel tiltak som endring av kosthold og regelmessig fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010a, s. 59). Helsestasjonen– og skolehelsetjenesten i kommuner kan samarbeide med andre aktører om tilbud til barn og unge og deres familier med tiltak for å forebygge og følge opp overvekt eller fedme. Frisklivssentraler er et eksempel på en slik aktør og kan også være en bidragsyter for utvikling og utøvelse av forebyggende tiltak i kommunen (Helsedirektoratet, 2010a, s. 46, 63). Eksempelvis kan frisklivssentralen bidra med tilbud i grupper innen fysisk aktivitet og kosthold til barn og unge og deres familier (Helsedirektoratet, 2010 a, s. 46). Tiltak og tilnærming i oppfølging ved frisklivssentraler vil bli presentert videre i kapittelet.

2.3 FRISKLIVSSENTRALER I NORGE

Frisklivssentraler er tilknyttet kommunens tilbud innen helsetjenesten, og har til hensikt å bidra med tilbud som fremmer god fysisk og psykisk helse samt forebygge utvikling av sykdom (Helsedirektoratet, 2019b, s.8). Frisklivssentraler kan bidra med primær- og sekundærforebyggende tiltak. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-2) skal kommuner tilby tjenester som er helsefremmende og forebyggende. Frisklivssentraler er ikke pålagt ved lov, men indirekte ved at kommunene skal tilby innbyggere i sin kommune helsefremmende og forebyggende helsetjenester (Ekornrud & Thonstad, 2018, s. 8). Kommunen er også tilknyttet folkehelseloven (2011, §7) som innebærer å veilede og gi informasjon til innbyggere om hvordan de kan fremme og forebygge helse og unngå sykdom. Frisklivssentraler og kommunale frisklivstilbud finnes i flere kommuner. En rapport fra 2019 viste at 60 % av kommunene i Norge har en frisklivssentral. For de kommunene som ikke har etablert dette, tilbyr 70 % av kommunene ett eller flere tilbud som også finnes ved frisklivssentraler slik som kurstilbud innen fysisk aktivitet eller kosthold (Thonstad mfl. 2020). Tilbud ved kommunale frisklivssentraler består av et basistilbud som innebærer kurs for snus- og røykeslutt, fysisk aktivitet og kosthold (Helsedirektoratet, 2011, s.13-15). Frisklivssentraler kan også gi tilbud innenfor psykisk sykdom slik som kurs i mestring av depresjon eller belastning, veiledet selvhjelp og søvnkurs for å nevne noen (Helsedirektoratet, 2011, s.13- 16). Oppfølgingstilbudet har en varighet på 12 uker både med tiltak individuelt og i gruppe ved alle tilbud. Målsetning er viktig under oppfølgingen og deltagerer setter både langsiktige og korte mål. Etter endt oppfølging skal deltagerer være i stand til å fortsette aktivitet og benytte tilegnet kunnskap for å vedlikeholde endringer selv. I tilfeller hvor fremgang har uteblitt eller det vurderes at deltageren har behov kan oppfølgingen forlenges utover 12 uker (Helsedirektoratet, 2011, s.10). For personer med overvekt eller fedme er frisklivssentraler en viktig arena for endring av levevaner ved for eksempel fysisk aktivitet og kosthold (St.meld.nr. 19 (2018-2019), s.108).

Forskning gjort på tiltak ved frisklivssentraler viser at frisklivssentraler er nyttig for personer som trenger hjelp til å gjøre livsstilsendringer. En studie gjort av Blom mfl. (2020) viste at personer som deltok på frisklivssentraler for forandring av atferd hadde bedring i helserelatert livskvalitet 12 måneder etter deltagelse på en tre måneders intervensjon. Studien fant også at deltagerer som økte det fysiske aktivitetsnivået hadde større sannsynlighet til å bedre sin helserelaterte livskvalitet. En annen studie viste også at oppfølging over tid ved

frisklivssentraler hos personer med overvekt og fedme bidro positivt. Ved en aktiv involvering i oppfølging, anerkjennelse og støtte over lengre tid fra helsepersonell og andre i samme situasjon kan påvirke selvfølelse hos deltageren. Studien viste at det var viktige momenter i livsstilsendring (Salemonsens mfl. 2020). Litteratursøk gjort i denne studien fant ikke forskning som har sett på oppfølging av barn og unge og deres familie ved frisklivssentraler. Imidlertid har familiebaserte intervensjoner vært gjenstand for forskning. En studie gjort av Danielsen mfl. (2013) viste at en familiebasert kognitivferdsterapi for vektmestring hadde en signifikant effekt på BMI etter ett år og førte til bedring i selvtillit og symptomer på depresjon. Familiebasert intervensjon for oppfølging av barn og unge med overvekt eller fedme ble ved en studie av Epstein mfl. (2014) vist å være mer kostnadseffektiv enn oppfølging av både barn og foreldre med overvekt eller fedme enkeltvis. Samtidig viste en studie gjort av Kokkvoll mfl. (2019) at det ikke var noen forskjell nedgang av BMI ved bruk av en gruppebasert oppfølging sammenlignet med individuell familieoppfølging for barn og unge med overvekt og fedme og deres familier. Begge oppfølgingsmetodene bidro til nedgang i BMI SDS (standardavvikscore) 36 måneder etter oppstart av oppfølging. Studien viste at hjerte- og kar risikofaktorer ble redusert ved gruppeintervensjonen.

Frisklivssentralen kan i samråd med helsetjenesten opprette tilbud til spesifikke grupper i tilfeller hvor det oppstår behov. Et eksempel på en slik gruppe kan være for barn og unge som står i fare for, eller har utviklet overvekt eller fedme (Helsedirektoratet, 2011, s.34). Ved oppfølging av barn og unge med overvekt og fedme henvises de til frisklivssentralen via foreldre, helsesykepleier, fastlege eller andre tjenester slik som spesialisthelsetjenesten. Oppfølging ved frisklivssentral starter med en helsesamtale for å bli kjent med barnet eller ungdommen og familien. I tillegg vektlegges kartlegging av utfordringer, aktivitet og kosthold. Oppfølgingen baserer seg på individuelle mål og behov samt motivasjon for deltagelse og endring anses som viktig. Videre består oppfølgingen av deltagelse i individuelle- og gruppeaktiviteter. Noen av aktivitetene kan for eksempel være fysisk aktivitet og «bra mat kurs» for hele familien (Helsedirektoratet, 2019a). Eksempel på mål for barnet eller ungdommen og familien kan være å øke hverdagsaktivitet og redusere stillesitting. Underveis kan det ved helsesamtaler gjøres endringer av mål etter behov. Motivasjon og vedlikehold av nye vaner ved for eksempel kosthold eller fysisk aktivitet følges opp i perioden. Etter endt oppfølgingstid avsluttes oppfølgingen med en helsesamtale og hvor barnet eller ungdommen og familien kan få hjelp til å finne aktivitetstilbud i kommunen for å opprettholde fysisk aktivitet. Ved behov

kan oppfølgingstiden forlenges (Helsedirektoratet, 2011). Frisklivssentralen skal også ha kontakt og samarbeid med andre tjenester, for eksempel helse – og skolehelsetjenesten ved helsesykepleier eller fysioterapeut. Det er få kommuner som har et slikt oppfølgingstilbud til barn og unge og deres familier. En rapport fra statistisk sentralbyrå viste at av de kommunene som hadde frisklivssentraler i 2019, hadde 34 % et tilbud for barn, unge og deres familie. I tillegg samarbeider tre av fire frisklivssentraler med helsestasjon– og skolehelsetjeneste om oppfølging av barn og unge med tilbud innen kosthold og fysisk aktivitet (Thonstad mfl. 2020, s. 54- 68).

2.4 INNVIRKNING AV ADHD PÅ OVERVEKT OG FEDME

Forskning har vist at ADHD kan ha en innvirkning på utviklingen av overvekt og fedme. En litteraturgjennomgang gjort av Cortese (2019) konkluderte med at det er signifikant assosiasjon mellom fedme og ADHD hos voksne sammenlignet med barn og unge, og at det finnes bevis for at det kan forklares i underliggende genetiske- og miljøfaktorer. Studien viser til at årsaksforklaringer og eksakte mekanismer som kan forklare assosiasjonen fremdeles er uklar. Noen av årsakene som kan forklare assosiasjonen utdypes videre.

En litteraturgjennomgang gjort av Hanć (2018) viste at ADHD var en signifikant risikofaktor for fedme. Sammen med ADHD hadde andre diagnoser slik som emosjonell overspising, alvorlig atferdsforstyrrelser og opposisjonell atferdsforstyrrelse innvirkning på koblingen mellom fedme og ADHD. Studien viste også at koblingen mellom fedme og ADHD øker med alder. Hos personer med ADHD sammenlignet med friske personer, var risikoen for å utvikle overvekt 50 % større og risikoen for å utvikle fedme var 40 % større. En annen studie gjort av Davis mfl. (2009) viste at tre genotyper (DRD3) var knyttet til ADHD med symptomer slik som hyperaktivitet eller impulsivitet. Symptomene var signifikant og forhøyet hos voksne med fedme, enten alene eller sammen med en overspisingslidelse. Studien konkluderte med at kartlegging av ADHD hos voksne som oppsøker hjelp for fedme og overspising kan føre til mestring av både fedme og overspising. En annen mulig forklaring på koblingen mellom ADHD og fedme kan være fra arv og genetikk. Forskning gjennomført av Chen mfl. (2018, s. 1844) viste at individer med ADHD hadde en økt risiko for fedme sammenlignet med individer uten ADHD. Studien viste til at koblingen mellom ADHD og fedme kan komme av felles genetiske årsaker.

Koblingen mellom ADHD og fedme kan også komme av utfordringer med impuls kontroll eller hyperaktivitet. Symptomer på ADHD kan på grunn av genotyper (DRD3) komme til syne ved fedme og overspisingslidelse (Davis mfl.2009). Impulsiviteten kan også komme til syne ved en forsinket motvilje som gjør at personer velger mer tilgjengelig mat, som ofte er mer kaloririk og prosessert slik som hurtigmat. Inntak av slik mat fører over tid til et høyt kaloriinntak som kan føre til utvikling av fedme. Uoppmerksomhet kan også påvirke at ADHD fører til fedme fordi uoppmerksomheten kan føre til utfordringer med å ha en regelmessig måltidsrytme (Cortese & Vincenzi, 2011). Atferdsproblemer kan også føre til utvikling av ADHD hos personer med overvekt eller fedme. En litteraturgjennomgang av Schoenfelder & Kollins (2015, s.736) viste at ADHD påvirker helseatferd både direkte ved nevrokognitive svekkelser eller indirekte gjennom sosiale eller miljøfaktorer. Symptomer på ADHD i barndommen kan føre til fedme i ungdomsalder, hvor symptomer på uoppmerksomhet og hyperaktivitet ved åtte år var assosiert med indikasjon på fedme ved 16 år (Khalife mfl. 2014). Temperament i tidlig barneår har vist å være en risikofaktor for inntak av mer usunt kosthold senere i barndommen (Vollrath, 2012).

Forskning viser også at påvirkningen kan skje ved psykologiske utfordringer som innvirker til utvikling av overvekt eller fedme som igjen påvirker til utvikling av ADHD. Psykologiske utfordringer kan ha en innvirkning på overvekt eller fedme som kan føre til utvikling av ADHD. Koblingen mellom diagnosene kan bli sett fra to sider ved at psykisk stress kan føre til vekttoppgang og, motsatt, fedme kan føre til psykososiale problemer. Eksempel på slike psykososiale faktorer kan være ADHD, depresjon, angst, atferdsproblemer eller ukontrollert spiseatferd. Forskning viser at det fortsatt er uklart hvordan relasjonen mellom psykologiske faktorer og fedme påvirkes i barndommen (Puder & Munsch, 2010). Psykososiale risikofaktorer er vist å være assosiert med kronisk stress og foreldreomsorg kan bidra til høy kroppsvekt i kombinasjon med symptomer på ADHD (Pauli-Pott mfl. 2016). En annen studie gjort av Rankin mfl. (2016) viste at overvekt eller fedme i barndommen hadde en negativ assosiasjon med psykologiske komorbiditeter, slik som depresjon, livskvalitet, emosjonell eller atferdslidelser og selvtillit. Assosiasjonen mellom ADHD og fedme var ikke tydelig, og studien gav ingen tydelige svar på om psykologiske faktorer eller psykiatriske lidelser er en årsak eller konsekvens av fedme. Eller om fedme og psykologi har felles faktorer som påvirker til fedme, som igjen påvirker psyken hos barn og unge. Studien viste imidlertid at barn med overvekt

hadde større sannsynlighet for å oppleve flere psykologiske problemer sammenlignet med barn uten overvekt. Det kan være påvirket av stigmatisering på grunn av fedme, erting eller mobbing.

Det kan ikke sies med sikkerhet at en faktor alene påvirker assosiasjonen mellom overvekt, fedme og ADHD. Erfaringen helsepersonell har i møte med gruppen ved frisklivssentraler og kommuner med frisklivstilbud samt ved fedmepoliklinikk, vil være viktig for å få innsikt og kunne utvikle oppfølgingen hos gruppen. Som nevnt tidligere tar barn og unge med seg overvekt eller fedme over i voksenlivet. Ved valg av tiltak i oppfølgingen for barn og unge med overvekt eller fedme og de som har en ADHD i tillegg, vil være viktig å ta med denne diagnosen også i vurderingen av valg av tiltak.

3 TEORETISK FORANKRING

Som nevnt tidligere under kapitlet om bakgrunn er det funnet flere mulige forklaringer og årsaker for utvikling av mellom ADHD, overvekt og fedme. Forskningen har også vist at diagnosene har en assosiasjon på flere måter. Både diagnosene separat og samlet, har ikke bare én faktor som kan forklare utviklingen av og tilknytningen mellom diagnosene. Biologiske, psykologiske og sosiale faktorer antas å virke inn som forklaring på assosiasjonen. Den teoretiske forankringen som ligger til grunn i denne oppgaven benytter en forklaring- og forståelsesmodell som kan benyttes for å forstå utviklingen, men også gjennomføre tiltak og oppfølging. En slik modell kan være å se det ut ifra et biopsykososialt ståsted. Denne teoretiske forståelsen benyttes til å forstå assosiasjonen og hva som bør gjøres i oppfølging på ulike nivå samt forståelse av helsepersonell sine erfaringer i oppfølging av ADHD, overvekt og fedme.

Den biopsykososiale modellen ble utviklet av Georg L. Engel i 1977. Modellen ble utviklet med bakgrunn i den biomedisinske modellen, som forklarte utvikling av sykdom på grunn av biologiske faktorer med fravær av psykologiske og sosiale faktorer i betraktningen ved utvikling av sykdom (Engel, 1977, s. 130). Den biomedisinske modellen ser på helse og sykdom forklart av kroppslige faktorer. Årsaken til utviklingen av den biopsykososiale modellen var at den biomedisinske modellen ikke vektla sosiale, atferdsmessige eller psykologiske årsaker ved sykdom. Psykologien ble sett på som en separat del fra det kroppslige. Den biopsykososiale modellen (figur 1 finnes i vedlegg 6) ble etablert for å gi en grunnleggende forståelse av hvordan psykososiale faktorer bidrar til utvikling av sykdom. Figuren viser ulike faktorer som påvirker individet. I tillegg til individets sammensetning av DNA, gener, celler, organer og nervesystem påvirker dette sammen med andre faktorer på andre nivå. På ett nivå påvirkes individet av dets opplevelser og atferd i dagliglivet. I tillegg påvirkes individet av spesifikke personer man møter slik som familiemedlem, leger eller venner. Videre påvirkes individet av nære og fjerne familiemedlemmer. Samfunnet som individet lever i påvirker også ved for eksempel barnehage, skole eller arbeid. I tillegg kan også nabolag hvor individet bor eller det sosiale miljøet påvirke. I løpet av livet påvirkes også individet av alder, kjønn, utdanningsnivå og økonomi for å nevne noen. I en større kontekst påvirkes også individet av hvilket samfunn eller nasjon det lever i og summen av hele biosfæren. For å kunne følge opp med tiltak i helsetjenesten må man også ta med i betraktningen individet og den sosiale konteksten rundt (Engel, 1977). Den biopsykososiale modellen kan brukes av helsepersonell i kartlegging og forebygging av faktorer som kan føre til utvikling av sykdom. I senere tid har den også blitt brukt til for eksempel å

forstå utvikling av smerte og som tilnærming i oppfølging hos pasienter med langvarig smerteproblematikk. En litteraturgjennomgang og metaanalyse gjort av Kamper mfl. (2015) viste at man kunne benytte en biopsykososiale modell for å forstå hvordan fysiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker smerter hos individer under oppfølging av pasienter med smerteproblematikk. Modellen ble også benyttet til å finne tiltak som bedret smerter ved biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. En biopsykososial tilnærming har vist seg å redusere smerte og uførhet hos personer med kroniske smerter i nedre del av ryggen sammenlignet med behandling med fysioterapi (Kamper mfl. 2015). Helsepersonell kan i møte med pasienter uavhengig av hvilken pasientgruppe og oppfølging det gjelder, legge til grunn en biopsykososial forståelse av sykdom. På denne måten kan man kartlegge og få innsikt i alle faktorer som har påvirket til utvikling av sykdom. Modellen kan også føre til at man iverksetter tiltak som omfavner alle mulige innvirkninger til sykdommen.

Med bakgrunn i det som ble nevnt innledningsvis, ble den biopsykososiale modellen valgt som grunnleggende teori i denne oppgaven fordi den tar med vurdering av flere faktorer som årsak til utvikling av sykdom. Personlig har jeg selv under arbeid som fysioterapeut benyttet en biopsykososial tankegang og tilnærming i møte med pasienter både ved kartlegging og vurdering av faktorer som påvirker pasienter sin sykdom. Eksempel på slike faktorer kan være sosiale som bosted og arbeid. Andre faktorer kan være biologiske som arv eller genetikk og psykologiske som depresjon eller utviklingsforstyrrelser. Fra kartleggingen blir faktorene vurdert enkeltvis og samlet for årsak til utvikling av sykdom, og vektlagt i oppfølging og utarbeidelse av tiltak. Tiltakene har til hensikt å virke forebyggende og helsefremmende på flere nivå både ved biologisk, psykisk og sosialt. Dette har betydning for helsepersonell sitt møte med barn og unge ved å vurdere ADHD som en faktor som kan komme av eller påvirke til utvikling av overvekt eller fedme. Forskning viser at bruk av en biopsykososial forståelsesmodell kan benyttes for å kunne forstå assosiasjonen mellom fedme og ADHD. Forskning gjort innen feltet ADHD og fedme de siste årene viser til bruk av en biopsykososial modell for å forstå utviklingen av diagnosene og utforske mulige årsaksforklaringer nærmere. Modellen kan også benyttes for å forebygge og igangsette relevante tiltak. Ifølge Smith mfl. (2020) gjenstår det fortsatt å finne koblinger mellom årsaker, utvikling og målrettede tiltak for når og hvor man skal igangsette tiltak for forebygging av fedme i barneår. Biopsykososial modell blir trukket frem som en modell som kan benyttes for å forklare hvordan faktorer påvirker hverandre og hvordan individer blir påvirket og som igjen fører til et

fedmefremkallende miljø. Miljøet som individene lever i påvirker deres atferd og over tid kan det føre til utvikling av overvekt eller fedme i barndommen. Bruk av denne modellen kan videre benyttes til å utvikle tiltak som for eksempel har til hensikt å forebygge utviklingen av overvekt eller fedme.

Forskningen viser også at assosiasjonen ikke bare påvirkes en vei, men gjensidig. En litteraturgjennomgang gjort av Russell & Russell (2019) trekker frem bruk av en biopsykososial modell for å forstå prosessen for utvikling av overvekt og fedme i barndommen. Samlet bidrar biologi, atferd med psykososiale prosesser og miljø til en påvirkning, som kan bli forstått som en prosess som skjer enveis, toveis og transaksjonelt. Enveis, hvor foreldre kan påvirke barn eller omvendt barn påvirker foreldre. Toveis med gjensidige prosesser mellom barn og foreldre. Etter hvert utvikler prosessen seg til å bli en transaksjonell prosess som betyr at barn og foreldre påvirker hverandre gjensidig. For eksempel at barnets atferd eller vekt påvirker foreldrenes atferd, som igjen påvirker barnets diett og egenskaper ved appetitt ved for eksempel emosjonell spising eller økt følsomhet for fristende mat. Forståelse av hvordan overvekt og fedme utvikles og hvilke retninger påvirkningen skjer, kan bidra til at forebygging og tiltak blir mer målrettet i tidlig barndom.

Den biopsykososiale modellen kan også benyttes for å forstå koblingen mellom fedme og ADHD. Hanć og Cortese (2018) foreslår å benytte modellen for å få innsikt i koblingen mellom fedme og ADHD. For å kunne forstå utviklingen mellom diagnosene må det vurderes ut ifra flere retninger. Som nevnt under kapittelet om bakgrunn, konkluderte en studie av Cortese (2019) at det var en signifikant assosiasjon mellom fedme og ADHD hos voksne. Metaanalysen viste økende bevis for at genetiske- og miljøfaktorer kan ligge til grunn for assosiasjonen. Cortese fremhever behovet for en biopsykososial modell som tar med i betraktningen utviklingsperspektivet for å få innsikt i assosiasjonen mellom ADHD og fedme. Den biopsykososiale modellen kan også benyttes i oppfølgingen av barn og unge med overvekt eller fedme og deres familie. På frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud benyttes en familiebasert tilnærming som delvis kan ligne på en biopsykososial tilnærming ved at den ser på hele familien fremfor kun individet. Dette er i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Retningslinjen anbefaler at hele familien inkluderes i tiltak ved for eksempel endring av levevaner

(Helsedirektoratet, 2010a, s. 11). En familiebasert tilnærming kalles også for Maudsley metoden som først ble benyttet i behandling og oppfølging av anorexia nervosa og bulimi nervosa. I senere tid har også metoden blitt anvendt i oppfølging av overvekt og fedme (Rienecke, 2017, s.70). Familieperspektivet i oppfølging og behandling blir også lagt vekt på ved tiltak. En ekspertkomite som har kommet med anbefalinger for forebygging, vurdering og behandling av barn og unges overvekt eller fedme, trekker frem tiltak som involverer hele familien og foreldre. Eksempel på slike tiltak kan være felles måltid hvor hele familien spiser sammen. Foreldre blir også sett på som rollemodeller for sine barn og er en viktig bidragsyter for barnets spise- og aktivitetsvaner (Barlow mfl. 2007, s. 171-172). En litteraturgjennomgang av Skelton mfl. (2014) viste til teorier som benyttes i oppfølging av familiebasert oppfølging av barn med fedme og trakk frem tre hovedtema. Ved den ene teorien ble familien sett på som et system hvor familiemedlemmene er avhengig av hverandre og at et tiltak på en av individene i familien påvirker resten av familien også. Denne teorien fremhever betydningen av felles tiltak for å påvirke hele familien. Den andre teorien så på familien som et system som søker likevekt og balanse og hvor mål som involverer hele familien, har større sjanse for å lykkes enn mål som kun involverer barn eller foreldre. Teorien tar også med betydningen av at helsepersonell tar høyde for at familiens ønske om likevekt og balanse kan forsøke å motvirke et ytre press for forandring. Den siste teorien trakk frem at familiens egenskaper og tilgjengelige ressurser påvirkes av krav fra både fysisk og sosialt miljø i hvordan familien responderer på oppfølgingen. Både indre og ytre ressurser bør tas med i familiebasert oppfølging av overvekt og fedme.

Ved oppfølging av barn og unge og deres familie med ADHD og overvekt eller fedme ved for eksempel frisklivssentraler, vektlegges en familiebasert tilnærming som tar sikte på å følge opp både fysisk, psykisk og sosiale faktorer. På denne måten kan tankegangen bak denne tilnærmingen være lik en biopsykososial forståelse, hvor også flere faktorer vektlegges for å påvirke helheten i oppfølgingen. Med helhetlig oppfølging forstås oppfølging hvor samlede tiltak som sammen virker inn på individets helse. Helhetlige forløp i helsetjenesten kjennetegnes av samarbeid og samhandling mellom tjenester som kommuniserer og koordinerer oppfølging. I tillegg utveksling av informasjon og ansvar i oppfølging. Pasienten har medbestemmelse i mål og tiltak, og progresjonen i oppfølgingen tilpasses pasienten sin situasjon (Helsedirektoratet, 2018). En biopsykososial forståelse av utviklingen av ADHD sammen med overvekt eller fedme hos barn og unge, kan bidra til at man ser helheten av årsaker

til utvikling av diagnosene og kan bestå av sammensatte årsaker. Imidlertid selv om frisklivssentraler har en familiebasert tilnærming og forsøker å ta inn sosiale og psykologiske årsaker til fedme, er det lite kunnskap om sammenhengen og påvirkning mellom ADHD og fedme og hvordan pasienter med ADHD følges opp.

I det forebyggende arbeidet innen helse kan den biopsykososiale modellen bidra til å forklare påvirkningen av faktorer som bidrar til utvikling av ADHD, overvekt eller fedme. Kartlegging av individets individuelle faktorer slik som biologi og psykologiske faktorer i konteksten individet lever i og sosiale faktorer kan gi mulige forklaringer på hva som kan ha bidratt til utvikling av ADHD og overvekt eller fedme. På en annen side kan modellen også brukes av helsepersonell med bruk av et forebyggende perspektiv. Ved å kartlegge risiko hos individer innenfor faktorgrupper som nevnt tidligere, kan faktorer som medfører en økt risiko for individet avdekkes. I slike tilfeller kan det forebygges med å sette inn tiltak som begrenser eller forebygger risikoen for utvikling av sykdom.

Pilotprosjektet som denne studien er en del av, ble initiert etter tilbakemelding fra pasienter og helsepersonell som etterspurte kunnskap og utvikling av tiltak for ADHD for å kunne tilby tilstrekkelig oppfølging. Denne studien skal bidra med å kartlegge helsepersonell sine erfaringer i møte med barn og unge med ADHD ved frisklivssentraler, kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk.

3.1 FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Formålet med denne kvalitative intervjustudien er å få innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har fra oppfølging av barn med ADHD med overvekt eller fedme og deres familier. Ved å få innsikt i helsepersonell sine erfaringer kan det bidra til kunnskap og utvikling av oppfølging for gruppen. Det kan også bidra til at annet helsepersonell som også møter barn og unge med ADHD kan få innsikt i hva som gjøres i sekundæroppfølging av barn og unge. Forskningsspørsmålet i studien har vært: *Hva er helsepersonell som jobber i frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk i Trøndelag sine erfaringer med sekundærforebygging av barn og unge med ADHD?*

Erfaringene i studien anses som verdifull informasjon som kan bidra til videre forskning som gir ytterligere innblikk i utfordringsbildet og utvikling av tjenestetilbudet hos denne gruppen pasienter.

4 METODE

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan det empiriske materialet i studien ble samlet inn og analysert. Bakgrunn for valg av kvalitativ metode forklares og videre blir utvalg og rekruttering av informanter i studien presentert. Fremgangsmåte under datainnsamling samt analyse ved bruk av systematisk tekstkondensering av det empiriske materialet blir gjennomgått. Ethiske overveielser i studien blir forklart avslutningsvis.

4.1 STUDIEDESIGN

I studien ble kvalitativt forskningsintervju ansett som relevant metode for å få innblikk i helsepersonell sine erfaringer og opplevelser rundt sekundærforebyggende oppfølging for barn og unge med ADHD. Kvalitativ metode ble benyttet fordi det ble ansett som en passende metode for å belyse helsepersonell sine erfaringer innen feltet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s. 20-22) benyttes kvalitative metoder for å få innblikk i mennesket sine forståelser, opplevelser og meninger om et tema. Det kvalitative forskningsintervjuet skiller seg fra andre intervju ved å gå mer i dybden på temaer, og samtalen anses ikke som likestilt mellom informant og intervjuer. Et eksempel på et kvalitativt intervju er semistrukturerte intervju. I studien ble semistrukturert intervju benyttet og ved denne type intervju styres spørsmål og tema i samtalen av intervjueren. For å få informanten til å dele og åpne opp om sine erfaringer eller beskrivelser benyttes åpne spørsmål som bidrar til utdypning av temaet. Informantens svar blir undersøkt nærmere med flere spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 22). Andre måter å samle inn datamateriale i kvalitativ forskning kan være ved observasjon, deltagende observasjon eller fokusgruppeintervju.

På grunn av få rekrutterte informanter til de semistrukturerte intervjuene ble i tillegg et fokusgruppeintervju inkludert i studien. Fokusgruppeintervju har til hensikt å få ulike holdninger og meninger hos informanter fremfor å få gjensidig forståelse hos alle informantene (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 179). Fokusgruppeintervju skiller seg fra semistrukturerte intervju med flere informanter og et datamateriale som inneholder mer historier og dypere meninger enn ved et intervju mellom to personer. Diskusjon og refleksjoner mellom flere personer i et fokusgruppeintervju kan være både til en fordel eller et hinder. På den ene siden kan det medføre rike beskrivelser om temaet som undersøkes. På den andre siden kan samspillet mellom informantene også hindre informanter i fokusgruppe intervjuet til å dele forståelser,

opplevelser og meninger (Malterud, 2018, s.70). Dette vil bli drøftet mer under diskusjon av metode.

4.2 UTVALG

I studien ble det helsepersonell som arbeidet med sekundæroppfølging med barn og unge med overvekt og fedme ved frisklivssentral eller kommune med frisklivstilbud ansett som relevante informanter å rekruttere for å besvare forskningsspørsmålet i studien. Etter å ha undersøkt mulige informanter fra frisklivssentraler ble utvalget justert til å også inkludere informanter fra kommuner som jobbet med frisklivstilbud uten frisklivssentral. Det ble forsøkt å rekruttere informanter med vekt på et strategisk utvalg for å få et variert materiale. Malterud (2018, s. 59) forklarer at et strategisk utvalg med en slik variasjon bidrar til å forbedre informasjon og påvirke til refleksjon over tidligere konklusjoner. Det ble lagt vekt på å rekruttere informanter fra små, mellomstore og store kommuner for å få en variasjon i tilbud og erfaring fra sekundæroppfølging hos barn og unge med ADHD. Ved hjelp av forskningskoordinatoren i prosjektet ble mulige informanter til studien kontaktet via nettverket «overvekt, livsstil og mestring» i Trøndelag hvor alle kommuner i fylket var representert. Det ble forsøkt å rekruttere deltagere ved å sende ut informasjonsskriv om studien i en felles e-post med oppfordring om å ta kontakt med prosjektleder i prosjektet eller masterstudent ved ønske om deltagelse i studien. Kommuner med en frisklivssentral eller kommune med frisklivstilbud, ble kontaktet over e-post og telefon. Informanter ved fokusgruppeintervju fra spesialisthelsetjenesten ble rekruttert via forskningskoordinator og prosjektleder i prosjektet. Det var jeg som masterstudent i studien som tok kontakt med aktuelle informanter til semistrukturerte intervju, avtalte tid og sted for gjennomføring.

4.3 REKRUTTERING

I starten av rekrutteringen av helsepersonell via nettverket som nevnt under utvalg, var det ingen respons på deltagelse i studien. Mulige informanter ble på ny kontaktet via e-post og telefon med utdypende informasjon om studien i form av informasjonsskriv for prosjektet (se vedlegg 2). Rekruttering av informanter til studien ble utfordrende enn først antatt. Opptil elleve kommuner ble kontaktet. Flere av kommunene hadde på grunn av ressurser og økonomi ikke et fungerende tilbud for barn og unge i tidspunktet for forespørsel. Ved andre tilfeller hadde forespurte informanter hatt et tilbud for lenge siden, men hadde ingen nylig erfaring med

gruppen. I andre kommuner var det ingen tilbud og barn ble fulgt opp individuelt av helsesykepleier i kommunen for ADHD, overvekt og fedme. Andre forklaringer på deltagelse i studien var på grunn av kapasitet eller ikke ønske om deltagelse. Det var med andre ord få kommuner som hadde et frisklivstilbud til barn og unge med overvekt eller fedme. Enda færre hadde kunnskap om ADHD i kombinasjon med overvekt eller fedme.

Utvalget i studien kan ha blitt påvirket av det Kristensen og Ravn (2015, s. 727) nevner i sin artikkel om rekrutteringsprosessen i kvalitativ forskning at rekruttering av informanter til kvalitativ forskning avhenger av fire faktorer. Det ene er det man forsøker å forske på som kan påvirke hvor mange informanter som blir rekruttert. Det andre er utvalget av informanter som man på forhånd har sett for seg passer til det man ønsker å forske på. Det tredje er bruk av ordstyrere i innsamlingen av data og det fjerde forskeren sin forståelse. I denne studien kan temaet og det forhåndsdefinerte utvalget av informanter ha innvirket på det endelige utvalget. Både forskningsspørsmål og om hensikten av studien anses som av betydning av informanten og gjør at informanten ønsker å bidra. Forskningsfelt som informanten anser som betydningsfullt, kan gjøre det enklere å få rekruttert informanter til deltagelse i intervju. I denne studien var opplevelsen at det for enkelte informanter var ukjent at ADHD kunne oppstå hos barn og unge med overvekt eller fedme. Flere mulige informanter ønsket ikke å delta i studien på grunn av manglende kjennskap til ADHD. Informantene som ønsket å delta hadde erfaring fra barn og unge med ADHD i kombinasjon med overvekt eller fedme. Noen av informantene som til slutt deltok, hadde erfaring med ADHD hos barn og unge under oppfølging av overvekt eller fedme.

Det ble til slutt tatt kontakt med fire informanter fra kommuner med frisklivstilbud eller frisklivssentral med sekundæroppfølging av barn med ADHD og overvekt eller fedme. I tillegg ble tre informanter fra spesialisthelsetjenesten rekruttert. Informantene som til slutt ble rekruttert var tilfeldig og ble valgt ut ifra tilgjengelighet på tidspunktet for forespørsel. For å øke antallet informanter i studien ble tre informanter som nevnt tidligere fra et fokusgruppeintervju fra spesialisthelsetjenesten ved en fedmepoliklinikk inkludert. I følge Malterud (2018, s. 64) kan man ved et lavt antall deltagere innhente tilstrekkelig informasjon til å få et mangfoldig datamateriale. Samtidig kan antallet rekrutterte informanter i studien være få for å overføre resultater til andre sammenhenger enn hos helsepersonell som jobber med

sekundæroppfølging hos barn og unge med ADHD. Antallet informanter i studien drøftes ytterligere under diskusjon av metode.

4.4 DATAINNSAMLING

Innsamling av datamaterialet i studien ble gjort av masterstudent ved å bruke semistrukturerte intervju på fire informanter. Innsamlingsperioden av data var i tidsrommet 15.10.20 til 09.11.20 og materialet i studien inneholdt lydfiler fra intervju med en varighet fra 35 minutter til en time. Som tidligere nevnt ble også et fokusgruppeintervju inkludert i studien. Det var gjennomført av en annen intervjuer og en moderator (se vedlegg 4). Dato og sted for gjennomføring av intervju ble avtalt skriftlig gjennom e-post og ble foretatt med fysisk oppmøte på informantens arbeidssted. Ifølge Tjora (2021, s.135) kan det å velge arbeidssted eller hjemmet være med på å gi trygghet hos informanten. Ved et tilfelle ble det på grunn av forverring av Covid-19-pandemien i Norge påbud om hjemmekontor og dermed gjennomført et intervju over Microsoft Teams.

Før gjennomføring av hvert intervju ble det signert samtykkeerklæring av informantene (se vedlegg 2). Alle informanter samtykket til deltagelse i intervjuet og ingen trakk sitt samtykke i løpet av eller etter datainnsamling. Det ble benyttet en båndopptaker for å samle inn lydfiler. Lydfilene ble etter hvert intervju transkribert og kryptert med passordbeskyttelse. Lydfiler og transkribert tekst ble overlevert til arkiv på Regionalt senter for fedmeforskning, St. Olavs Hospital og oppbevart med kode på lydfil og fil med transkribert tekst. Navneliste på data og samtykkeerklæring ble oppbevart adskilt fra øvrig data (se vedlegg 2). Det ble benyttet intervjuguide til gjennomføring av semistrukturerte intervju og fokusgruppeintervju. Intervjuguiden ble utarbeidet i samråd med prosjektleder i prosjektet samt fagperson på ADHD. Bruk av fagterminologi ble gjennomgått i intervjuguiden. Bruk av fagterminologi drøftes nærmere i diskusjon av metode. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om bakgrunn, kunnskap, utredning samt innhold i oppfølging med sekundærforebyggende oppfølging hos barn og unge med ADHD (se vedlegg 3). For å få rike beskrivelser og eksempler fra feltet ble informantene oppfordret til å fortelle om eksempler eller historier for å beskrive deres erfaringer.

Etter gjennomføring av første intervju ble noen av spørsmålene i intervjuguiden endret, fordi det ble erfart at spørsmålene ikke var åpne nok. Konsekvensen av de opprinnelige spørsmålene ble at informanten svarte «ja» eller «nei» heller enn å komme med forklaringer og utdypende svar. Andre spørsmål under kategorien kunnskap ble endret fra «har du spesifikk kunnskap i forhold til hvordan å drive sekundærforebygging av barn med ADHD og deres familier?» til «Kan du fortelle om hvilken spesifikk kunnskap du har med å gjennomføre sekundærforebygging av barn med ADHD og deres familier?». Siste spørsmål under kategorien fedmebehandling personer med ADHD ble endret fra «Er det behov for å tilpasse sekundærforebygging til barn diagnostisert med ADHD i frisklivssentral/kommune?» til: «Hva er dine tanker om behovet for tilpasning av sekundærforebygging til barn diagnostisert med ADHD i frisklivssentral/ kommune?». Spørsmålene under intervjuet var åpne og gav informanten mulighet til å snakke fritt rundt temaet (se vedlegg 3). Som intervjuer ble det forsøkt å løsrive seg fra intervjuguiden og forsøke å huske tema og spørsmål uten manus. På denne måten ble det en bedre flyt i samtalen og intervjueren ble mer engasjert i hva informanten sa. Det ble også forsøkt å stille oppfølgingsspørsmål på informantens beskrivelser og forklaringer. For å få mer dybde i intervjuet og detaljerte beskrivelser ble informanten oppfordret til å komme med eksempler eller situasjoner på erfaringer. Denne teknikken for å få innsikt i informantens valg i situasjoner kan knyttes til teknikken «The critical incident technique» utviklet av J.C. Flanagan (1954, s.335). I følge Flanagan brukes en slik teknikk for å samle inn informantens opplevelser i enkelte situasjoner. Det bidrar også til at informanter til å dele deres erfaringer om en spesifikk utfordring eller problem som bidrar til å øke kvaliteten på dataen (Bradley, 1992, s.99).

Videre ble lydfil etter gjennomføring av hvert intervju hørt gjennom, for så skrevet til tekst. Det ble satt av god tid til transkribering av materialet. Dette ble gjort fordi jeg som intervjuer fortsatt husket inntrykk og forklaringer fortsatt, som gjorde transkribering av situasjoner og forklaringer bedre. Transkribering av fokusgruppeintervju sammenlignet med semistrukturerte intervju var mer utfordrende fordi jeg manglet non-verbal kommunikasjon og opplevelse av situasjonen. Det gjorde det utfordrende å transkribere enkelte forklaringer eller utsagn og det var utfordrende å høre gjennom en lydfil hvor både informanter, moderator og intervjuer var ukjente med ulike stemmer. Det tok lengre tid å tyde hvem som var informanter, moderator og intervjuer under intervjuet. Det var i enkelte intervju utfordrende å forstå dialekter og betydningen av enkelte ord og i slike tilfeller ble teksten redigert med forsiktighet (Malterud,

2018, s. 78). Informasjon som kunne identifisere informanter i studien ble omskrevet eller anonymisert ved transkribering. Lydfil til hvert enkelt intervju ble også anonymisert og kryptert. Ved å delta i intervju og gjennomføre transkripsjonene selv opplevde jeg å få en bedre oversikt og forståelse av datamaterialet. Gyldighet og pålitelighet nevnes av Malterud (2018, s.75) som en av grunnene til at man skal gjennomføre transkripsjoner selv i datainnsamlingen. Ved å delta i innsamlingen og bearbeide materialet fra lyd til tekst gjør det at man holder en oversikt over hvordan materialet er bearbeidet.

I rollen som intervjuer var opplevelsen noen ganger, under intervjuene, at man ble for fokusert på oppgaven som intervjuer, og glemte av og til å tenke over hva informanten faktisk fortalte. Ved transkribering av datamaterialet til tekst skjedde det en endring av mine oppfattelser av informantens uttalelser eller beskrivelser. Transkriberingen bidro til at jeg fikk innblikk i datamaterialet på en ny måte og kunne fokusere bedre på hva informanten faktisk sa. Til sammenligning med til fokusgruppeintervjuet som ble inkludert i studien, hvor jeg kun transkriberte lydfil til tekst, var det her mer utfordrende å forstå og sette seg inn i datamaterialet. Slik som Malterud (2018, s.80) beskriver er fordelen av å gjennomføre intervju og transkripsjon selv, at man får bedre kjennskap til datamaterialet og kan se nye sider av det. Ved gjennomføring av transkripsjonen kan man utvikle nye refleksjoner og oppfattelser av materialet. Etter transkribering fra lyd til tekst tilsvarte materialet totalt 93 sider med tekst.

4.5 ANALYSE

Innenfor kvalitative forskningsmetoder finnes det flere metoder å benytte i analyse av datamateriale. I følge Malterud (2018, s. 92- 93) deler kvalitative metoder seg i to deler, i enten en langsgående metode eller en tverrgående analyse metode. Eksempel på en langsgående analyse kan være konversasjonsanalyse. Tverrgående analyse består av kondensering av informasjon fra flere personer, i motsetning til den langsgående analyse som består en eller to prosesser som følges i en gitt tid. Et eksempel på en tverrgående analyse kan være systematisk tekstkondensering. Denne metoden skiller seg fra andre tverrgående analyser slik som fenomenologi eller grounded theory. Den tar for seg få tema eller koder i starten av analysen og foreløpige tema og koder endres under analysen. Systematisk tekstkondensering skiller seg også ut ved at den har en annen måte å sammenfatte og samle data på (Malterud, 2018, s.96). I denne studien ble det benyttet systematisk tekstkondensering i analyse av datamaterialet.

Metoden er utviklet av Kirsti Malterud med en tilpasning hentet fra Giorgis fenomenologi (Giorgi mfl. 2017, s. 5). I følge Malterud (2018, s. 115-116) stiller ikke bruk av systematisk tekstkondensering krav til at forskeren har kompetanse innen filosofi slik som ved bruk av fenomenologi. Metoden har felles synspunkt med fenomenologi, hvor menneskets erfaringer i deres omgivelser blir sett på som kunnskap. I tillegg deler metodene samme innstilling på å unngå og la forskerens egne erfaringer påvirke analysen. Systematisk tekstkondensering skiller seg fra fenomenologien ved den ikke legger til side forskeren sitt synspunkt ved at den verken forsøker eller tar avstand fra tidligere erfaringer og kunnskap for påvirkning av analysen (Malterud, 2018, s. 116).

Systematisk tekstkondensering består av fire analysetrinn. 1) Få et helhetsinntrykk av materialet hvor foreløpige tema defineres. 2) Gjenkjenne meningsdannende enheter og foreløpige tema utvikles til kodegrupper, 3) Sammenfatte innholdet i de meningsdannede enhetene ved å skrive kondensert tekst med innholdet i de meningsdannede enhetene. 4) Bruke den kondenserte teksten til å utvikle en tekst som viser hva analysen har bidratt til (Malterud 2012; Malterud 2018). Analyse av materialet i studien forklares videre bruk av disse fire stegene:

4.5.1 HELHETSINNTRYKK AV DATAMATERIALET OG FORELØPIGE TEMAER

Alle intervju ble gjennomlest etter transkribering fra lydfil til tekst. Ved gjennomlesning av første intervju dukket helhetsinntrykk og foreløpige tema som *kartlegging av ADHD, individualisering i oppfølging, tankesett og samhandling* opp. Ved gjennomlesning av andre intervju dukket det i tillegg opp et tema om *erfaringsbasert kunnskap*. Ved det tredje intervjuet dukket det opp et tema om *kjennskap til ADHD*. Det fjerde intervjuet trakk frem temaet *involvering*. Fokusgruppeintervjuet trakk frem i tillegg til tidligere nevnte tema også temaet *helhetlig*. Fire foreløpige tema ble tatt med videre *kunnskap, oppfølging, erfaringer og potensial*.

4.5.2 FRA FORELØPIGE TEMA TIL KODEGRUPPER MED MENINGSBÆRENDE ENHETER

Transkribert tekst ble delt opp i meningsbærende enheter med linje for linje i avsnitt. Det var utfordrende å skille ut hva som var viktig blant transkripsjonene. Det hjalp å gå tilbake til de foreløpige temaene å se hva som hadde blitt fanget opp tidligere. Meningsbærende enhetene ble gjennomlest og det ble markert hvis enheten skilte seg ut og hadde relevans for forskningsspørsmålet. Andre meningsbærende enheter som ble vurdert som ikke relevant ble sortert ut. Videre ble tidligere foreløpige temaene av meningsbærende enheter kodet til kodegrupper med undergrupper og tilsvarte fire koder med 17 subgrupper.

4.5.3 KONDENSERING- SORTERING AV KODEGRUPPER OG KONDENSAT

De fire kodegruppene med subgrupper fikk beskrivende navn som beskrev innholdet i gruppen og det ble utviklet såkalte kondensater som bar med seg innholdet av de samlede meningsenhetene (Malterud, 2018, s. 107). Kondensatet ble skrevet i 'jeg-form' og ved skriving av dette ble jeg bevisst at enkelte meningsbærende enheter tilhørte andre tema og subgrupper. Det resulterte justering av subgrupper og til slutt besto det av fire hovedtema med syv subgrupper. Hvert enkelt kondensat fikk sitt eget gullsitat som beskrev innholdet i teksten. Eksempel på et hovedtema med subgrupper som ble justert var hovedtemaet «potensial» som først besto av subgruppene «har ikke ansvar for ADHD», «behov for bedre samhandling», «kollegialt miljø» og «når ikke frem med kunnskap og verktøy». Etter utvikling av kondensat ble subgruppene justert til subgruppene «roller og ansvar for ADHD», «samhandling og samarbeid mellom helsepersonell» og «behov for verktøy i oppfølging av ADHD».

4.5.4 SAMMENFATNING AV BESKRIVELSER, BEGREPER OG RESULTATER TIL ANALYTISK TEKST

Kondensatene som ble skrevet ble brukt videre i en analytisk tekst som ble skrevet i «tredjeperson». Under utarbeidelse av den analytiske teksten ble det lettere å se hva datamaterialet fortalte, og hva resultatene av analysen var (Malterud, 2018, s.108). Navn på kodegruppene ble utviklet og endret etter hvert i analysen, hvor det ble forsøkt å finne et beskrivende navn for innholdet i teksten. Videre ble de endelige kodegruppene sett opp mot datamaterialet for studien ved å lese gjennom transkripsjonene. Slik Malterud beskriver gjøres det for å bekrefte teksten og navn på gruppene opp mot konteksten det ble hentet ut fra (2018,

s. 110). Det ble i tillegg til kondensatene skrevet en flat empirisk tekst i samråd for å samle resultatene og ble sett i lys av den biopsykososiale modellen. Hovedtema og subgrupper ble justert etter å ha sett datamaterialet opp mot transkripsjonene til følgende tema med subgrupper: hovedtema 1) Helsepersonell sin kunnskap om og erfaring med ADHD. Hovedtema 2) Sekundæroppfølging for barn og unge, subgrupper «fokus på overvekt og fedme», «kartlegging av ADHD og utfordringer under oppfølging», «familiebasert tilnærming i oppfølging». Hovedtema 3) Samarbeid, samhandling og ansvar i oppfølging av ADHD. Hovedtema 4) Forbedringspotensial og behov for verktøy i oppfølging av ADHD.

4.6 ETIKK

Ved gjennomføring av forskning kreves det vurdering av etiske utfordringer i gjennomføring av datainnsamling. Det er en rekke etiske utfordringer som må tas med i vurderingen av forskning. Før oppstart av datainnsamling i studien ble hele prosjektet denne studien er en del av godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NDS) referansenummer 283343 (se vedlegg 1). Under og etter gjennomføring av datainnsamling til studien var det flere etiske problemstillinger og ta hensyn til. Ved planlegging av gjennomføring av intervju med informanter, ble det vektlagt at kontakten med aktuelle informanter foregikk både skriftlig via e-post og telefon. På denne måten fikk informantene tilstrekkelig med informasjon til å kunne velge å delta eller ikke i studien. Videre ble det vektlagt å gjennomføre intervju på informantens arbeidssted for at informanten skulle ha trygge og kjente omgivelser. For å etablere tillit og relasjon til informantene ble det gjennomført samtaler og gitt skriftlig informasjon i forkant av intervju. Det gav informantene mulighet til å sette seg inn i hva studien innebar og ga mulighet for å tenke gjennom sine erfaringer om problemstillingen i denne studien. Informantene ble oppfordret til å ikke navngi andre personer i intervjuet som ikke var til stede. Som nevnt tidligere ble det innhentet samtykke fra alle informanter i studien. I henhold til samtykkeerklæring og informasjonsskriv (se vedlegg 2) ble informasjon gitt både skriftlig og muntlig til informantene. Øvrig informasjon om studien som nevnt i informasjonsskrivet ble gjennomgått og lest gjennom før oppstart av intervjuet. Informantene ble informert om samtykke med formål og hovedtrekk i intervjuet samt at deltagelse var frivillig. Informantene fikk også informasjon om at det var mulighet for å trekke sitt samtykke når som helst uten å oppgi noen årsak (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 104). I tillegg ble informanten informert om at deres navn og steder som kunne identifisere informanten ble anonymisert. Og informasjon om at jeg som masterstudent transkriberte lydfil til tekst og lydfil, navn og kontaktopplysninger

ville bli erstattet med kode lagret på en navneliste atskilt fra øvrig data. Materialet samlet inn fra intervju ble informert om at det ble oppbevart innelåst i arkiv på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital. Informantene fikk opplyst at opplysninger samt lydfil ville bli slettet og resterende data ville etter prosjekt slutt bli oppbevart uten mulighet for identifisering.

Som nevnt tidligere ved datainnsamling i studien, ble det satt av god tid i transkribering for å sikre at all informasjon på lydfil ble transkribert og det ble skildret slik det ble fortalt. Intervjuet ble først hørt igjennom, for så å transkriberes fra lyd til tekst. For å ivareta anonymitet ble informantens navn byttet ut med informant og et tall fra en til syv. I tillegg ble steder og navn som kunne identifisere informanten fjernet og erstattet med *. Alle informantene fikk etter intervjuet tilbud om å få tilsendt transkribert tekst for gjennomlesing og kommentarer. Det var ingen av informantene som ønsket det.

5 RESULTATER

I dette kapittelet vil hovedtema etter analyse av datamaterialet i studien presenteres. Resultat fra analysen inneholder fire hovedtema med enkelte tema delt inn i undertema. 1) Helsepersonell sin kunnskap om og erfaring med ADHD. 2) Sekundæroppfølging for barn og unge fokuserer på overvekt og fedme. Kartlegging av ADHD og utfordringer under oppfølging. Familiebasert tilnærming i oppfølging. 3) Samarbeid, samhandling og ansvar i oppfølging av ADHD. 4) Forbedringspotensial og behov for verktøy i oppfølging av ADHD.

5.1 HELSEPERSONELL SIN KUNNSKAP OG ERFARING MED ADHD

Informantene i studien hadde høy og variert utdanning- og arbeidsbakgrunn som for eksempel lege, fysioterapeut, sykepleier og ernæringsfysiolog. Alle informantene i studien fortalte at kunnskapen de hadde om ADHD var mangelfull og kunne være fra langt tilbake i tid. Selv om flere av informantene hadde høy utdanning, hadde de ikke hatt mye undervisning om ADHD ved utdanning eller i arbeid. Ved et eksempel hadde en informant erfaring fra å gjennomføre atferdskurs til foreldre med barn som hadde atferdsutfordringer. Kurset skulle bidra med å gi foreldre måter å regulere atferd på og var basert på Carolyn Webster– Strattons kurs «de utrolige årene». En av informantene fortalte at det i en barnepopulasjon kunne være mellom fem til åtte prosent som hadde ADHD. Informanten forventet at det kunne være en høyere forekomst av overvekt og fedme hos disse. Nesten alle informantene i min studie (seks av syv) hadde ikke kunnskap om hvor mange som hadde ADHD av de som ble fulgt opp med sekundærforebyggende oppfølging ved frisklivsentral, kommune med frisklivstilbud eller i spesialisthelsetjenesten. Hos en av informantene ble det registrert informasjon av barn og unge som ble fulgt opp med sekundæroppfølging som hadde ADHD. Noen av informantene sammenlignet barn med og uten diagnose og fortalte at det var en større andel som hadde overvekt og fedme alene uten ADHD.

Kunnskap om ADHD som informantene hadde tilegnet seg var fra kunnskapsformidling mellom kollegaer eller erfaringer fra arbeid med sekundæroppfølging av barn med ADHD, overvekt eller fedme. En av informantene fortalte også at kunnskap ble hentet fra behandlere i kommunen som fulgte opp barnet for ADHD. Hos flere av informantene ble det trukket frem at deres erfaring og kunnskap om ADHD påvirket deres oppfølging ved for eksempel valg av tiltak. I et tilfelle kunne tiltak være å finne aktiviteter som ga utløp for energi hos et barn med ADHD i tillegg til overvekt eller fedme.

Det var ikke bare helsepersonell som hadde mangler i grunnleggende kunnskap om ADHD det gjaldt også andre faggrupper, foreldre og personell i skole. En av informantene i studien fortalte om eksempel på hvordan ulikt kunnskapsgrunnlag påvirket helsepersonell, foreldre og andre sin oppfattelse av ADHD. I eksempelet var et barn henvist til utredning for mulig ADHD fordi skolen hadde observert at barnet hadde lav impuls kontroll og var urolig i skolesituasjonen. Hos foreldre ble barnet beskrevet som veldig aktivt. Observasjon fra helsepersonell ved frisklivssentralen var at barnet hadde lavt kondisjonsnivå og stoppet opp lenge før andre barn i samme alder. Informanten hadde reflektert rundt dette og stilte spørsmål om man ble lurt til å tro at lav impuls kontroll hos barnet ble forstått som høy kondisjon. Informanten tenkte at det kunne skje i andre tilfeller og at foreldre kunne tolke det som kondisjon. Informanten fortalte at ved samarbeid med barnehager, skoler og helsesykepleiere, ble barn og unge med ADHD, beskrevet som jevnt over fysisk aktive. Informanten og kollegaer ved frisklivssentralen opplevde at det ikke var samsvar mellom beskrivelsen på «å være svært fysisk aktiv» og deres egne observasjoner. Informanten hadde reflektert over om det var en misoppfattelse blant befolkningen og foreldre, samt fagpersoner, som tolket ADHD eller lav impuls kontroll til å være en produktiv aktivitet slik som kondisjon i stedet for å forstå det som «støy» på grunn av diagnosen. Foreldrene hadde en forståelse av at barnet var fysisk aktivt og skolen hadde en annen forståelse at barnet var urolig og hadde utfordringer ved å styre impuls kontroll i skolesituasjonen.

Det var varierende hvor mye erfaring informantene hadde fra arbeid med barn som hadde ADHD, overvekt eller fedme. En av de sju informantene anslo at andelen som mottok sekundærforebyggende oppfølging hadde vært mellom 10 til 15 barn ADHD i løpet av en seksårsperiode. Barn med ADHD ble husket av informanten fordi de hadde en annerledes atferd enn andre barn. Atferden ble beskrevet ved at barn og unge ikke klarte å stå imot fristelser, selv om barnet visste hva det skulle gjøre. Informanten fortalte at barnet manglet verktøy for å lykkes med å stå imot fristelsene. Hos en annen informant bidro oppdelte ansvarsområder av oppfølging av ADHD, overvekt og fedme til utfordringer med å etablere et tilbud for gruppen. Det førte til mindre kontakt med barn og unge med ADHD og innsikt i hvor mange som hadde ADHD hos barn og unge med overvekt og fedme i kommunen.

5.2 SEKUNDÆROPPFØLGING AV BARN OG UNGE MED ADHD- FOKUS PÅ OVERVEKT OG FEDME FØRST OG FREMST

Sekundær oppfølging for barn og unge hadde først og fremst fokus på overvekt og fedme. ADHD ble sett på som en tilleggsdiagnose i oppfølgingen av overvekt og fedme. En av informantene forklarte det slik:

Jeg har jo aldri vært del av et team som har jobbet spesifikt med det. Det har jo bare vært at, okei, du har samtaler med folk også har de det i tillegg. Som en slags tilleggsdiagnose. De har jo vært der hele veien

Mål og utfordringer i oppfølgingen hos informantene tok utgangspunkt i barnet eller ungdommens overvekt eller fedme. En av informantene fortalte at barnet og familien kom først og fremst til frisklivssentralen for å få hjelp til overvekt eller fedme. Ved oppstart av sekundær oppfølging hadde barn og unge enten symptomer på ADHD, var henvist til utredning for en mulig diagnose, deltok i pågående utredning eller mottok oppfølging og behandling i form av medikamentutprøving. En av informantene beskrev ADHD rolle i oppfølgingen slik:

Så da har de som regel, allerede blitt diagnostisert eller er under utredning. Også kommer de til oss. Egentlig for å få hjelp til den overvekten eller fedmeproblematikken utelukkende

Fokuset i oppfølgingen var rettet mot overvekt eller fedme. I situasjoner hvor barn hadde symptomer på ADHD eller en diagnose, ble det nevnt i samtalen ved for eksempel kartlegging av kosthold eller medikamenter. Foreldre kunne fortelle om eksempler på atferd knyttet til ADHD, slik som konflikter rundt mat, måltid, utfordringer med å regulere kosthold hos barnet, endring av appetitt og endring av atferd. Videre ble familiær arvelighet for ADHD kartlagt samt oppfølging ved andre tjenester slik som barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Det var i noen tilfeller også tilfeldig om pågående ADHD utredning ble nevnt i henvisningen ved oppfølging av overvekt og fedme. Mistanken om ADHD hos barnet eller ungdommen kunne ha vært til stede i flere år før det ble tatt tak i og kartlagt. Ved et eksempel under oppfølgingen ble en mor og et barn utredet for ADHD etter mistanke om diagnosen ved observerte symptomer i oppfølging for overvekt og fedme. Begge fikk påvist ADHD etter utredning. I tillegg var det flere barn og unge som fikk påvist en ADHD i ungdomsalder. Informanten beskrev det slik:

Så jeg tror nok det er atskillig flere enn de som har diagnose. Men det er aldersavhengig, og når de kommer på ungdomssiden så er det jo flere som kanskje har en diagnose. De har diagnosen som matcher atferden når de kommer.

Det var varierende om informantene gjorde en kartlegging av ADHD. Hos to av informantene ble det kartlagt spesifikt om barnet hadde ADHD, ved å spørre foreldrene direkte, dersom det ikke ble nevnt i samtalen. I et annet tilfelle ble det av en informant etter observasjon av symptomer på en mulig ADHD drøftet sammen med foreldrene. Det hadde til hensikt å gi foreldrene innsikt i behovet for utredning og oppfølging av ADHD hos barnet. To av informantene i studien la ikke vekt på å følge opp ADHD spesifikt i oppfølgingen. Ved fedmepoliklinikken ble barn som hadde en ADHD nevnt i henvisningen, prioritert før andre barn som ikke hadde diagnosen. Årsaken til dette var fordi informantene hadde erfart at ADHD i kombinasjon med høyere BMI medførte større utfordring i oppfølgingen. Øvrige utfordringer utdypes nærmere under utfordringer med ADHD i oppfølgingen senere i resultatdelen.

5.2.1 KARTLEGGING AV BARN OG UNGDOM OG DERES FAMILIER

Ved kartlegging av barn og unge ble det nevnt flere faktorer slik som familieforhold, matinntak, skolehverdag med mobbing, atferdsutfordringer og familier med mye «bagasje» slik som psykisk sykdom, som påvirket overvekt eller fedme hos barnet eller ungdommen. Oppfølgingen ble tilpasset barn eller ungdom og ved et tilfelle hvor det var utfordrende å sette mål på grunn av atferdsutfordringer hos ungdommen, ble løsningen og involvere de til å komme med egne forslag på mål. Barn og unge med ADHD ble på lik linje med andre barn uten symptomer på eller diagnosen, kartlagt og fulgt opp ut fra deres utfordringer.

Spiseatferd ble trukket frem som et viktig område å kartlegge hos barn og unge. En av informantene fortalte at barn og unge benyttet mat for å dempe eller håndtere noe. I slike tilfeller ble mat assosiert med god atferd og maten regulerte atferden. Barn og unge som ikke hadde slik atferd og heller ikke hadde en overvekt eller fedme, fant andre måter å regulere atferd på med for eksempel utagering. Tiltak for oppfølging av spiseatferd kunne være å begrense småspising eller begrense mat mellom måltider. Det ble lagt vekt på å unngå å bruke mat som belønning eller for å regulere atferd. I tillegg ble det lagt vekt på å unngå å bruke skjerm under måltid. Årsaken til at dette ble vektlagt var fordi det var et atferdsmønster barn og unge kunne ta med seg videre i voksenlivet.

Påvirkning av medikamenter for ADHD ble også nevnt som et annet viktig område å kartlegge hos barn og unge. Hos en av informantene var erfaringen at medikamenter som gav store variasjoner i symptomer eller bivirkninger burde unngås. I slike tilfeller kunne barn og unge

oppleve utfordringer med å styre impulser og innta store mengder med mat. En av informantene fortalte om et eksempel hvor medikament for ADHD ikke hadde blitt brukt under ferie eller helg. Ved avbrudd i medikamentbruk opplevde barnet store svingninger i symptomer og inntok store mengder med mat. Andre tiltak som ble nevnt av informantene for å følge opp ADHD var å finne aktiviteter hvor barn og unge fikk utløp for energi. Tiltak for å regulere følelser og impuls kontroll ble benyttet i oppfølging av barn og unge med ADHD, overvekt og fedme. Eksempel på slike tiltak kunne være å følge opp foreldre på hvordan de skulle sette grenser og regulere kosthold.

5.2.2 UTFORDRINGER MED ADHD I OPPFØLGINGEN

Flere av informantene i studien fortalte om eksempler hvor foreldre opplevde kaos ved å gjennomføre tiltak ved to steder samtidig eller hadde ikke kapasitet til å holde fokus på to oppfølginger samtidig. Mottakelighet hos barnet til å delta i to oppfølginger samtidig ble også trukket frem som et eksempel på kapasitet i oppfølging. Ved slike tilfeller fikk de hjelp til å prioritere og løsningen ble å skille ADHD fra oppfølging av overvekt eller fedme. I enkelte tilfeller ble oppfølgingen av overvekt og fedme satt på vent til barnet eller ungdommen var ferdig utredet for ADHD.

Under oppfølgingen ble observasjoner fra informanter av barn og unge med tegn på ADHD eller en diagnose beskrevet å være i aktivitet slik som klatring, løpe fra en aktivitet til en annen og de hadde utfordringer med å sitte i ro. Ved et eksempel hadde foreldre forsøkt å sette grenser for et barn med en mulig ADHD ved å unngå å kjøpe usunn mat og ha det i hjemmet. Foreldrene hadde fortalt om en episode hvor det skulle serveres boller i hjemmet. Det hadde på forhånd vært flere poser med boller i fryseren. Det viste seg at barnet hadde vært i fryseren og spist opp de frosne bollene. Og når bollene skulle serveres fant foreldrene tomme poser med hull i, uten boller. Informantene beskrev denne atferden som en «drive» etter mat og hadde reflektert sammen med foreldre om hva som var årsak til atferden. Det ble også fortalt om lignende episode med «drive» for mat i et annet tilfelle, hvor en informant og et barn hadde vært og sett på en pepperkakeutstilling. Barnet hadde spurt om det kunne ta seg en bit av pepperkakeutstillingen. Informanten beskrev det på følgende vis:

Så det var ekstremt å stå og se på den her «driven» etter, ja ... om det var driven etter maten eller var det den her ... jeg tenker, uansett hva slags «drive» du vil ha etter noe,

når du får beskjed om at det er «nei» sammen med en fremmed voksen. Og likevel må ta, når jeg står og ser på

Informanten hadde forklart til barnet at man ikke skulle spise pepperkakehuset. Før informanten rakk å stoppe barnet, hadde barnet tatt en bit og løpt av gårde. Barnet ble beskrevet av informanten å ha utfordringer med å høre etter og styre impulser samt motstå fristelser. Barna i det to nevnte eksemplene fikk påvist ADHD i løpet av oppfølging eller etter endt oppfølging.

5.2.3 FAMILIEBASERT TILNÆRMING

Under oppfølgingen benyttet informantene en familiebasert tilnærming. Flere av informantene gjennomførte første samtale kun med foreldre. Foreldre hadde gitt tilbakemelding på at de bedre kunne forklare og snakke om utfordringer, når barnet ikke var til stede. Foreldre ble veiledet på håndtering av følelser og grenser hos seg selv og barnet. Eksempel på et slik tiltak kunne være grensesetting ved kosthold ved å øve på å stå imot fristelser. Det ble brukt eksempler fra tidligere erfaringer i oppfølging for at foreldrene skulle forestille seg situasjonen hos barnet og hvordan det var å styre impulser ved for eksempel matinntak.

Barn og unge ble involvert mer i oppfølgingen etter hvert og ungdom ble mer involvert enn yngre barn. En av informantene forklarte at det skyltes at ungdom hadde utviklet et større forhold til egen kropp. Og var mer bevisst en overvekt eller fedme hos seg selv og kunne oppleve å få kommentarer på kropp slik som «stor mage». Andre årsaker til at barn ble involvert gradvis i oppfølgingen skyldtes at foreldre i hovedsak styrte hvilken mat som var tilgjengelig i hjemmet til enhver tid, og hvilken mat som ble spist. En annen informant fortalte at hvis foreldrene lyktes med tiltak og var motiverte påvirket slik at barnet fikk det bedre også. Involveringen av barn og unge i oppfølgingen ble hos to av informantene trukket frem som et suksesskriterium for å lykkes i oppfølgingen. Ved å gi barnet eller ungdommen en forklaring på årsaken til oppfølging, innsikt og involvering i oppfølgingen utviklet de større forståelse. Ved et eksempel ble barn og unge beskrevet som viktige «endringsagenter» som kunne bistå foreldre ved for eksempel valg av mat i butikken eller ved matlaging. En av informantene forklarte det slik:

Jeg synes et suksesskriterium er at barna blir involvert. For barn er viktige endringsagenter. Og vi ser jo det i en familie at ... når barn har lært lure ting, for

eksempel nøkkelhullsmerket og er med foreldrene på butikken så kan de stille spørsmål «hvorfør kjøper du den tacolefsa og ikke den med nøkkelhull?»

Ved involvering av barnet eller ungdommen kunne de også stille spørsmål og reflektere sammen med foreldre. Det bidro til at barnet kunne forstå foreldrenes valg og handlinger bedre. En annen informant trakk frem et eksempel på en lignende involvering av barn eller ungdom. Ved å snakke «med» barnet fremfor å snakke «om» barnet i oppfølgingen. Videre ble samhandling mellom barn og foreldre trukket frem av flere informanter som viktig i oppfølgingen. Det ble nevnt eksempler på episoder hvor foreldre ikke snakket med sitt barn om overvekt eller fedme på grunn av frykt for å påvirke til utvikling av spiseforstyrrelser hos barnet eller ungdommen. Tiltak slik som veiledning i tilnærming av slike tema ble gjennomført. Et eksempel på slik tilnærming kunne være involvering av barnet eller ungdommen for å finne løsninger for hvordan foreldre kunne formidle og hjelpe barnet eller ungdommen med å sette grenser.

5.3 SAMARBEID OG SAMHANDLING OM ADHD

Samhandling med andre tjenester ble trukket frem som en viktig kilde for få kunnskap og innsikt i oppfølging av ADHD. Samarbeid og samhandling med barnehager og skoler ble sett på som en viktig arena for gjennomføring av tiltak i sekundærforebygging av barn med ADHD. Slike tiltak kunne være innen kosthold og aktivitet. Et eksempel på behov for samarbeid og samhandling var ved en episode, hvor løsningen ble å henvise barnet til utredning for ADHD fordi informanten ønsket å få svar på årsak til atferd hos barnet og samhandle med andre tjenester om oppfølging.

Samhandling ble også gjennomført for å innhente kunnskap om hvordan ADHD kunne følges opp og lære av andre faggrupper sin håndtering og løsninger i oppfølging. En av informantene fortalte om et eksempel hvor det hadde blitt forsøkt å henvende seg til helsesykepleier i kommunen for å få hjelp og verktøy for hvordan man kunne følge opp barnet med atferdsutfordringer. Helsesykepleieren hadde heller ikke kunnskap om hvordan det kunne følges opp. Andre arenaer som var viktig for samarbeid og utveksling av kunnskap var i barnehager, skoler og med psykologer. Ansvarsgrupper og samarbeidsmøter ble trukket frem som eksempler på møter mellom tjenester for å utveksle kunnskap og samhandle om oppfølging av barn og unge med ADHD, overvekt og fedme. Innenfor tjenesten ble kollegialt miljø ansett

som en viktig arena som også kunne bidra med utveksling av kunnskap og utvikling av oppfølgingen. Diskusjon og drøfting mellom kollegaer bidro til utvikling av fagkunnskap som førte til trygghet og selvstendighet som helsepersonell i sekundæroppfølging av barn og unge.

Samhandling med andre tjenester ble også beskrevet som utfordrende. Hos en informant ble det fortalt om et eksempel på kontakt med en atferdsterapeut som et barn gikk til, for å få kunnskap og hjelp til hvordan barnet kunne bli fulgt opp. Det lyktes ikke å komme i kontakt med atferdsterapeuten på grunn av terapeutens arbeidsbelastning, tid og kapasitet til samarbeid.

Hos en av informantene ble det fortalt om konsekvensene av manglende samarbeid og betydningen av å ha det under oppfølging. Et barn fikk oppfølging av overvekt og fedme ved en frisklivssentral og ble fulgt opp av en annen tjeneste for ADHD. Tiltakene som familien hadde fått ved frisklivssentralen var å øke bevissthet rundt inntak av mat ved å kjenne på sult og metthet ved at barnet hadde fokus på måltidet. Hos den andre tjenesten hadde familien fått tiltak som å benytte skjerm under måltidet for å få barnet til å være rolig i matsituasjonen. Dette var tiltak som ikke var i tråd med oppfølgingen av overvekt og fedme. Informanten fortalte om betydningen av å utveksle observasjoner, informasjon og kunnskap om både overvekt eller fedme og ADHD for å unngå å benytte mat som belønning hos barn og unge. Utveksling av kunnskap og informasjon kunne bidra til større forståelse og innsikt i de ulike tjenestenes oppfølging av barn og unge. Utveksling av informasjon mellom tjenester ble også trukket frem som en utfordring. I et eksempel ble ikke informasjon om at et barn som var henvist for utredning av ADHD gitt til helsepersonell som fulgte opp barnet for overvekt eller fedme. I tilfeller hvor barnet hadde manglende utvikling eller fremgang ble det henvist videre til spesialisthelsetjenesten for oppfølging.

5.3.1 ANSVAR FOR OPPFØLGING AV ADHD

Noen av informantene forklarte som følge av manglende kompetanse, erfaring og kunnskap med oppfølging av ADHD, at barn med symptomer eller diagnosen ble anbefalt å motta oppfølging fra andre tjenester. En av informantene fortalte at de hadde forbedringspotensial i utvikling av tilbud hos gruppen. Kapasitet og tid til å følge opp barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme ble også nevnt som viktig. En av informantene fortalte om lengre tidsbruk

i oppfølging enn frisklivssentralens tidsramme på 12 måneder. Informanter ved fedmepoliklinikken fortalte også om behov for lengre oppfølging hos barn og unge med ADHD, overvekt eller fedme.

Helhetlig tankegang og fordeling av ansvar i oppfølging av barn og unge med ADHD sammen med en overvekt eller fedme ble trukket frem som en utfordring hos informantene i studien. Ved oppfølging av barn med overvekt og fedme ved for eksempel en frisklivssentral, ble ikke frisklivssentralen ansett å ha ansvaret for å følge opp ADHD. Imidlertid ble helhetlig tankegang i oppfølgingen ved å inkludere ADHD trukket frem som et viktig suksesskriterium for å lykkes med endring i oppfølging av overvekt og fedme. Det å få avklaring av ansvar i oppfølging av ADHD og hvilken rolle for eksempel frisklivssentralen skulle ha ble trukket frem som et utviklingsområde i oppfølging av barn og unge med ADHD, overvekt og fedme.

Samarbeid om tiltak for å unngå motstridende råd ble trukket frem som viktig i oppfølgingen av barn og unge. Det ble også sett på som av betydning ved helhetlig tankegang i gjennomføring av tiltak på flere områder. Et eksempel på samarbeid med andre tjenester kunne være å sikre at for eksempel kosthold ble vektlagt i utredning av barnet for ADHD. Ved et eksempel hadde det ikke lyktes å etablere et godt samarbeid med barn- og ungdomspsykiatritjenesten når barnet gikk til oppfølging ved to steder.

5.4 FORBEDRINGSPOTENSIAL OG VERKTØY I OPPFØLGING AV ADHD

Flere av informantene trakk frem forbedringsområder i sekundæroppfølgingen hos barn og unge. Ved fedmepoliklinikken ble økt kunnskap om innhold i oppfølging av ADHD samt tiltak på atferd trukket frem. Kurs og konferanser for å øke kunnskap om ADHD for å få innblikk i hvordan oppfølging av ADHD kunne bli inkludert i sekundæroppfølgingen, ble nevnt som eksempler. En av informantene sammenlignet ADHD, overvekt og fedme med andre sykdommer slik som Bardet–Biedl syndrom eller autisme. Ved disse diagnosene hadde det blitt kommunisert på konferanser og kurs at barn og unge med disse diagnosene burde være forsiktige med mat. Informanten ønsket at det kunne komme mer kunnskap på lignende vis for barn og unge som hadde ADHD sammen med en overvekt eller fedme.

Et annet område som hadde behov for utvikling, var veiledning av foreldre i oppfølgingen. En av informantene fortalte om et behov for det generelt, i både primær- og sekundærhelsetjenesten. Informanten fortalte at ved å støtte foreldre til å stå i endringer og håndtere situasjonen, kunne det bistå familien i oppfølgingen. En annen informant fortalte om kurs som de hadde henvist foreldre til for å gi de slik veiledning. Et slikt kurs var emosjonsfokusert foreldreveiledningskurs i regi av barne- og ungdomspsykiatritjenesten. Informanten fortalte at et slikt kurs kunne benyttes i sekundæroppfølgingen ved å inkludere overvekt eller fedmerelaterte problemstillinger. En av informantene fortalte om behov for en mer systematisk tilnærming i sekundæroppfølging med verktøy for hva som fungerte for å følge opp barn og unge med ADHD. Informanten fortalte om erfaringer hvor det var tilfeldig og individuelt hva som fungerte av tiltak i oppfølgingen. Eksempel på verktøy kunne være hvordan barn skulle stå imot fristelser og lære barnet å mestre sin egen situasjon. Pedagogiske verktøy ble også etterspurt for å forklare og videreformidle kunnskap til barn og foreldre.

6 METODEDISKUSJON

I dette kapitlet vil tidligere nevnte momenter fra metodekapitlet bli drøftet. Fordeler og ulemper med valgt metode, forforståelse, datainnsamling, analyse og tolkning vil bli drøftet. Det ble gjennom innsamling av det empiriske materialet i studien vektlagt fokus på refleksivitet, relevans og validitet. Disse tre faktorene vil i løpet av diskusjon av metode legges til grunn for å vurdere kunnskapen som ble produsert i denne studien (Malterud, 2018, s. 18). Refleksivitet er forsøkt drøftet ved å vurdere forskeren sin påvirkning i innhenting og bearbeidelse av datamaterialet. Relevans om funnene i studien blir drøftet til slutt i kapitlet. Validitet i studien er forsøkt forklart i foregående kapittel om metode, og blir ytterligere vurdert ved å drøfte valg hos forskeren underveis i studien.

6.1 METODEVALG

Slik som nevnt i beskrivelse av prosjektet (se vedlegg 2) ble kvalitativ metode ansett som relevant i denne studien for å få innblikk i helsepersonell sine erfaringer i sekundæroppfølging av barn og unge med ADHD og deres familier. Bruk av semistrukturerte intervju ble valgt fordi det var ønskelig å få frem informantens individuelle erfaringer fremfor en gruppe. Det ble også valgt denne metoden fordi det var en god måte å tilegne seg erfaring i å gjennomføre kvalitative intervju for en masterstudent. Som nevnt i metodekapitlet ble det benyttet semistrukturerte intervju for å innhente datamateriale fra helsepersonell ved frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud. Etter gjennomhøring av lydfil fra første intervju opplevde jeg at spørsmålene som ble stilt var lukket og bidro til lite beskrivelser ved enkelte spørsmål. Det førte til en endring av spørsmål i intervjuguiden. Ved å endre spørsmål opplevde jeg bedre forståelse hos informantene på hva som ble etterspurt, og de fortalte mer utfyllende beskrivelser om deres erfaringer (se vedlegg 4).

Min forforståelse og perspektiver om feltet kan ha spilt en rolle i gjennomføringen av intervjuene, da det kan ha påvirket fokus og hva som har blitt oppfattet som relevant å følge opp med oppfølgende spørsmål. Omfanget av det semistrukturerte intervjuet trekkes frem av Malterud (2018, s. 133) av å være betinget av hvilken hensikt studien har og av interaksjonen mellom informant og intervjuer. I studien ble det vektlagt å bruke tid før oppstart av semistrukturerte intervju for å etablere en god relasjon med informantene. Det ble gjennomført en samtale før intervjuet for å gi informantene innsikt i gjennomføring og presentasjon av tema

for spørsmål. Det kan ha bidratt til at informantene opplevde å få en bedre oversikt og bli bedre forberedt for spørsmål under intervjuet.

Dynamikken mellom informanter slik som i fokusgruppe intervju, kan også påvirke tilgang på informantens beskrivelser og forståelse om temaet. I følge Malterud (2018, s. 70) kan dynamikk mellom informanter påvirke deres muligheter til å dele meninger som er motstridende fra andres meninger eller påvirke deres lyst til å dele private meninger om temaet. Samtidig vil et semistrukturert intervju være avhengig av at intervjuer og informant oppnår en god relasjon som fører til at informanten ønsker å dele sine opplevelser og meninger på temaet. Som nevnt i metodekapittelet var det i utgangspunktet planlagt å inkludere kun semistrukturerte intervju i studien, men på grunn av utfordringer med å få rekruttert tilstrekkelig antall informanter ble et fokusgruppeintervju inkludert.

Fokusgruppeintervjuet skiller seg fra semistrukturerte intervju blant annet ved at det får frem beskrivelser og erfaringer fra et gruppeperspektiv. I pilotprosjektet var det ønskelig med å få frem denne dynamikken mellom informantene for å få erfaringer og tolkninger fra deres arbeid ved en fedmepoliklinikk. Dynamikken slik som i semistrukturerte intervju mellom informant og intervjuer påvirkes også av samspillet mellom alle informanter i utveksling av erfaringer. I tillegg påvirkes fokusgruppeintervjuet i større grad av intervjuer og moderator sine evner og erfaringer med å styre samtalen og innhente erfaringer fra informantene ved samtale seg imellom. I følge Kitzinger (1994, s. 107) skjer en innhenting av erfaringer når informanter virker inn i samtalen som en med-moderator. Det fører til at dynamikken mellom informantene fungerer bedre og erfaringer blir utvekslet ved å vise likheter og ulikheter i deres meninger. Fokusgrupper avhenger også av graden av homogenitet som vil si likhet. I følge Malterud (2012, s. 44) fører det til at informanter kan kjenne seg igjen i andre informanters beskrivelser og informantene kan være åpne og fortelle om temaet for samtalen uten påvirkning av maktforskjeller mellom informantene. Semistrukturert intervju med en informant har fordel ved å kunne gå inn i dybden av forklaringer og erfaringer hos informanten. I følge Malterud (2012, s. 21) er det ved fokusgruppeintervju mindre tid tilgjengelig til å få en bekreftelse for om man har riktig forståelse over hva informanten har forklart ved en såkalt dialogisk validering.

6.2 FORFORSTÅELSE OG BAKGRUNN HOS FORSKER

Generelt innenfor forskning, samt i denne studien, påvirkes bearbeidelse og tolkning av den kvalitative forskningen av forskerens forforståelse. I følge Malterud (2018, s. 44) kan forforståelse hos forskeren ses på som en ryggsekk. Det man har med i sekken påvirker hvordan man gjennomfører innsamling, tolkning og analyse av data. Malterud nevner videre at erfaringene kan påvirke både positivt og negativt ved at det kan bidra til å fremme eller hemme forskningen. Forskeren sine erfaringer, faglige perspektiver og den teoretiske referanserammen ligger til grunn for forskeren sin forforståelse.

Gjennom utdanning og arbeid som fysioterapeut har jeg erfart betydningen av å forebygge utvikling av overvekt og fedme. Jeg har i arbeid med barn og unge sett betydningen av å vektlegge slike tiltak. Masterutdanning innen klinisk helsevitenskap i feltet fedme og helse har ført til at jeg har erfart at overvekt og fedme hos mennesker er mer komplekst enn hva jeg trodde på forhånd. Før jeg startet masterutdanningen var inntrykket mitt at overvekt og fedme var en del av et større bilde hvor ikke bare individets egenskaper og forutsetninger virker inn på utvikling av overvekt eller fedme, men også omgivelsene individene lever i. Gjennom masterutdanningen fikk jeg i tillegg til å få mer kunnskap om kompleksiteten rundt utvikling av overvekt og fedme, også et innblikk i innvirkningen fra andre sykdommer eller diagnoser. Fra før av var det ukjent for meg at utviklingsforstyrrelser slik som ADHD kunne påvirke eller innvirke på utviklingen av overvekt og fedme. Eksempel på andre utviklingsforstyrrelser kan være autisme, epilepsi eller cerebral parese (Folkehelseinstituttet, 2014b). Ved forelesninger og forskning i studiet ble jeg nysgjerrig på sammenhengen mellom overvekt, fedme og ADHD. Min forforståelse av temaet i studien baserer seg på tidligere erfaringer fra arbeid som fysioterapeut og kunnskap fra masterutdanningen innen fedme og helse.

Ved fokusgruppeintervjuet ble det anvendt en intervjuer med erfaring i å gjennomføre gruppeintervju og moderator med fagbakgrunn fra utviklingsforstyrrelser slik som ADHD. På denne måten kan det ha hatt betydning for innhenting av materiale i studien, hvor større grad av erfaring i å gjennomføre intervju og stille gode oppfølgingsspørsmål kan ha bidratt til et bedre datamateriale med mer beskrivende eller utdypende svar hos informanten. Samtidig kan mye kunnskap i feltet ha ført til at intervjuer eller moderator har fokusert for mye ut ifra sitt ståsted og perspektiver fremfor å se nye mønster (Malterud, 2018, s. 45). På en annen side kan

ulikhet i arbeidssted hos informantene også ha virket inn på datamaterialet. Siden informantene representerer helsepersonell ved spesialisthelsetjenesten sammenlignet med informantene ved de semistrukturerte intervjuene som representerer primærhelsetjenesten. Det kan også ha bidratt til variasjon og ulikhet i datamaterialet.

Inkludering av datamateriale som jeg selv ikke har samlet inn, kan ha påvirket min forståelse og tolkning. Ved å kun høre lydfil og transkribere til tekst kan jeg ha gått glipp av nonverbal kommunikasjon og inntrykk til bruk i senere analyse. I følge Malterud (2018, s.69) starter analysen allerede ved datainnsamling og fortsetter videre ut i analysearbeid med materialet. Ved at jeg ikke var deltagende i innsamlingen av fokusgruppeintervju, er det utfordrende å vurdere den andre intervjueren og moderatoren sin innvirkning på datamaterialet, samt hvordan deres fagkunnskap og perspektiver har påvirket materialet.

6.3 UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalgsriterier og rekrutterte informanter til studien kan ha påvirket datamaterialet i studien. Som nevnt tidligere i metodekapittelet under utvalg, var det flere informanter som ble forsøkt rekruttert til deltagelse i studien. Flere av informantene takket nei til deltagelse i studien, fordi de hadde ikke kjennskap til ADHD i kombinasjon med overvekt eller fedme i sekundæroppfølging hos barn og unge. Flere besvarte forespørselen med at deres arbeidserfaring fra feltet var knyttet til oppfølging av overvekt eller fedme og manglende innsikt om barn og unge hadde ADHD symptomer eller diagnosen var også en av forklaringene. I andre tilfeller ble barn og unge med ADHD fulgt opp individuelt av helsesykepleier i kommunen. Ved utvalg av informanter ble det fokusert på helsepersonell som jobbet i frisklivsentraler med sekundæroppfølging til barn og unge. Etter hvert som rekrutteringen tok til, ble også informanter som jobbet ved kommuner med frisklivstilbud inkludert for å forsøke å få flere informanter.

Som nevnt tidligere i metodekapittelet førte et manglende frisklivstilbud enten ved kommunen eller ved en frisklivsentral til at det ble rekruttert få informanter og det var utfordrende å få kontakt med flere. Det ble forsøkt å rekruttere informanter på to måter: først gjennom et felles nettverk for overvekt og fedme, deretter ved direkte kontakt med kommuner og

frisklivssentraler. Som nevnt i utvalg i metodekapittelet kan forskningsspørsmålet og hensikten i studiet ha påvirket utvalget. Søkelyset var i utgangspunktet rettet mot sekundæroppfølging av overvekt eller fedme hos barn og unge og helsepersonell som hadde erfaring med ADHD hos denne gruppen. Det kan ha bidratt til at flere av informantene hadde kunnskap og erfaring innen overvekt eller fedme problematikk fremfor ADHD. Sett i ettertid av gjennomføringen av studien kunne for eksempel helsepersonell som fulgte opp ADHD blitt inkludert slik som helsesykepleier eller helsepersonell ved barne- og ungdomspsykiatritjenesten.

Med fire informanter fra kommuner med frisklivstilbud eller frisklivssentral var jeg usikker på om det ble tilstrekkelig informasjon til å gjennomføre analysen på en pålitelig måte. Samtidig var det på forhånd utfordrende å forutsi hvor god informasjonsstyrke hver enkelt informant gav. Etter å ha transkribert de fire intervjuene med informanter fra kommuner med frisklivstilbud eller frisklivssentral ble det drøftet med veileder og vurdert at datamaterialet trengte et større utvalg. Fokusgruppeintervju gjennomført med helsepersonell ved spesialisthelsetjenesten ble derfor inkludert i datamaterialet. I følge Malterud (2018, s.63-64) kan få informanter være tilstrekkelig for å gi et rikt datamateriale dersom informantene bidrar med såkalt «høy informasjonsstyrke» og fire til syv informanter trekkes frem av Malterud som et tilstrekkelig antall. Rekruttering av informanter til studien stoppet med andre ord opp på grunn av tilgjengelighet i informanter.

Utfordringene med å få tak i nok informanter til studien fikk meg til å reflektere i prosessen om det skyldtes at det ikke fantes mange barn og unge med ADHD sammen med overvekt eller fedme. Samtidig kan det være påvirket av informantenes kjennskap og kunnskap om ADHD, som igjen påvirker deres erfaring og kompetanse til å observere symptomer eller diagnosen. Selv om jeg som forsker brukte tid på å forklare informanter i rekrutteringen hva hensikten med studien, var opplevelsen at de takket nei og henviste til primærhelsetjenesten for å snakke med helsepersonell som fulgte barn individuelt ved for eksempel helsestasjon eller skolehelsetjenesten. Erfaringen var at det ikke var så mange frisklivssentraler eller kommuner som hadde et tilbud for barn og unge. Flere av kommunene som jeg tok kontakt med hadde et tilbud for voksne med overvekt eller fedme. Hos informantene som kun hadde et tilbud til voksne ble løsningen for oppfølging av barn og unge, behandling i primærhelsetjenesten som erstatning for et frisklivstilbud. Ifølge Kristensen og Ravn (2015, s. 729) kan enkelte temaer i

forskning være enklere å utforske enn andre. De mest utfordrende temaene er de som folk enten ikke ønsker å prate om eller ikke ser betydningen av. I denne studien var det flere informanter som ikke ønsket å delta på grunn av manglende kjennskap eller nylig erfaring med oppfølging av ADHD hos barn og unge. Dette kan være et eksempel på et tema som kan være utfordrende slik som Kristensen og Ravn nevner. Fokus på ADHD sin betydning i sekundæroppfølging av barn og unge med overvekt eller fedme kan være et slikt tema, som enda ikke har blitt sett på som betydningsfullt.

6.4 DATAINNSAMLING

For å få bedre innsikt i kunnskap på ADHD og sekundæroppfølging av overvekt og fedme ble forskning på feltet lest før datainnsamling. Slik som Kvale og Brinkmann beskriver er det essensielt med kunnskap om tema i intervjuet for å kunne følge opp med oppfølgende spørsmål til informanten (2018, s. 84). En kunnskapsoppdatering på feltet bidro også til at jeg som forsker ble bevisst på bruken av fagterminologi og ble vektlagt ved utvikling av intervjuguide ved bruk av spørsmål som tok i bruk ord og uttrykk som var kjent for informantene. Bruk av fagterminologi bidro til at informantene kunne få opplevelse at jeg som intervjuer hadde innsikt i deres fagterminologi. Det ble vektlagt i forkant, underveis og etter intervjuet å etablere en god dialog med informantene. Sammen med bruk av fagterminologi og god dialog med informantene kan det ha ført til en bedre relasjon med informantene.

Intervjuguiden ble også gjennomgått for å se om det var noe som måtte justeres eller endres av spørsmål. Valg av ord i på behandling hos helsepersonell ble justert etter tilbakemelding fra helsepersonell i fagmiljøet fra «behandling» til «sekundæroppfølging». Intervjuguiden ble øvd gjennom flere ganger før oppstart av datainnsamlingen. Det bidro til at jeg ble mindre bundet til intervjuguiden og kunne i større grad rette oppmerksomheten på informanten. Etter å ha gjennomført det første intervjuet, erfarte jeg ved evaluering og gjennomhøring av lydfil behov for forbedring av min rolle som intervjuer. Det var gjennomgående at jeg hadde behov for å være mer bevisst i hvordan spørsmål ble stilt og hva jeg fulgte opp med oppfølgingsspørsmål.

Som nevnt tidligere i metodekapittelet ble noen av spørsmålene i intervjuguiden endret. Jeg opplevde under intervjuet enkelte spørsmål som «lukket», noe som førte til at informanten delte

lite informasjon. Ved gjennomføring av neste intervju opplevde jeg at spørsmålene bidro til at informanten i større grad åpnet opp for å dele kunnskap. Til tross for at denne opplevelsen kan ha vært subjektiv ut fra min oppfattelse og påvirket av ulike informanter, erfarte jeg at endring av spørsmålene bidro til at informantene fortalte mer med «åpnere» spørsmål. Det førte til en bevisstgjøring av betydningen av å stille gode spørsmål for å innhente informasjon fra informanter. Formulering av spørsmål opplevde jeg at hadde innvirkning på informantens motivasjon til å fortelle og dele kunnskap. Jeg erfarte selv etter gjennomføring av flere intervju at spørsmål kunne oppfattes forskjellig av informantene. På denne måten måtte jeg i intervjusettingen forsøke å fange opp informantens kroppsspråk og svar. I tilfeller hvor jeg ble usikker på hva informanten mente eller hva jeg mente forsøkte jeg å gjøre en dialogisk validering (Malterud, 2018, s. 193). På denne måten kunne jeg få bekreftet om jeg forsto informantens utsagn riktig og informantene kunne få en opplevelse av at jeg var oppmerksom og lyttende i intervjuet.

Før innhenting av datamateriale i studien forsøkte jeg å legge bort min tidligere erfaring og kunnskap om ADHD, overvekt og fedme, for å unngå at det påvirket spørsmål og fokus i innsamling og analyse av datamaterialet. Som nevnt innledningsvis forsøkte jeg å legge vekt på refleksivitet under datainnsamlingen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s.273) forsøker man i kvalitativ forskning å reflektere over sin egen påvirkning i forskningen ved å være bevisst sine egne oppfattelser og tolkninger og på den måten vurdere sin objektivitet. Til tross for det kan mine erfaringer innen kvalitativ forskning og kunnskapsgrunnlag, ha påvirket innsamling av datamaterialet og analyse i studien ubevisst. Jeg stilte for eksempel spørsmål under intervjuet som ikke bidro til å gi meg tilstrekkelig innsikt i viktig informasjon fra informantene og jeg fanget ikke opp et viktig budskap som ble formidlet av informantene. Kvale og Brinkmann (2018, s.85) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som et håndverk hvor ferdigheter og erfaringer hos forskeren innvirker på graden av kvaliteten i datamaterialet. I forkant av intervjuene hadde jeg øvd gjennom intervjuet og hadde oppfattet at jeg brukte mye bruk av «ja», «mm» og «nei» for å bekrefte svar. Det ble lagt vekt på å være åpen og i størst mulig grad forsøke å benytte nonverbal kommunikasjon med nikk som bekreftelse på informantens svar. På denne måten opplevde jeg at informantene fortalte mer og ikke ble stoppet av min reaksjon eller bekreftelse på deres mening. Etter hvert som jeg fikk mer erfaring som intervjuer opplevde jeg en bedre flyt i samtalen og datamaterialet inneholdt dypere beskrivelser og forklaringer fra informantene.

I takt med økende erfaring ved gjennomføring av intervju, ble jeg mer trygg på min rolle som intervjuer. Det førte til at jeg kunne fokusere mer på informantens svar og gå mer i dybden av deres forklaringer og beskrivelser. Bevissthet rundt min egen rolle under datainnsamlingen bidro også til at jeg utviklet mine intervjuferdigheter. Det ble lettere å observere kroppsspråk og ha fokus på informanten og samtalen. Samtidig ble det etter flere intervju bedre å huske intervjuguiden utenat og gjorde det lettere å tilpasse spørsmål og oppmerksomhet rettet mot informanten. Som nevnt tidligere i metodekapittelet opplevde jeg det enklere å huske situasjoner og forklaringer fra informantene hvor jeg samlet inn datamaterialet. Det bidro til at jeg forsto forklaringer eller uttrykk fortalt av informanten bedre ved transkriberingen. Til tross for ulik involvering i datainnsamling av de semistrukturerte intervjuene og fokusgruppeintervjuet kan det selv om det ble forsøkt å transkribere så objektivt som mulig, ha blitt påvirket av min forforståelse for hva som ble oppfattet som relevant. Ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s.91) bidrar gjennomføring av intervju og gjennomhøring av intervju til at forskeren utvikler selvtilit som intervjuer og det bidrar til en tryggere og stimulerende intervjusetting. Det gir også muligheter for å utvikle, endre og justere spørsmål i intervjuet og forskeren blir bedre på å stille oppfølgingsspørsmål. På en annen side førte transkribering av lydfiler underveis i datainnsamlingen til at jeg kunne reflektere over min innvirkning på intervjuet, ved for eksempel formulering av spørsmål, evne til å lytte og bruk av nonverbal kommunikasjon.

Videre ble det i transkribering av intervjuene ble informasjon som kunne identifisere eller gjenkjenne informanten anonymisert. Ved å gjennomføre transkripsjoner selv, hadde jeg en større innsikt i hvordan dataen ble anonymisert. Samtidig ble det, som nevnt tidligere, innsamlet datamaterialet i studien fra et fokusgruppeintervju gjennomført av to andre forskere. Ved transkribering av fokusgruppeintervjuet var det mer utfordrende å forstå hvilke data som var mer betydningsfullt enn andre deler i intervjuet. Sammenlignet med transkribering av semistrukturerte intervju som ble gjennomført av meg selv, husket jeg bedre informantens nonverbale kommunikasjon. Samt hvilke deler av intervjuet som ble uttrykt med større betydning ved bruk av nonverbal kommunikasjon hos informanten.

6.5 ANALYSE OG TOLKNING

Ved gjennomføring av analyse av det empiriske materialet ble det som nevnt tidligere under metode, benyttet systematisk tekstkondensering. På forhånd var oppfattelsen at det var en systematisk og oversiktlig analysemetode. Ved bruk av denne metoden opplevde jeg at det var nyttig at metoden hadde en forklarende prosess med trinnvis analyse. Den trinnvise analysen bidro til at jeg som forsker i studien kunne starte analysen allerede når første intervju var gjennomført og transkribert.

Til tross for valg av en trinnvis analyse opplevde jeg at det var lett å bli ivrig og forhastet i analysearbeidet. Det resulterte i at jeg tolket materialet for overfladisk og begrenset, noe som førte til at jeg valgte bort vesentlig kunnskap i analyse av materialet. Under veiledning av veileder fikk jeg hjelp til å se data i sammenheng med forskningsspørsmålet i studien. Det førte til at jeg så materialet på en ny måte og det bidro til en kreativ prosess. Slik som Malterud (2018, s. 111) forteller kan gjennomføring av de fire analysetrinnene før man har gjennomført flere intervjuer føre til en negativ innvirkning på kreativitet i analyseprosessen. Det ble lagt vekt på å gjøre analyse ved bruk av de to første trinnene i systematisk tekstkondensering underveis i datainnsamlingen. Diskusjon med veileder underveis om midlertidige koder var også viktig for at jeg skulle reflektere over materialet og hvorfor jeg hadde fanget opp enkelte koder som viktigere enn andre. Kodene som til slutt ble inkludert i resultatet av analysen ble slik som Malterud (2018, s. 110) beskriver rekontekstualisert ved å gå tilbake i materialet og se på settingen kodene ble hentet ut ifra. På denne måten ble jeg nødt til å gå tilbake i den opprinnelige transkriberte teksten for å se hvilken sammenheng koden var hentet fra og vurdere gyldigheten av koden opp mot spørsmål og svar hos informanten.

Det å være ny som forsker innen det kvalitative forskningsfeltet og bruke systematisk tekstkondensering i analysen kan ha ført til at det er datamateriale i studien, som ikke har kommet frem eller som ikke har blitt oppfattet som viktig. Det kan ha hatt betydning i analyse og resultat i studien. Det ble forsøkt å gå gjennom materialet ved andre trinn av analysen med utvikling fra temaer til koder, for å forsøke å sikre at alt datamateriale ble inkludert. Slik som Malterud (2018, s. 106) forteller, innvirker vår faglige bakgrunn og perspektiv hvordan vi oppfatter og tolker materialet og avgjør hvilke koder man anser som betydningsfulle. Ved å drøfte kodene i analyseprosessen, slik som i mitt tilfelle med veileder, bidro det til at kodene

som ble utviklet ble flertydige og kunne forstås på flere måter (Malterud, 2018, s.106). Etter hvert i analysen av flere transkriberte intervju, opplevde jeg at prosessen gikk mer automatisk og det ble enklere å etablere koder. Ved å skrive kondensat i jeg- form og så i tredjeperson-form gjorde at jeg fikk dypere innsikt i hva hver enkelt kode inneholdt. Imidlertid kan jeg på dette trinnet i analysen ha blitt påvirket av min faglige bakgrunn og perspektiver. Jeg forsøkte underveis å være objektiv samt å beskrive hva jeg oppfattet uten å tolke for mye.

Ved inkludering av flere informanter i studien viste det seg ved analyse av datamateriale at det ikke førte til ny informasjon, men det var gjennomgående temaer som ble nevnt hos hver enkelt informant. Selv om oppfattelsen var at det ikke kom noen ny informasjon inn i datainnsamlingen, kan det ha blitt påvirket av flere årsaker. Det kan skyldes hvilke spørsmål som ble stilt under intervjuet samt forskeren sin evne til å følge opp og se viktige poeng i intervjusettingen. På en annen side kan også erfaring og kunnskap om ADHD ha påvirket hva som har blitt vurdert som betydningsfullt innhold i datamaterialet (Malterud 2018, s. 65). Selv om jeg på forhånd leste meg opp innen feltet overvekt, fedme og ADHD kan jeg på grunn av lite erfaring i kvalitativ forskning og innen fagfeltet ha for lite kunnskap om slike påvirkninger påvirker datamaterialet. Samtidig kan også inkludering av flere informanter ha bidratt med informasjon som førte til at mønster ble mer synlig i datamaterialet.

7 RESULTATDISKUSJON

I dette kapittelet vil resultatene i studien drøftes sammen med forskningsspørsmålet. For å vurdere og drøfte resultatene vil det også bli sett i lys av en biopsykososial modell og forskning innen overvekt, fedme og ADHD, som er presentert tidligere i bakgrunn – og teorikapittel. Forskningsspørsmålet i studien er: *Hva er helsepersonell som jobber i frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk i Trøndelag sine erfaringer med sekundærforebygging av barn og unge med ADHD?*

Før diskusjon av funn vil det presenteres et kort sammendrag av resultater i studien. Det var fire hovedfunn etter analyse av datamaterialet 1) Mangel på kunnskap og erfaring med ADHD hos helsepersonell. 2) Helsepersonell sitt fokus i oppfølgingen var på overvekt eller fedme fremfor ADHD. 3) Det er behov for fordeling av roller og ansvar av oppfølging av ADHD hos helsetjenestene. 4) Det er potensial for forbedring og nødvendig å finne verktøy for oppfølging av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme.

7.1 KUNNSKAPSGRUNNLAG OG KOMPETANSE INNEN ADHD

Som nevnt innledningsvis og ved drøfting senere i kapittelet, hadde sekundæroppfølgingen hos barn og unge fokus på overvekt og fedme. Sett opp mot dette funnet kan det tenkes at kunnskap og kompetansegrunnlaget hos informantene i studien kan ha påvirket fokuset i sekundæroppfølgingen. Samtidig ble det også fortalt et eksempel hvor også andre hadde ulik kunnskap om ADHD. For eksempel hadde foreldre eller personell i skole, ulik kunnskap om symptomer på ADHD. Som forklart i resultatkapittelet var det ulike oppfattelser om «lav impuls kontroll» og «hyperaktivitet» var et symptomer på ADHD eller om symptomene ble forstått som at barnet hadde mye «energi». For å sikre en riktig og oppdatert kunnskap og innsikt i diagnosen, vil tiltak som bidrar med informasjon være viktig. Dette er i tråd med nasjonal faglig retningslinje for ADHD, hvor personer som får påvist ADHD får opplæring og informasjon om diagnosen (Helsedirektoratet, 2016). I tillegg mottar familiemedlemmer, personell i barnehage og skole informasjon. På denne måten øker forståelsen og oppfattelsen av ADHD. På samme måte skal kommuner bidra med informasjon om hvordan enkeltindivider og innbyggere skal forebygge sykdom og fremme helse ved for eksempel oppfølging ved frisklivssentraler med forankring i folkehelseoven (2011, §7). Ved sekundæroppfølgingen vil også tiltak som gir individet kunnskap om diagnosen være viktig for motivasjon og mestring i oppfølgingen. Helsepersonell i studien fortalte om erfaringer hvor deres kunnskap– og

kompetansegrunnlag om ADHD påvirket oppfølging hos barn og unge. En av informantene beskrev kunnskapen slik:

Generell kunnskap om lidelsen ADHD ... ikke så veldig mye egentlig. For det har alltid kommet litt sekundært i forhold til hva jeg har utdannet meg til og hva jeg har jobbet med også. Men det er jo en tydelig sammenheng, ser det ut som for meg. Mellom barn med overvekt og ADHD. Det er i hvert fall mange som ... som har begge deler. Så man kommer jo innom det på et vis. Men jeg har ikke noen direkte erfaring med behandling av ADHD konkret.

Helsepersonell i studien fortalte om en generell kunnskap som innebar kunnskap om symptomer og hva diagnosen innebar. Av de syv informantene i studien hadde bare én innsikt i hvor mange barn og unge som hadde ADHD i sekundæroppfølgingen. Kunnskap om ADHD var fra tilbake i tid og ble beskrevet som mangelfull i oppfølging av barn og unge med ADHD. Informantene hadde fått kunnskapsoppdatering via erfaring i feltet eller fra kollegaer. Sett opp mot en biopsykososial modell (Engel, 1977) vil det å ta med alle faktorer innen både biologiske, psykologiske og miljøfaktorer være vesentlig. ADHD kan bli sett på som en psykologisk faktor som kan påvirke overvekt eller fedme. Et eksempel på det kan være hvis helsepersonell har en kompetanse som er generell, kan det hende at ADHD muligens ikke blir sett på som en psykologisk faktor og som har betydning for en samlet vurdering av årsakene til utvikling av overvekt og fedme. Dette kan påvirke barnet eller ungdommens respons på oppfølging fordi man ikke betrakter oppfølging av ADHD i kombinasjon med overvekt eller fedme som relevant.

En variasjon i kunnskap og kompetanse om ADHD kom også til syne ved rekruttering av informanter til studien. Som nevnt i metodekapittelet var det utfordring med å rekruttere helsepersonell som arbeidet med sekundæroppfølging av barn og unge med ADHD, overvekt og fedme. Ved flere tilfeller uttrykte helsepersonell at de ikke hadde kjennskap til barn eller unge med ADHD sammen med en overvekt eller fedme. I andre tilfeller hadde annet helsepersonell slik som for eksempel helsesykepleier eller barne- og ungdomspsykiatritjenesten ansvar for oppfølging av ADHD. Eksemplene nevnt ovenfor kan være en indikasjon på at ADHD i assosiasjon med overvekt og fedme bør tematiseres og løftes frem med ytterligere forskning. En tematisering av ADHD i sekundæroppfølging vil også kunne bidra til at helsepersonell blir i stand til å gjenkjenne og kartlegge faktorer som påvirker assosiasjonen. Det vil også bidra til en helhetlig oppfølging som tar høyde for både biologiske,

psykologiske og sosiale faktorer. Samtidig vil også studier som undersøker effekten av oppfølging hos barn og unge være betydningsfullt for helsepersonell sin tilnærming.

7.2 SEKUNDÆROPPFØLGING FOR BARN OG UNGE-FOKUS PÅ OVERVEKT OG FEDME

Som nevnt tidligere har barn og unge som utvikler fedme i barn- og ungdomsår fem ganger større sannsynlighet for å utvikle fedme i voksenalder (Simmonds mfl. 2015). I tråd med retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge har fastlege og helsesykepleier ansvar for å finne og kartlegge risikofaktorer for overvekt eller fedme. ADHD kan bli forstått som en risikofaktor eller en tilleggsfaktor som påvirker både oppfølgingen og mestring av tiltak. Ved oppfølging av overvekt og fedme vil det å ta høyde for påvirkning av en eventuell ADHD være viktig for å lykkes i tiltak. I tillegg trekkes behovet for tverrfaglig samarbeid i det forebyggende arbeidet frem (Helsedirektoratet, 2010a). Helsepersonell i studien fortalte om erfaringer fra sekundæroppfølging av barn og unge, hvor fokuset først og fremst lå på overvekt eller fedme og ADHD ble sett på som en tilleggsdiagnose. Den generelle kunnskap om ADHD kan ha bidratt til denne delingen av oppfølging av ADHD, overvekt og fedme. Sett ut ifra en biopsykososial modell (Engel, 1977) bør overvekt, fedme og ADHD ses i sammenheng med en forståelse av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som påvirker hverandre. Kunnskap hos helsepersonell kan påvirke deres mulighet til å vurdere ADHD som en faktor som påvirker overvekt eller fedme. Det kan også være en forklaring på hvorfor oppfølgingen fokuserer i hovedsak på overvekt eller fedme.

Som nevnt i foregående funn om kunnskap hos helsepersonell, kan kunnskapen ha ringvirkninger og være årsak til at fokuset i oppfølgingen i hovedsak involverer overvekt eller fedme. Mangel på kunnskap kan igjen påvirke helsepersonellet sin mulighet til å vite hvordan ADHD bør følges opp. Ved å benytte kunnskapsbasert praksis i sin yrkesutøvelse kan helsepersonell utvikle sin praksis og oppfølging av tiltak med bakgrunn iblant annet forskning (Walshe & Rundall, 2001, s.431). I tillegg kan også kunnskapsbasert praksis inkludere kunnskap som baseres på erfaringer fra feltet og fra pasienters situasjon. Ved å benytte en slik praksis kan helsepersonell reflektere og vurdere hvilket grunnlag oppfølgingen og tiltak baserer seg på (Fønhus, 2019; Helsebiblioteket, 2016). Et eksempel på kunnskapsbasert praksis kom til uttrykk hos en av informantene i studien, hvor informanten sammen kollegaer hadde opplevd

flere tilfeller med at barn som hadde ADHD burde bli prioritert foran andre barn som ikke hadde diagnosen ved oppfølging av overvekt eller fedme. Ved andre tilfeller fortalte helsepersonell om erfaringer med prioritering av oppfølging av overvekt og fedme under parallelle oppfølgingsløp av ADHD. I slike tilfeller måtte oppfølgingen av overvekt eller fedme settes på vent eller begrenses. Sett opp mot den biopsykososiale modellen som vektlegger mer helhetlig prosess med involvering av både biologiske, sosiale og psykologiske faktorer, vil det være ugunstig å skille ADHD fra oppfølgingen av overvekt eller fedme. ADHD kan bli sett på som en psykologisk faktor som påvirker overvekt eller fedme hos barn og unge. Ved å følge opp ADHD sammen med overvekt eller fedme kan det føre til en mer helhetlig oppfølging og over tid bedre resultat i oppfølgingen.

Kunnskapsgrunnlaget om ADHD kan ha påvirket helsepersonellens trygghet og mulighet til å observere og ta tak i ADHD i oppfølgingen. Det var varierende om ADHD ble kartlagt systematisk i oppfølgingen av overvekt eller fedme. Samtidig kan denne delingen også ligge på systemnivå hvor utredning og oppfølging i helsetjenesten ved utredning og oppfølgingsløp er delt opp hver for seg for diagnosene. Samarbeid og samhandling med andre tjenester vil være essensielt for å kunne sikre et oppfølgingsløp som vektlegger ADHD, overvekt og fedme. Dette drøftes nærmere i avsnittet om samarbeid og samhandling senere i kapitlet.

7.3 KARTLEGGING AV ADHD I OPPFØLGINGEN

Som nevnt tidligere i teorikapitlet, vil bruk av en biopsykososial modell bidra til å kartlegge og forstå hvilke påvirkningsveier som fører til utvikling av ADHD, overvekt og fedme (Russell & Russell, 2019). Ved å inkludere familien i kartleggingen kan man se på muligheter for en genetisk påvirkning i utvikling av ADHD. I tilfeller hvor foreldre har en ADHD, bør helsepersonell ha kjennskap til risikoen for arvelighet av diagnosen. Dette er i tråd med forskningen som viser at ADHD er genetisk overførbart til barn og man bør se genetikk sammen med andre faktorer for å forstå utviklingen av ADHD (Thapar mfl. 2012). Helsepersonell i studien hadde ulike erfaringer med hvordan ADHD eller symptomer på diagnosen ble kartlagt i sekundæroppfølgingen. I tillegg ble også familien kartlagt sammen med barnet eller ungdommen. Det var varierende om ADHD ble kartlagt spesifikt. En mer systematisk kartlegging av ADHD under oppfølgingen har betydning for å kunne følge opp ADHD. Sammen med fedme viser forskning at begge diagnosene kan forklares ved genetikk, som en

av flere årsaker til utvikling. Personer som er genetisk predisponert for fedme, viser seg å ha en høyere BMI. I tillegg førte genetikk og miljø sammen til et fedmefremkallende miljø som bidro til høyere BMI (Brandkvist mfl. 2019). Det vil være vesentlig å kartlegge alle andre påvirkningsfaktorer og se disse i sammenheng for å få en forståelse av hvilke faktorer som har ført til utviklingen av ADHD. Ifølge retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge er det viktig og blant annet kartlegge faktorer som fører til økt helserisiko. Slike risikoer kan være kartlegging av spiseatferd eller psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010a) og kan ha påvirket til utvikling av ADHD, overvekt og fedme. Ved framtidige utviklinger av retningslinjer vil det være vesentlig at fokuset på ADHD trekkes frem, siden forskning innen feltet viser flere forklaringer på en assosiasjon mellom fedme og ADHD.

I tillegg til kartlegging av risikofaktorer som forklarer årsaken til utvikling av ADHD, overvekt og fedme, bør man også ta utgangspunkt i slik som forskningen viser at overvekt og fedme fører til utvikling av ADHD. Og under oppfølging i større grad kartlegge genetikk og arvelighet for ADHD. Forskning viser at barn og unge sin tilnærming til mat er forbundet med arv og miljø og hvor vaner fra kosthold, aktivitet, økonomi og sosial tilknytning har betydning (Folkehelseinstituttet, 2014). I tillegg har personer med ADHD en økt risiko for fedme sammenlignet med personer uten diagnosen (Chen mfl. 2018). ADHD kan også påvirke fedme og overspising ved symptomer som hyperaktivitet og impulsivitet (Davis mfl. 2009). Det er viktig at helsepersonell er bevisst observasjon av symptomer på ADHD, ved for eksempel spiseatferd med tanke på impuls kontroll eller planlegging av måltidsrytme. Forskning har også vist at miljøfaktorer, i tillegg til en genetisk årsak, kan påvirke koblingen mellom fedme og ADHD (Cortese, 2019). Psykososiale faktorer slik som stress og foreldreomsorg har også vist seg å påvirke utvikling av økning i vekt og symptomer på ADHD (Pauli – Pott mfl. 2016). I tillegg er det ved forskning vist at overvekt eller fedme i barndom har betydning for psykiske lidelser eller sykdommer slik som blant annet depresjon, emosjonell– og atferdslidelser.

Imidlertid om man tar utgangspunkt i at ADHD fører til utvikling av overvekt eller fedme, vil det være av betydning å kartlegge ADHD – diagnosen i tidlig alder. Forskning viser at ADHD kan påvirke atferd direkte eller indirekte via faktorer sosialt eller i miljøet (Schoenfelder & Kollins, 2019). Forskning har også vist at symptomer på ADHD slik som uoppmerksomhet eller hyperaktivitet ved åtte år var knyttet til fedme ved 16 år (Khalife mfl. 2014). Samtidig

viser tall fra norsk pasientregister at flere barn i ungdomsalder får påvist diagnosen og at det kan ta tid før man kan oppdage en ADHD hos de fleste barn og unge. Det vil være av betydning at helsepersonell i møte med barn og unge med symptomer på ADHD eller som står i fare for utvikling av overvekt eller fedme følges opp for henholdsvis ADHD, overvekt og fedme i tidlig alder. Det er også nevnt under pediatriveileder for overvekt og fedme, at tegn på ADHD, autisme og psykisk utviklingshemning skal utredes fordi barn med disse diagnosene har større sjanse for utvikling av overvekt (Norsk barnelege forening, 2017). Sett ut ifra en biopsykososial forståelse, vil det selv om det er uklart om hvilken retning påvirkningen fører til utvikling av diagnosene være viktig å kartlegge både biologiske, sosiale og miljømessige faktorer, som bidrar til risiko for utvikling av enten ADHD, overvekt og fedme. ADHD kan tenkes å være en faktor som påvirker barnet eller ungdommen sin respons på oppfølging. I slike tilfeller kan det medføre lengre oppfølgingsløp enn om barnet ikke hadde diagnosen. Samlet sett har alle diagnosene innvirkning på hverandre og må følges opp i en samlet for å kunne lykkes i sekundæroppfølgingen.

7.4 FAMILIEBASERT TILNÆRMING

Forskning viser at foreldre blir ansett som rollemodeller og viktig part for å legge til rette for barn og unges inntak av mat og gjennomføring av aktivitet (Barlow mfl. 2007, s. 172; Helsedirektoratet, 2010a, s.10). Målsetning under oppfølging som involverer familien samlet, har også større sjanse for å lykkes enn mål som baserer seg på barn eller foreldre separat (Skelton mfl. 2014). Dette er i tråd med helsepersonellet erfaringer i studien. Informantene fortalte om erfaring med bruk av tilnærming til foreldre og barnet ved en familiebasert oppfølging av overvekt, fedme og ADHD. Som også nevnt i kapittelet om resultater ble det hos en av informantene beskrevet slik:

Jeg synes et suksesskriterium er at barna blir involvert. For barn er viktige endringsagenter. Og vi ser jo det i en familie at ... når barn har lært lure ting, for eksempel nøkkelhullsmerket og er med foreldrene på butikken så kan de stille spørsmål «hvorfor kjøper du den tacolefsa og ikke den med nøkkelhull?»

Eksempelet ovenfor kan vise som tidligere nevnt under den teoretiske forankringen, å være i tråd med Russell og Russell (2019) sin forskning, hvor det med bruk av en biopsykososial modell kan vise hvilke prosesser som har ført til utvikling av overvekt eller fedme hos barnet. Enveis mellom barn til foreldre, toveis med påvirkning foreldre til barn eller barn til foreldre

og gjensidig påvirkning mellom barn og foreldre. Denne tilnærmingen kan også brukes videre i tiltak for å forebygge og følge opp overvekt og fedme hos barn og unge. Slik som eksempelet sier, kan involvering av barnet i aktiviteter eller tiltak være viktig, fordi det har en påvirkning til foreldre. Videre vil tiltak som omhandler foreldre også påvirke barnet eller ungdommen. Samlet sett vil også tiltak som inkluderer alle i familien virke gjensidig på hverandre. Som nevnt lengre ned i diskusjonen, blir hele familien kartlagt i oppfølgingen. Ved å benytte en tilnærming som inkluderer hele familien kan det i større grad føre til at tiltak blir gjennomført og at oppfølgingen lykkes. Sett opp mot den biopsykososiale modellen, viser også denne at det skal avdekkes faktorer som påvirker til utviklingen av sykdom (Engel, 1977). På denne måten kan man iverksette tiltak for individet, men også miljøet rundt barnet, slik som familien, barnehagen eller skolen.

7.5 SAMHANDLING, SAMARBEID OG KOORDINERING AV ADHD

Retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge beskriver betydningen av å etablere et tverrfaglig samarbeid for å kunne bidra i oppfølging av fedme hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2010a, s.54). I studien fortalte informantene om erfaring fra samarbeid og samhandling med andre helsetjenester, hvor erfaringene både var positive og utfordrende. På den ene siden var de positive erfaringene knyttet til at samhandling med andre tjenester bidro til utveksling av kunnskap og innsikt i deres oppfølging av ADHD. Eksempel på slike tilfeller var i ansvarsgrupper og samarbeidsmøter. I tillegg ble kollegialt miljø ansett som en nyttig arena for utveksling og utvikling av oppfølgingen. På den andre siden ble samhandlingen og samarbeidet beskrevet som utfordrende. Et eksempel som også nevnt i resultatkapittelet illustrer godt hvordan samhandlingen ble utfordret hos en av informantene og ble beskrevet slik:

På grunn av ADHD og for å få tilstedeværelse under måltidene. Så hadde de fått anbefalinger om å bruke en skjerm, slik at barnet så på skjermen mens det spiste, for å få roen. I forhold til oss og overvekt, så jobber vi jo med det at barnet skal være til stede i måltidet. Og ha fokuset på hva de spiser og kjenne på sult og metthet. Utfordringen er at vi har ikke tenkt på at vi skal ha noen rolle, i forhold til selve ADHD' en. Men det kan jo endres dersom vi definerer at, ja dere må tenke enda mer helhetlig. Det er en del av barnet og skal man få ... kontroll eller få redskap som påvirker overvekten så må ADHD kontrolleres på et vis.

Avklaring i hvilken rolle helsepersonell skal ha i oppfølging ble trukket frem som vesentlig for å kunne arbeide helhetlig med ADHD⁴. En bedre samhandling og utveksling av hva som gjøres mellom de ulike tjenestene i oppfølging av ADHD, overvekt og fedme, bidrar til at man kan arbeide mer helhetlig i oppfølgingen. Dette kan føre til at tiltak, slik som eksempelet viser, blir mer samkjørte og man unngår at tjenester arbeider mot hverandre. Flere av informantene trakk frem spørsmål om hvordan ADHD skulle følges opp og hvordan ansvaret skulle fordeles. Som nevnt i resultatkapittelet hadde en av informantene forsøkt å få kontakt med helsepersonell som hadde oppfølging av et barn med ADHD. På grunn av tilgjengelighet og kapasitet hadde ikke samarbeidet lyktes. Dette viser at behovet for at alle faggrupper som har oppfølging av enten ADHD eller overvekt og fedme bør bidra ved samarbeid og koordinering av oppfølging.

Et samlet fokus på forebygging av diagnosene vil være av betydning i det forebyggende arbeidet. Dette er i tråd med Chen mfl. (2018) som viser til at barn med en ADHD må bli fulgt opp med målinger av vekt for å forebygge eventuell vektøkning. Sammenlignet med tall på overvekt og fedme hos barn og unge er tallet på ADHD lavt. Antallet barn og unge i Norge med en ADHD er hos gutter 3.2 % gutter og 1.2 % jenter har ADHD og hos ungdom har 5.7 % gutter og 2.4 % jenter ADHD (Folkehelseinstituttet, 2016). Tall på overvekt og fedme viser at en større andel som har det. Tall fra 2019 viste at av ungdom hadde 23 % gutter og 24 % jenter overvekt og fedme (Sund, 2019). Hvis man antar at ADHD påvirker til utvikling av overvekt og fedme hos barn og unge, vil det være nødvendig å kartlegge og følge med på en vektøkning i oppveksten. Sett ut ifra en biopsykososial forståelse bør overvekt og fedme inkluderes i kartlegging og oppfølging av ADHD og motsatt. Ved at forskning viser flere mulige koblinger mellom diagnosene bør det også inkluderes i retningslinjer for utredning og behandling av disse diagnosene at forebygging bør vektlegges. I dagens retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge nevnes psykiske lidelser som faktorer som påvirker utviklingen av overvekt og fedme, hvor overspising beskrives som en av lidelsene.

⁴ Med helhetlig oppfølging forstås oppfølging hvor samlede tiltak som sammen virker inn på individets helse. Helhetlige forløp i helsetjenesten kjennetegnes av sammenhengende tjenester som har god samhandling og koordinering. I tillegg vektlegges samarbeid og utveksling av informasjon og ansvar i oppfølging. Pasienten har også medbestemmelse i mål og tiltak, hvor progresjonen i oppfølgingen tilpasses den enkelte pasient ut ifra deres situasjon (Helsedirektoratet, 2018).

Forskning viser at ADHD sammen med andre diagnoser slik som emosjonell overspising påvirker koblingen mellom fedme og ADHD (Hanc, 2018) eller på grunn av utfordringer med impulsivitet eller hyperaktivitet på grunn av ADHD (Davis mfl. 2009). Forebygging av overspising kan også påvirke utviklingen av ADHD. På et systemnivå i helsetjenesten bør det også legges vekt på større grad av samarbeid på tvers av faggrupper for å sikre en helhetlig oppfølging. Studien viser til at dagens oppfølging foregår delt og med variasjon i hvor mye samarbeid det er mellom tjenester. En av informantene beskrev utfordringen med ADHD slik:

Vi har bare håndtert de som har ADHD, eller på beste måte. Og ryddet det litt unna for å ha fokus på det her med overvekten og fedmen. Og har prøvd å løse det på en sånn måte. Kontra hvordan skal man balansere de to uten å se det atskilt?

For å kunne lykkes i gjennomføring av oppfølging av barn og unge med både ADHD og overvekt eller fedme bør det vektlegges samarbeid og informasjonsutveksling både i primær- og sekundærhelsetjenesten. Dette gjelder også særlig barne- og ungdomspsykiatrien som kartlegger, utreder og følger opp ADHD.

7.6 BEHOVET FOR KUNNSKAPSHEVING OG VERKTØY I OPPFØLGING AV ADHD

Ved oppfølging av ADHD kan et tiltak for foreldre være metoder for å følge opp ADHD hos eget barn. Som nevnt tidligere kan slike tiltak være *Parent Management Training* eller *De Utrolige Årene* (Helsedirektoratet, 2016). Helsepersonell i studien fortalte om erfaringer fra arbeid med barn og unge i sekundæroppfølging av ADHD, hvor de beskrev erfaringer med mangel på kunnskap og verktøy for å følge opp og sikre en helhetlig oppfølging. En av informantene beskrev det slik:

Ene er jo vårt tankesett. Vi har jo de med overvekt og fedme som er henvist her. Og AD ... kanskje ADHD er egentlig ikke mitt bord. Men når du skal tenke helhetlig, at det her er faktisk en del av barnet og ta hensyn til det for å få en endring. Så har vi for lite kunnskap. Vi kan observere, vi kan se og vi kan snakke med foreldre om hvor krevende det er. Men vi har ingen verktøy utenom vanlig grensesetting.

En av informantene hadde vært på kurs i opplæring av en av metodene tidligere. Slike tiltak kan være aktuelle å benytte i sekundæroppfølging av barn og unge ved andre steder enn kun oppfølging av ADHD. I tillegg fortalte en av informantene i studien om sin rolle i oppfølging

av ADHD, hvor tankegangen tidligere har vært at man ikke skulle ha ansvar i oppfølging av ADHD. Samtidig ble det trukket frem at det hadde betydning å inkludere diagnosen for å følge opp helhetlig i oppfølgingen. Det å følge opp helhetlig sett sammen med en biopsykososial modell (Engel, 1977) vil bidra til flere tiltak som påvirker biologiske, psykologiske og sosiale faktorer hos barnet eller ungdommen. Som nevnt tidligere kan ADHD anses som en psykologisk faktor som bør inkluderes for å sikre en helhetlig oppfølging. Sekundæroppfølging videre fremover bør ta med ADHD i større grad samt ansvar og roller i oppfølgingen av diagnosen bør fordeles og samkjøres bedre mellom faggrupper. Særlig vil samarbeid på tvers av faggrupper ha betydning for kvaliteten av oppfølgingstilbudet. Bruk av for eksempel metoder eller teknikker som bistår foreldre burde vektlegges. Sett ut ifra et biopsykososial perspektiv, kan tiltak og verktøy som både gjør helsepersonell, barn, ungdom og foreldre i stand til å håndtere hverdagen bedre ha ringvirkninger på flere områder. Blant annet vil tiltak som bidrar til økt fysisk aktivitet hos barnet, vektlegging av kosthold, mestring og anerkjennelse av situasjonen i tillegg til oppfølging ved barnehage og skole bidra til at tiltak virker inn på hverandre og fører til en helhetlig tilnærming i sekundæroppfølging av ADHD.

Erfaringer rundt oppfølgingstid ble trukket frem i studien. Barn og unge i sekundæroppfølgingen med ADHD trengte lengre oppfølgingstid. Dette stemmer med retningslinjer for oppfølging, utredning av barn og unge med overvekt og fedme som beskriver at behandling og oppfølging krever et langt oppfølgingsløp. I tillegg trekkes det frem at samarbeid med flere faggrupper er vesentlig for å kunne følge opp sammensatte årsaker og utfordringer som påvirker fedme (Helsedirektoratet, 2010a, s.54). Samarbeid med andre tjenester vil være vesentlig i oppfølging av ADHD i sekundæroppfølging hos barn og unge.

8 KONKLUSJON

Denne studien viser at erfaringene til helsepersonell som arbeider med sekundæroppfølging av barn og unge med ADHD består av mangel på kunnskap på ADHD. Helsepersonell fokuserer på overvekt og fedme i oppfølgingen og det er behov for fordeling av roller og ansvar innen de forskjellige helsetjenestene som jobber med barn og unge med ADHD. Sekundæroppfølgingen av barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme har potensial for forbedring og behov for verktøy for å følge opp ADHD. Helsepersonell benytter en familiebasert tilnærming i oppfølgingen og har erfaringer fra samarbeid med andre faggrupper som beskrives som både positive og utfordrende. Dette påvirker deres muligheter for utveksling av kunnskap og samarbeid i oppfølging.

Kunnskap om ADHD er viktig for å være i stand til å observere og forstå diagnosen. Det gjelder for alle som er involvert rundt barn og unge slik som helsepersonell, foreldre, personell i barnehager og skoler. Mangel eller minimal kunnskap om ADHD gjør helsepersonell i studien usikker på hvordan de skal følge opp ADHD. Dette bekreftes også ved utfordringer med rekruttering av informanter til studien. Det påvirker også oppfølgingen som fokuserer på overvekt og fedme. Ved nåværende oppfølgingstilbud er det en deling mellom oppfølging av ADHD og overvekt eller fedme. Helsepersonell som har kompetanse på ADHD, har i hovedsak oppfølgingen av diagnosen. Det bidrar til at ADHD i varierende grad blir kartlagt og fulgt opp ved sekundæroppfølging ved frisklivssentraler, kommuner med frisklivstilbud eller fedmepoliklinikk. Med utgangspunkt i tidligere nevnte forskning, viser det at det er av betydning å følge opp ADHD sammen med overvekt eller fedme. Uavhengig om ADHD kommer som en konsekvens av overvekt eller fedme eller motsatt. En familiebasert tilnærming er viktig å legge til grunn i oppfølgingen for å lykkes med endring av levevaner og mestring av egen situasjon hos barn, unge og deres familie. Samhandling med andre tjenester er av betydning for å utveksle kunnskap og sikre en helhetlig oppfølging som anses som essensielt i sekundæroppfølging av ADHD og overvekt eller fedme. Helsepersonell i studien har erfart en mangel på kunnskap og verktøy i oppfølging av ADHD og deres erfaringer viser også at dette er et område som trenger utvikling for oppfølging av ADHD.

Sett ut ifra den biopsykososiale forståelsesmodellen vil det være av betydning at klare retningslinjer og ansvarsfordeling ved oppfølging av ADHD trekkes frem i

sekundæroppfølging, generelt i helsetjenesten og hos faggrupper som er involvert i oppfølging av barn med overvekt eller fedme. Tall viser at andelen av barn og unge med overvekt og fedme øker. I tilfeller hvor også barn og unge har ADHD sammen med overvekt og fedme, vil det være viktig å gi en oppfølging som tar høyde for begge diagnosene samlet. Samtidig vil en større bevissthet rundt hvordan assosiasjonen mellom ADHD, overvekt og fedme virker sammen, føre til at man kan iverksette tiltak som virker mer helhetlig, enn å se diagnosene atskilt i oppfølgingen. Ytterligere forskning innen feltet bør fortsette å se på om tidligere årsaker og konsekvenser mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan forklare og forebygge utvikling av ADHD hos barn og unge med overvekt eller fedme. Det bør også oppklares om ADHD sammen med påvirkning fra biologiske, psykologiske eller sosiale faktorer påvirker til utvikling av overvekt eller fedme eller motsatt. Forskningen viser at det fortsatt er usikkert hvordan faktorer påvirker til assosiasjonen. Ved å utvikle tjenester og samarbeid mellom faggrupper og øke kunnskap om ADHD vil man kunne være i stand til å bistå barn og unge i sekundæroppfølging med ADHD. Som nevnt tidligere har også forebygging av utvikling av overvekt og fedme i tidlig leveår en økonomisk betydning for samfunnet. Ved å forebygge og bistå personer som står i fare for å utvikle overvekt eller fedme og ADHD, kan det føre til at de får mindre tilleggsplager og de har mindre behov for hjelp i helsetjenesten. Samtidig blir individene bedre rustet til å mestre og å være i stand til å ivareta egen helse.

Denne studien kan bidra til å vise hvordan ADHD blir fulgt opp hos barn og unge som har overvekt og fedme i primær- og sekundærhelsetjenesten ved frisklivstilbud, frisklivssentral og fedmepoliklinikk. Som nevnt tidligere under resultatkapittelet kan denne studien være en indikator som viser et behov for utvikling av tjenestetilbudet. Et kunnskapsløft og større fokus på assosiasjon mellom ADHD og overvekt eller fedme i helsetjenesten kan bidra til utvikling av oppfølging og samarbeid, som igjen bidrar til å hjelpe og støtte barn og unge med ADHD og overvekt eller fedme. Studien kan også bidra til at helsepersonell får innsikt, blir mer bevisst kartlegging og visshet rundt at ADHD kan være en faktor som har betydning i oppfølgingen av overvekt og fedme hos barn og unge.

9 LITTERATURLISTE

Abel. M.H., Ystrom. E., Caspersen. I.H., Meltzer. H. M., Aase. H., Torheim. L. E., Askeland. R. B., Reichborn-Kjennerud. T. & Brantsæter. A.L. (2017). Maternal Iodine Intake and Offspring Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Results from a Large Prospective Cohort Study. *Nutrients*, 9 (11), 1239. <https://doi.org/10.3390/nu9111239>

Ask. H., Gustavson. K., Ystrom. E., Havdahl. K.A., Tesli. M., Askeland. R. B. & Reichborn-Kjennerud. T. (2018) Association of Gestational Age at Birth With Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Jama Pediatrics*, 172 (8), 749-756. DOI:10.1001/jamapediatrics.2018.1315

Barlow. S. E. & The Expert Committee. (2007). Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, assessment, and treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics*. 120 (4), 164-192. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2329C>

Bradley. C.P. (1992) Turning Anecdotes into Data – The Critical Incident Technique. *Family Practice*. 9(1), 98-103. <https://doi.org/10.1093/fampra/9.1.98>

Brandkvist. M., Bjørngaard. J. H., Ødegård. R. A., Åsvold. B. O., Sund. E. R. & Vie. G. Å. (2019). Quantifying the impact of genes on body mass index during the obesity epidemic: longitudinal findings from the HUNT Study. *BMJ* 366:14067.

<https://doi.org/10.1136/bmj.14067>

Braut. G. S. & Larsen. Ø. (2018, 21.desember) Forebyggende medisin. *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/forebyggende_medisin

Bernfort. L., Nordfeldt. S. & Persson. J. (2007). ADHD from a socio-economic perspective. *Acta Pædiatrica*. 97(2), 239-245. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00611.x>

Biehl-A., Hovengen. R., Grøholt. E-K., Hjelvesæth. J., Strand. B. H. & Meyer. H.E. (2013). Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study. *BMC Public Health*. 13,842. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-842>

Blom. E.E., Aadland. E., Skrove. G.K., Solbraa. A.K. & Oldervoll. L. M. (2020) Health – related quality of life and physical activity level after a behaviour change program at Norwegian health life centers: a 15 – month follow – up. *Quality of Life Research*. 29, 3031 – 3041. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>

Castillo – Laura. H., Santos. I. S., Quadros. L. C. M. & Matijasevich.A. (2015). Maternal obesity and offspring body composition by indirect methods: a systematic review and meta – analysis. *Cadernos de Saúde Pública*. 31(10), 2073-2092. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00159914>

Chen. Q., Hartmann. C.A., Kuja- Halkola. R., Faraone. S.V., Almqvist. C. & Larsson. H. (2019) Attention-deficit/ hyperactivity disorder and clinically diagnosed obesity in adolescence and young adulthood: a register- based study in Sweden. *Psychological Medicine*. 49(11),1841-1849. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002532>

Cortese. S. & Vincenzi. B. (2011) Obesity and ADHD: Clinical and Neurobiological Implications. Behavioral Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Treatment. pp 199-218. Part of the Current Topics in Behavioral Neurosciences book series. Current Topics in *Behavioral Neurosciences*. 9, 199-218. Berlin, Heidelberg.

https://doi.org/10.1007/7854_2011_154

Cortese. S., Moreira -Maia. C.R., St. Fleur. D., Morcillo -Peñalver. C., Rohde. L. & Faraone. S. V. (2016) Association between ADHD and obesity: A Systematic Review and Meta – Analysis. *The American Journal of Psychiatry*.173(1), 34-43.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020266>

Cortese (2019) The Association between ADHD and Obesity: Intriguing, Progressively More Investigated, but Still Puzzling. *Brain Sciences*. 9(10), 256.

<https://doi.org/10.3390/brainsci9100256>

Danielsen. Y. S., Nordhus.I. H., Júlíusson. P. B., Mæhle. M., & Pallesen. S. (2013). Effect of a family – based cognitive behavioral intervention on body mass index, self – esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7 -13): A randomised waiting list controlled trial. *Obesity Research & Clinical Practice*. 7(2), 116-128.

<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2012.06.003>

Ekornrud. T., & Thonstad. M. (2018, 23.august). *Frisklivssentralar i kommunane*. Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013-2016 (2018/27). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358702?ts=16557397138>

Engel. G.L. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series.* 196(4286), 129-136.

<https://www.healtorture.org/sites/healtorture.org/files/The%20Need%20for%20a%20New%20Medical%20Model%20A%20Challenge%20for%20Biomedicine%20by%20George%20L.%20Engel.pdf>

Engel. G. L. (1981). The Clinical Application of the Biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 6(2),101 -123.
<https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>

Davis. C., Patte. K., Levitan. R. D., Carter. J., Kaplan. A. S., Zai. C., Reid. C., Curtis. C., & Kennedy. J. L. (2009) A psycho-genetic study of associations between the symptoms of binge eating disorder and those of attention deficit (hyperactivity) disorder. *Journal of Psychiatric Research.* 43(7),687-696. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.10.010>

Verdens helseorganisasjon. (2019). F90 Hyperkinetiske forstyrrelser og F91 Atferdsforstyrrelser. ICD -10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Direktoratet for e-helse.

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613726>

Flanagan. J.C. (1954) The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin.* 51(4), 327 -358.
<https://doi.org/10.1037/h0061470>

Folkehelseinstituttet (2014a) *Barns vekst i Norge 2008- 2010 - 2012. Høyde, vekt og livvidde blant 3.klassinger.* Rapport 2014:3. ISBN: 978-82-8082-632-9 elektronisk utgave.

<https://www.fhi.no/publ/2014/barns-vekst-i-norge-2008-2010-2012/>

Folkehelseinstituttet (2014b) De vanligste utviklingsforstyrrelsene. Publisert 17.september 2014, oppdatert 01.mai 2015.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/utviklingsforstyrrelser-hos-barn/>

Folkehelseinstituttet (2015) Kroppsmasseindex (KMI) og helse.

<https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>

Folkehelseloven -fhl. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29/KAPITTEL_2#%C2%A75

Fønhus. M. S. (2019) Kunnskapsbasert praksis og politikkutforming. Cochrane Norway.

<https://www.cochrane.no/nb/ressurser/bruk-og-formidling-av-systematiske-oversikter/kunnskapsbasert-praksis-og-politikkutforming>

Giorgi. A., Giorgi. B. & Morley. J. (2017) The Descriptive Phenomenological Psychological Method. The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology. *SAGE Publications*. 2(11),176-192.

https://www.researchgate.net/publication/318451180_The_Descriptive_Phenomenological_Psychological_Method

<https://methods.sagepub.com/base/download/BookChapter/the-sage-handbook-of-qualitative-research-in-psychology-second-edition/i1692.xml>

Hanć. T. (2018). ADHD as a risk factor for obesity. Current state of research. *Psychiatria Polska*. 52(2),309 -322. <https://doi.org/10.12740/PP/70388>

Hanć. T. & Cortese. S. (2018) Attention deficit/ hyperactivity – disorder and obesity: A review and model of current hypotheses explaining their comorbidity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 92,16-28. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.017>

Hannås, Bjørg Mari (2019,10. oktober) ADHD. *Store medisinske leksikon*.

<https://sml.snl.no/ADHD>

Helsebiblioteket. (2016). *Kunnskapsbasert praksis*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.helsebiblioteket.no/248533/kunnskapsbasert-praksis>

Helsebiblioteket. (2017) *Pediatriveiledere. Overvekt og fedme*. Norsk Barnelegeforening.

<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=144424&menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5964>

Helsedirektoratet. (2009 a). *Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 1*(IS- 1665).

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller/Begreper%20og%20prinsipper%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20helseforskjeller%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%201.pdf/ /attachment/i](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller/Begreper%20og%20prinsipper%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20helseforskjeller%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%201.pdf/)

[nline/cdd76bec-56bc-4320-8c62-](https://www.helsedirektoratet.no/line/cdd76bec-56bc-4320-8c62-)

[f9856d9eecba:de11fe00da1d500f675a8be7887844db8e294359/Begreper%20og%20prinsipper%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20helseforskjeller%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%201.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/f9856d9eecba:de11fe00da1d500f675a8be7887844db8e294359/Begreper%20og%20prinsipper%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20helseforskjeller%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%201.pdf)

Helsedirektoratet. (2009b). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 2* (IS- 1666). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf> /attachment/inline/7ebbd8c-bc17-4efb-a88c-

[dcfa23052c89:d4936c1fd659dc8b8e14f5ed3492f7dae7a7ca0/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/dcfa23052c89:d4936c1fd659dc8b8e14f5ed3492f7dae7a7ca0/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf)

Helsedirektoratet (2010a) Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. *Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge* (IS – 1734). [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge)

[og%20unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/og%20unge/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf) /attachment/inline/4f5ecadd-82dd-49cf-9db9-4e5d818b3c15:6a50fcb2fa16e3628ea241a92821aeb40716ef/Forebygging,%20utredning%20og%20behandling%20av%20overvekt%20og%20fedme%20hos%20barn%20og%20unge%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Helsedirektoratet (2010b). Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. (IS- 1735). [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne)

[voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf) /attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf

Helsedirektoratet (2011) Veileder for kommunale frisklivssentraler. *Etablering, organisering og tilbud* (IS -1896).

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2016). *ADHD /Hyperkinetisk forstyrrelse* – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging (siste faglig oppdatert 13. juni 2018). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>

Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (sist faglig oppdatert 18. september 2020)

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal veileder – oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Kapittel 8 *Hva er helhetlige pasientforløp* (sist faglig oppdatert 08.februar 2018).

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop#hva-er-helhetlige-pasientforlop>

Helsedirektoratet. (2019a). Tilbud ved frisklivssentraler og veilederkurs (sist faglig oppdatert 07.januar 2019).

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs>

Helsedirektoratet (2019b). Nasjonal faglige råd for fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide (sist faglig oppdatert 29.april 2019). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-barn-og-unge>

Helse - og omsorgstjenesteloven - hol. (2011). *Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hemmingsson. E., Johansson. K. & Reynisdottir. S. (2014) Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta – analysis. *Obesity reviews*, 15(11),882-893.

<https://doi.org/10.1111/obr.12216>

Kalarchian. M.A. & Marcus. M. D. (2012) Psychiatric comorbidity of childhood obesity. *International Review of Psychiatry*, 24(3),241-246.

<https://doi.org/10.3109/09540261.2012.678818>

Kamper. S. J., Apeldoorn. A. T., Chiarotto. A., Smeets. R. J. E. M., Ostelo. R.W. J. G., Guzman. J.& Van Tulder. M. W. (2015) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta – analysis. *BMJ* 350:h444.

<https://doi.org/10.1136/bmj.h444>

Khalife. N., Kantomaa. M., Glover. V., Tammelin. T., Laitinen. J., Ebeling.H., Hurtig. T., Jarvelin. M- R. &Rodriguez. A. (2014). Childhood Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Are Risk Factors for Obesity and Physical Inactivity in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Pshychiatry*, 53(4),425-436.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.01.009>

Kitzinger. J. (1994) The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1),103-121.

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>

Kokkvoll. A. S., Grimsgaard. S., Flægstad. T., Andersen. L. B., Ball. G. D. C., Wilsgaard. T. & Njølstad. I. (2019). No additional long– term effect of group vs individual family intervention in the treatment of childhood obesity– A randomised trial. *Acta Pædiatrica*,109(1),183-192.

<https://doi.org/10.1111/apa.14916>

Kristensen. G. K. & Ravn. M. N. (2015) The voices heard and the voices silenced: recruitment processes in qualitative interview studies. *Qualitative Research*,15(6),722–737.

<https://doi.org/10.1177/1468794114567496>

Kvale. S. & Brinkmann. S. (2018) *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utgave). Gyldendal akademisk.

Lekhal. S. & Mathisen. L. (2020). *Fra kunnskap til handling. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme*. Oppsummerende evaluering og effekt av delprosjekt 1; Kunnskapsløft for helsepersonell. Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør – Øst og Sykehuset i Vestfold. https://www.siv.no/Documents/Fra-kunnskap-til-handling_effekt-av-arbeidet.pdf

Malt. U. (2020, 5.februar) DSM- systemet. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/DSM-systemet>

Malterud. K. (2012) Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8),795-805.

<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud. K. (2011). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (3.utgave). Universitetsforlaget.

Malterud. K. (2018) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St.19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse – og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

Norsk barnelege forening. (2017). *Pediatriveileder fra Norsk barnelegeforening. Generell veileder- Endokrinologi, metabolisme og genetikk. 2.19 Overvekt og fedme*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5964&key=144424>

Pauli– Pott. U., Reinhardt. A., Bagus. E., Wollenberg. B., Schroer.A., Heinzl– Gutenbrunner. M. & Becker.K. (2016) Psychosocial risk factors underlie the link between attention deficit hyperactivity symptoms and overweight at school entry. *European Child & Adolescent Psychiatry*,26, 67 -73. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0870-1>

Puder. J.J. & Munsch. S. (2010) Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity*,34, 37-43. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.238>

Racicka. E., Hanć. T., Giertuga. K., Bryńska. A. & Wolańczyk. T. (2018) Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents With ADHD: The Significance of Comorbidities and Pharmacotherapy. *Journal of Attention Disorders*, 22(12),1095-1108. <https://doi.org/10.1177/1087054715578272>

Rienecke. R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*,8, 69-79. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S115775>

Ross. R., Neeland. I. J., Yamashita. S., Shai. I., Seidell. J., Magni. P., Santos. R. D., Arsenault. B., Cuevas. A., Hu. F. B., Griffin. B. A., Zambon. A., Barter. P., Fruchart. J-C., Eckel. R. H., Matsuzawa. Y. & Deprés. J-P. (2020). Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nature Reviews Endocrinol* 16, 177-189. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0310-7>

Russell. C. G. & Russell. A. (2019). A biopsychosocial approach to processes and pathways in the development of overweight and obesity in childhood: Insights from developmental theory and research. *Obesity Reviews*, 20(5),725-749. <https://doi.org/10.1111/obr.12838>

Salemonsens. E., Førland. G., Hansen. B. S. & Holm. A. L. (2020) Beneficial self-management support and user involvement in Healthy Life Centres—A qualitative interview study in persons afflicted by overweight or obesity. *Health Expectations*,23(5), 1376-1386. <https://doi.org/10.1111/hex.13129>

Schoenfelder. E.N. & Kollins. S. H. (2015) Topical Review: ADHD and Health-Risk Behaviors: Toward Prevention and Health Promotion. *Journal of Pediatric Psychology* 41(7), 735-749. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv162>

Simmonds. M., Llewellyn. A., Owen. C. G. & Woolacott. N. (2015). Predicting adult obesity from a childhood obesity: a systematic review and meta – analysis. *Obesity Etiology*, 17(2),95-107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>

Skelton. JA., Buehler.C., Irby. MB. & Grzywacz. JG. (2014). Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *International Journal of Obesity*,36, 891-900. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.56>

Skogheim. T.S., Weyde. K.V.F., Engel. S.M., Aase. H., Surén. P., Øie. M. G., Biele. G., Reichborn-Kjennerud. T., Caspersen. I.H., Hornig. M., Haug. L.S. & Villanger. G.D. (2021).

Metal and essential element concentrations during pregnancy and associations with autism spectrum disorder and attention – deficit/hyperactivity disorder in children. *Environment International*,152, 106468. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106468>

Smith. J. D., Fu. E. & Kobayashi. M. (2020). Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. *Annual Review of Clinical Psychology*,16(1),351- 378. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-100219-060201>

Solerød, H. & Tønnessen. M. (2020, 31.desember). *Verdens befolkning*. Store norske leksikon. http://snl.no/verdens_befolkning

Sund.E.R., Rangul. V. & Krokstad. S. (2019). *Folkehelseutfordringer i Trøndelag*. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19). HUNT forskningscenter.

<https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Folkehelseutfordringer+i+Tr%C3%B8ndelag+2019.pdf/153c78b4-ad78-4b5a-a65b-2c1b9ff1252b>

Thapar. A., Cooper. M., Eyre. O. & Langley. K. (2012) Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>

Thonstad. M., Ekornrud. T. & Stølan. S. B.C. (2020) *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019*. Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom. Statistisk sentralbyrå. (Rapport 54). https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/441034?_ts=17674b5b0a8

Tjora. A. (2021) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.utgave). Gyldendal akademisk.

Turan. S., Tuncürk. M., Çiray. R.O., Halaç. E. &Ermiş. C. (2021). ADHD and Risk of Childhood Adiposity: a Review of Recent Research. *Current Nutrition Reports*,10,30-46. <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00346-w>

Vollrath. M. E., Stene – Larsen. K., Tonstad. S., Rothbart. M. K. & Hampson. S. E. (2012) Associations Between Temperament at Age 1.5 Years and Obesogenic Diet at Ages 3 and 7 Years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(9), 721–727. doi:10.1097/DBP.0b013e31826bac0d

Ørstavik. R., Gustavson. K., Rohrer-Baumgartner. N., Biele. G., Furu. K., Karlstad. Ø., Reichborn-Kjennerud. T., Borge. T.& Aase. H. (2016). *ADHD i Norge - en statusrapport*. (rapport 4). Folkehelseinstituttet.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf

Vekststudien i Bergen (2014) *Vekststudien i Bergen 1 og 2*. The Bergen Growth Study 1 and 2. <http://www.vekststudien.no/last-ned-vekstkurvene/>

WHO (2006) WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatrica*, 95, (S450),76-85. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.tb02378.x>

WHO (2020, 9. juni) *Obesity and overweight*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Walshe. K. & Rundall. T. G. (2003) Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 429-457. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00214>

Wood. A. C. (2018). Gene-Environment Interplay in Child Eating Behaviors: What the Role of “Nature” Means for the Effects of “Nurture”. *Current Nutrition Reports*, 7, 294-302. <https://doi.org/10.1007/s13668-018-0254-x>

10 VEDLEGG

10.1 VEDLEGG 1: GODKJENNELSE AV PILOTPROSJEKT NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

ADHD og overvekt: Oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten for personer med ADHD som har overvekt/fedme.

Referansenummer

283343

Registrert

15.06.2020 av Ellen Ersfjord - ellen.ersfjord@gmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

St. Olavs Hospital

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt, veileder eller stipendiat)

Ellen Margrete Iveland Ersfjord, ellen.ersfjord@stolav.no, tlf: 46664723

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

01.08.2020 - 01.08.2021

Status

08.09.2020 - Vurdert

Vurdering (2)

08.09.2020 – Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 8.9.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og

NSD. Behandlingen kan starte. NSD legger til grunn at det ikke fremkommer taushetsbelagte opplysninger under intervjuene med helsepersonellet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.8.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Helse Midt-Norge IT er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

*Informasjonsskriv til helsepersonell på frisklivssentraler/ kommuner med frisklivstilbud,
Trøndelag*

**Vil du delta i forskningsprosjektet ADHD og overvekt:
Oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten for
personer med ADHD som har overvekt/fedme**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en intervjustudie hvor formålet er å få økt innsikt i utfordringsbildet for overvekt og fedmeoppfølging for barn og voksne med ADHD. Formålet er å utvikle kunnskapsgrunnlag for kompetanseheving innen tematikken for å sikre god og likeverdig behandling i helsetjenesten for denne gruppa. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få økt innsikt i utfordringsbildet for fedmebehandling for barn og voksne med ADHD, for å utvikle kunnskapsgrunnlag for kompetanseheving innen tematikken for å sikre god og likeverdig behandling. Utover dette skal vi også gjennom prosjektet kartlegge forekomsten av fedmebehandling for barn og voksne diagnostisert med ADHD. Studien gjennomføres av forskere ved Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe) og Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM), samt masterstudent ved NTNU Oda Eline Ulsund. I prosjektet har vi ulike delmål:

- **Delmål M1:** Kartlegge forekomsten av barn (og deres familier) og voksne med ADHD som mottar fedmebehandling i helsetjenesten (første- og annenlinjetjenesten) i Trøndelag
- **Delmål M2:** Kartlegge forekomst av diagnostisert ADHD i populasjonen fedmeopererte i Norge, og undersøke deres helseutvikling og komplikasjonsfrekvens sammenlignet med fedmeopererte uten denne diagnosen
- **Delmål M3:** Kartlegge helsepersonell på Fedmepoliklinikken, St. Olavs Hospital, sine behandlingserfaringer med barn, ungdom og voksne med ADHD

- **Delmål M4:** Kartlegge helsepersonell på frisklivssentral eller kommune med frisklivstilbud erfaringer med behandling av barn med ADHD og deres familier
- **Delmål M5:** Kartlegge voksne personer diagnostisert med ADHD og fedmes erfaringer med konservativ og kirurgisk fedmebehandling

For intervjuet du skal delta i er delmål 4 relevant, og forskningsspørsmålet vi skal analysere på grunnlag av intervjuet er:

Hva er helsepersonell som jobber i frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk i Trøndelag sine erfaringer med sekundærforebygging av barn og unge med ADHD?

Resultatene fra studien skal brukes for å utvikle kompetansehevende materiale, samt presenteres på relevante konferanser, seminarer og i undervisningsøyemed. Man skal også etter prosjektslutt vurdere behovet for ytterligere forskning på tematikken.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe) og Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (RFM) er ansvarlig for prosjektet. Gjennom prosjektet samarbeider vi med Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge/ADHD Norge, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge/NTNU, Tiller Distriktpsikiatriske senter/St. Olavs Hospital og Friskliv, læring og mestring/Trondheim kommune. Alle aktørene har representanter i prosjektets referansegruppe.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne studien fordi du jobber med sekundæroppfølging av barn og unge med ADHD på en frisklivssentral eller kommune med frisklivstilbud i Trøndelag. Det er din nærmeste leder som rekrutterer ansatte på vegne av denne studiens forskere.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse i studien innebærer at du skal delta på et intervju. Intervjuet vil foregå 1-2 timer. I intervjuet vil du bli spurt om din yrkesbakgrunn, hvilken kunnskap du har om ADHD og hvordan helsesamtale og sekundærforebygging av barn og unge med ADHD og deres familier foregår ved frisklivssentralen eller kommune med frisklivstilbud. Masterstudent Oda Eline Ulsund vil gjennomføre intervjuene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Forskerne Ellen M. I. Ersfjord og Hege Ramsøy-Halle samt masterstudent ved NTNU Oda Eline Ulsund vil ha tilgang til dataene ved behandlingsansvarlig institusjon. Navnet og kontaktopplysningene dine blir erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Kode og lydfiler fra intervjuer skal oppbevares på innelåst arkiv på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital. Datamaterialet blir lagret i anonymisert form og med adgangsbegrensning på maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig organisasjon. Databehandler for St. Olavs Hospital er Helse Midt-Norge IT.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er 01.08.21. Etter prosjektslutt vil data bli oppbevart uten personopplysninger: Det vil si at koblingsnøkkel slettes, personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres og at lydopptak slettes. Formålet med å oppbevare data uten personidentifiserbare opplysninger etter prosjektslutt er at masterstudenter på NTNU kan ha interesse av å analysere materialet etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra St. Olavs Hospital, Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon ved forsker Ellen M. I. Ersfjord, telefon 46664723 eller mail: ellen.ersfjord@stolav.no.

Personvernombud ved St. Olavs hospital HF er Sevian Stenvig, sevian.stenvig@stolav.no.

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

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

Med vennlig hilsen

Ellen M. I. Ersfjord

Prosjektansvarlig

(Forsker PhD/veileder)

10.3 VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE UREVIDERT UTGAVE INFORMANTER VED FRISKLIVSSENTRAL OG KOMMUNER MED FRISKLIVSTILBUD

Introduksjon

Ønsker informanten velkommen og takker for at informanten ønsket å stille til intervju.
Presentasjon av masterstudent Oda Eline Ulsund.

Presentasjon av pilotprosjektet som studien er en del av: «ADHD og overvekt: oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten for personer med ADHD som har overvekt/fedme». Formål med studien få innsikt i helsepersonells erfaring i arbeid med sekundærforebyggende arbeid med barn og familie som har overvekt/fedme med ADHD. Forsknings spørsmål i studien: «Hva er helsepersonell som jobber i frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk i Trøndelag sine erfaringer med sekundærforebygging av barn og unge med ADHD?»

Gir informanten informasjon om varighet på intervju fra cirka 1time - 1 ½ time. Informerer om bruk av båndopptaker for å ta opp lyd. Lydfil blir lagt inn på data og kryptert med passord som kun undertegnede har tilgang på. Lydfil blir deretter transkribert til tekst. Lydfil og tekst blir kodet og oppbevart innelåst på arkiv på St. Olavs på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon. Resultat fra intervjuene blir presentert i en masteroppgave og en rapport som oppsummerer resultat fra pilotprosjektet. Prosjektet er godkjent av NSD – norsk senter for forskningsdata AS.

Informerer informanten om samtykke til deltagelse i prosjektet som er frivillig, og informanten kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi årsak. Intervjuer har taushetsplikt for opplysninger som kommer frem i intervjuet. Informerer informanten om at det finnes ingen riktige eller gale svar og at det er ønskelig å få informantens synspunkter og erfaringer. Trekker frem at informanten ikke vil bli bedt om informasjon som kan identifisere enkeltbarn og/eller familier. Det samme gjelder andre personer som ikke er til stede i intervjuet eller andre sensitive opplysninger. Presenterer kort hva spørsmål vil inneholde med spørsmål om bakgrunn og utdanning, erfaring fra utredning, oppfølging for personer med ADHD og involvering av barn og familie.

SPØRSMÅL INTERVJUGUIDE

1. Informantenes bakgrunn

Hvilken yrkesbakgrunn har du?

Hvor lenge har du jobbet med sekundær forebyggende behandling for barn og deres familier?

2. Kunnskap

Hvilken kunnskap har du om lidelsen ADHD generelt (eks sosiale utfordringer, genetikk/arv)?

- Hvor har du tilegnet deg kunnskapen fra? (Gjennom utdanning, personlig interesse, kurs, fagseminarer, annet)

Har du spesifikk kunnskap i forhold til hvordan drive sekundærforebygging av barn med ADHD og deres familier?

- Evt.: Hvor har du denne kunnskapen fra? (Utdanning, personlig interesse, kurs, fagseminarer, annet)

Vet du hva forekomsten av fedme er blant barn med ADHD?

- Evt.: Hva tror du er forekomsten av fedme blant barn med ADHD?
- Evt.: Slik du ser det, er forekomsten av fedme lavere eller høyere for barn med ADHD?

3. Utredning

Har du innsikt i, eller kan dere estimere, hvor mange barn som er til sekundærforebygging hos dere årlig og som er diagnostisert med ADHD?

Hvordan foregår helsesamtale med barn med fedme og deres familier på frisklivssentralen/ i kommunen?

- Gjøres det noe annerledes i helsesamtalen og/eller etter helsesamtalen dersom barn har en kjent diagnose med ADHD?
- Kartlegger dere om pasientene bruker ADHD-medikamenter som kan være en medvirkende årsak til fedme i helsesamtalen?
- Evt.: Har dere noe prosedyre for gjennomgang av denne type medisiner i helsesamtalen (overlates dette til fastlege eller andre spesialister på området?)

Oppdager dere gjennom helsesamtalen eller sekundærforebyggingen at barn har ADHD, og hva skjer i så fall med disse barna?

Kjenner dere til om noen barn med ADHD (og deres familier) har fått avslag på sekundærforebygging i regi av frisklivssentralen/ kommunen grunnet deres diagnose med ADHD?

4. Fedmebehandling personer med ADHD

Hvordan foregår sekundærforebygging for barn diagnostisert med ADHD og deres familier i frisklivssentralen/ i kommunen?

- Er sekundærforebyggingen annerledes for barn med ADHD og deres familier?
- Evt.: Hvilket kunnskapsgrunnlag bruker dere i sekundærforebyggingen av barn med ADHD og deres familier?

Hva mener du er de største utfordringene/barrierene i sekundærforebygging av barn med ADHD og fedme i frisklivssentral/ kommune?

- Evt.: Kan du nevne konkrete eksempler?

Hva har du best erfaring med i sekundærforebygging av barn med ADHD og fedme, altså suksesskriterier for vellykket forebygging?

- Kan du nevne konkrete eksempler på suksesshistorier?

Involverer dere barn med ADHD i sekundærforebyggingen på noe vis?

- Evt.: På hvilken måte involveres de?
- Evt.: Involveres de i på annen måte enn barn som ikke har ADHD?

Hvordan deler dere erfaringer i teamet angående helsesamtaler og sekundærforebygging av barn med ADHD og deres familier?

Er det behov for å tilpasse sekundærforebygging til barn diagnostisert med ADHD i frisklivssentral/ kommune?

10.4 VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE REVIDERT UTGAVE INFORMANTER VED FRISKLIVSSENTRAL OG KOMMUNER MED FRISKLIVSTILBUD

Introduksjon

Ønsker informanten velkommen og takker for at informanten ønsket å stille til intervju.
Presentasjon av masterstudent Oda Eline Ulsund.

Presentasjon av pilotprosjektet som studien er en del av: «*ADHD og overvekt: oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten for personer med ADHD som har overvekt/fedme*». Formål med studien få innsikt i helsepersonells erfaring i arbeid med sekundærforebyggende arbeid med barn og familie som har overvekt/fedme med ADHD. Forskningsspørsmål i studien: «Hva er helsepersonell som jobber i frisklivssentraler eller kommuner med frisklivstilbud og fedmepoliklinikk i Trøndelag sine erfaringer med sekundærforebygging av barn og unge med ADHD?»

Gir informanten informasjon om varighet på intervju fra cirka 1time - 1 ½ time. Informerer om bruk av båndopptaker for å ta opp lyd. Lydfil blir lagt inn på data og kryptert med passord som kun undertegnede har tilgang på. Lydfil blir deretter transkribert til tekst. Lydfil og tekst blir kodet og oppbevart innelåst på arkiv på St. Olavs på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon. Resultat fra intervjuene blir presentert i en masteroppgave og en rapport som oppsummerer resultat fra pilotprosjektet. Prosjektet er godkjent av NSD – norsk senter for forskningsdata AS.

Informerer informanten om samtykke til deltagelse i prosjektet som er frivillig, og informanten kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi årsak. Intervjuer har taushetsplikt for opplysninger som kommer frem i intervjuet. Informerer informanten om at det finnes ingen riktige eller gale svar og at det er ønskelig å få informantens synspunkter og erfaringer. Trekker frem at informanten ikke vil bli bedt om informasjon som kan identifisere enkeltbarn og familier. Det samme gjelder andre personer som ikke er til stede i intervjuet eller andre sensitive opplysninger. Presenterer kort hva spørsmål vil inneholde med spørsmål om bakgrunn og utdanning, erfaring fra utredning, oppfølging for personer med ADHD og involvering av barn og familie.

SPØRSMÅL INTERVJUGUIDE

(endringer gjort i intervjuguiden er markert rødt)

1. Informantenes bakgrunn

Hvilken yrkesbakgrunn har du?

Hvor lenge har du jobbet med sekundær forebyggende behandling for barn og deres familier?

2. Kunnskap

Hvilken kunnskap har du om lidelsen ADHD generelt (eks sosiale utfordringer, genetik/arv)?

- Hvor har du tilegnet deg kunnskapen fra? (Gjennom utdanning, personlig interesse, kurs, fagseminarer, annet)

Kan du fortelle om hvilken spesifikk kunnskap du har med å gjennomføre sekundærforebygging av barn med ADHD og deres familier?

- Ev.: Hvor har du denne kunnskapen fra? (Utdanning, personlig interesse, kurs, fagseminarer, annet)

Vet du hva forekomsten av fedme er blant barn med ADHD?

- Ev.: Hva tror du er forekomsten av fedme blant barn med ADHD?
- Ev.: Slik du ser det, er forekomsten av fedme lavere eller høyere for barn med ADHD?

3. Utredning

Har du innsikt i, eller kan dere estimere, hvor mange barn som er til sekundærforebygging hos dere årlig og som er diagnostisert med ADHD?

Hvordan foregår helsesamtale med barn med fedme og deres familier på frisklivssentralen/ i kommunen?

- Gjøres det noe annerledes i helsesamtalen og/eller etter helsesamtalen dersom barn har en kjent diagnose med ADHD?
- Kartlegger dere om pasientene bruker ADHD-medikamenter som kan være en medvirkende årsak til fedme i helsesamtalen?

Ev.: Har dere noe prosedyre for gjennomgang av denne type medisiner i helsesamtalen (overlates dette til fastlege eller andre spesialister på området?)

Oppdager dere gjennom helsesamtalen eller sekundærforebyggingen at barn har ADHD, og hva skjer i så fall med disse barna?

Kjenner dere til om noen barn med ADHD (og deres familier) har fått avslag på sekundærforebygging i regi av Frisklivssentralen/ kommunen grunnet deres diagnose med ADHD?

4. Fedmeoppfølging personer med ADHD

Hvordan foregår sekundærforebygging for barn diagnostisert med ADHD og deres familier i frisklivssentralen/ i kommunen?

- Er sekundærforebyggingen annerledes for barn med ADHD og deres familier?
- Ev.: Hvilket kunnskapsgrunnlag bruker dere i sekundærforebyggingen av barn med ADHD og deres familier?

Hva mener du er de største utfordringene/barrierene i sekundærforebygging av barn med ADHD og fedme i frisklivssentral/ kommune?

- Kan du nevne konkrete eksempler?

Hva har du best erfaring med i sekundærforebygging av barn med ADHD og fedme, altså suksesskriterier for vellykket forebygging?

- Kan du nevne konkrete eksempler på suksesshistorier?

Kan du fortelle om hvordan dere involverer barn med ADHD i sekundærforebyggingen?

- Ev.: På hvilken måte involveres de?
- Ev.: Involveres de i på annen måte enn barn som ikke har ADHD?

Hvordan deler dere erfaringer i teamet angående helsesamtaler og sekundærforebygging av barn med ADHD og deres familier?

Hva er dine tanker om behovet for tilpasning av sekundærforebygging til barn diagnostisert med ADHD i frisklivssentral/ kommune?

10.5 VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE INFORMANTER FEDMEPOLIKLINIKK

INTERVJUGUIDE: Helsepersonell som jobber på Fedmepoliklinikk, barneteam.

Tema og bakgrunn

Denne semi-strukturerte intervjuguiden er utarbeidet i forbindelse med intervjuer av helsepersonell som jobber i barneteamet på Fedmepoliklinikken, St. Olavs Hospital, i forbindelse med prosjektet «ADHD og overvekt: oppfølging, veiledning og behandling i helsetjenesten for personer med ADHD som har overvekt/fedme».

Målet med prosjektet er å kartlegge forekomsten av fedmebehandling for barn og voksne diagnostisert med ADHD, samt få økt innsikt i utfordringsbildet for fedmebehandling for denne gruppa, for å utvikle kunnskapsgrunnlag for kompetanseheving innen tematikken for å sikre god og likeverdig behandling.

Form

To forskere vil gjennomføre fokusgruppeintervju med helsepersonell ledere (Ellen M. I. Ersfjord og Hege Ramsøy-Halle). Ellen M. I. Ersfjord har det overordnede ansvar for intervjustudien. Intervjuet vil vare i 1-1,5 time. Intervju tas opp via båndopptaker. Intervjuene transkriberes deretter til tekst. Resultatene fra intervjustudien skal presenteres i en rapport som oppsummerer resultater fra prosjektet.

Intervjuet

Fokusgruppeintervjuet starter med at forsker **presenterer hovedfokus** for prosjektet og intervjuet:

Hovedmålet med prosjektet er å kartlegge forekomsten av fedmebehandling for barn og voksne diagnostisert med ADHD, samt få økt innsikt i utfordringsbildet for fedmebehandling for denne gruppa, for å utvikle kunnskapsgrunnlag for kompetanseheving innen tematikken for å sikre god og likeverdig behandling. Hovedfokus for dette fokusgruppeintervjuet er å få innsikt i utfordringsbildet når det gjelder familiebasert behandling for barn med fedme og deres familie.

SPØRSMÅL INTERVJUGUIDE

1. Informantenes bakgrunn

- Hvilken yrkesbakgrunn har dere?
- Hvor lenge har dere jobbet med konservativ fedmebehandling for barn og deres familier?

2. Kunnskap

Hvilken kunnskap har dere om lidelsen ADHD generelt, altså Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? (eks sosiale utfordringer, genetikk/arv)?

- Ev.: Hvor har dere kunnskapen fra? (Gjennom utdanning, personlig interesse, kurs, fagseminarer, annet)

Har dere spesifikk kunnskap i forhold til fedmebehandling barn med ADHD?

- Ev.: Hvor har dere kunnskapen fra? (Utdanning, personlig interesse, kurs, fagseminarer, annet)

Vet dere hva forekomsten av fedme er blant barn med ADHD?

- Ev.: Hva tror dere er forekomsten av fedme blant barn med ADHD?
- Ev.: Slik dere ser det, er forekomsten av fedme lavere eller høyere for barn med ADHD?

3. Utredning

Har dere innsikt i, eller kan dere estimere, hvor mange barn som er til fedmebehandling hos dere årlig og som er diagnostisert med ADHD?

Oppdager dere av og til gjennom utredningsforløpet at barn har ADHD, og hva skjer i så fall med disse pasientene?

Hvordan foregår utredningsforløpet for barn med fedme generelt?

- Gjør dere noe annerledes i utredningsforløpet dersom barn har en kjent diagnose med ADHD?
- Kartlegger dere om pasientene bruker ADHD-medikamenter som kan være en medvirkende årsak til fedme?
 - Ev.: Har dere noe prosedyre for gjennomgang av denne type medisiner, eller overlates dette til fastlege eller andre spesialister på området?

Kjenner dere til om noen barn med ADHD (og deres familier) har fått avslag på behandling på Fedmepoliklinikken grunnet deres diagnose med ADHD?

4. Fedmebehandling personer med ADHD

Hvordan foregår behandlingen for barn diagnostisert med ADHD og deres familier?

- Er behandlingen annerledes for barn med ADHD og deres familier?
- Ev.: Hvilket kunnskapsgrunnlag bruker dere i behandling av barn med ADHD og deres familier?

Hva mener dere er de største utfordringene/barrierene i konservativ behandling av barn med ADHD og fedme?

- Ev.: Kan dere nevne konkrete eksempler?

Hva har dere best erfaring med i behandling av barn med ADHD, altså suksesskriterier for vellykket behandling?

- Ev.: Kan dere nevne konkrete eksempler på suksesshistorier?

Involverer dere barn med ADHD i egen fedmebehandling?

- Ev.: På hvilken måte involveres de i behandlingen?
- Ev.: Involveres de i behandlingen på annen måte enn barn som ikke har ADHD?

Har dere noen erfaringer om barn som har vært til behandling på Fedmepoliklinikken og som ikke er diagnostisert med ADHD, men som dere likevel har følt har hatt problematikk med impulsivitet og oppmerksomhet?

- Hvilke utfordringer kan dette skape?
- Har dere noen rutiner for hvordan dere jobber med disse barna og deres familier?

Hvordan deler dere erfaringer i teamet angående utredning og behandling av barn med ADHD og deres familier?

Er det behov for å tilpasse fedmebehandlingen til barn diagnostisert med ADHD?

10.6 VEDLEGG 6: FIGUR 1 BIOPSYKOSOSIAL MODELL HENTET FRA ENGEL (1981)



