

Hammerstad, Elisabeth

Det rurale perspektivet på overvekt og fedmeproblematikken

Hvilke erfaringer har foreldre vedrørende barnas oppvekst i rurale områder i forbindelse med infrastruktur, kosthold og aktivitet, og hvordan kan dette påvirke utviklingen av overvekt og fedme?

Masteroppgave i KLH3901

Veileder: Plasil, Tanja

Desember 2021

Hammerstad, Elisabeth

Det rurale perspektivet på overvekt og fedmeproblematikken

Hvilke erfaringer har foreldre vedrørende barnas oppvekst i rurale områder i forbindelse med infrastruktur, kosthold og aktivitet, og hvordan kan dette påvirke utviklingen av overvekt og fedme?

Masteroppgave i KLH3901

Veileder: Plasil, Tanja

Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Overvekt og fedme er et av nåtidens store helseutfordringer. Overvekt og fedme høyner risikoen for helseplager og sykdom. I tillegg øker risikoen for stigmatisering og ekskludering. Dette kan bidra til å utvikle helseforskjellene i samfunnet. Det er en større andel med overvekt og fedme i områder med lavere grad av sentralitet, og rural bosetting har vist seg å være en risikofaktor i seg selv.

Hensikt: Studiens hensikt er å undersøke hvilke erfaringer foreldre har knyttet til barnas oppvekst i rurale områder, og å oppnå dybdeinnsikt i hvorfor bygda kan være et fedmefremmende miljø.

Problemstillingen er «*Hvilke erfaringer har foreldre vedrørende barnas oppvekst i rurale områder i forbindelse med infrastruktur, kosthold, aktivitet, og hvordan kan dette påvirke utviklingen av overvekt og fedme?*»

Metode: En kvalitativ studie med åtte, semistrukturerte intervju med ti informanter bosatt i Frøya kommune. Intervjuene ble gjennomført digitalt, og varte mellom 45 og 90 minutter. De transkriberte intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering etter Kvale og Brinkmanns metode.

Resultater og konklusjon: Studien belyser foreldres erfaringer knyttet til barnas oppvekst i rurale områder, og hvordan det å vokse opp i områder med lav grad av sentralisering kan påvirke utviklingen av overvekt og fedme. Resultatene understøtter eksisterende forskning, som konkluderer med at det å vokse opp i rurale områder er en utfordring i forhold til denne utviklingstrenden. Denne studien presenterer store avstander, manglende fysisk og praktisk tilrettelegging i forbindelse med transport, kaloririk mattradisjon og ultraprosseserte matvarer kombinert med begrensa matvareutvalg, utfordringer knyttet til kulturforskjeller og redusert tilbud av helsetjenester lokalt som kompliserende faktorer for utfordringene. Økt kunnskap, bedre tilrettelegging, flere lokale lavterskel aktivitetstilbud, bedre utvalg og utvalg av ferske matvarer, og lokale helsetjenester kan bidra til å redusere utviklingen, og motvirke de store helseutfordringene som overvekt og fedme er en sentral del av.

Nøkkelord: Overvekt, Fedme, Rural bosetting, Folkehelse, Aktivitet, Kultur

ABSTRACT

Background: Overweight and obesity are one of the major health challenges today, and overweight and obesity increase the risk of various health complications and diseases. In addition, the risk of social stigma and exclusion increases, and may contribute to a further increase in health inequalities. There is an increased proportion of overweight and obesity in areas with a low degree of centrality, and rural settlement has proven to be a solitary risk factor on its own.

Aim: The purpose of the study is to investigate what experiences parents have associated with their children growing up in rural areas, and to gain in-depth insight on why the countryside can be an obesity-promoting environment.

The aim of this study is *“What experiences do parents have in regard to their children's upbringing in rural areas in connection with infrastructure, diet, physical activity, and how does this impact the development of overweight and obesity?”*

Method: A qualitative study with eight semi-structured interviews with ten informants living in the Frøya municipality. The interviews were conducted digitally, and lasted between 45 and 90 minutes. The transcribed interviews were analyzed using systematic text condensation according to Kvale and Brinkmann's method.

Results and conclusion: The study sheds light on parents' experiences related to their children's upbringing in rural areas, and how growing up in areas with a low degree of centralization can affect the development of overweight and obesity. The results support earlier research presenting conclusions that growing up in rural areas is connected to increased levels of overweight and obesity. This study presents large distances, lack of physical and practical facilitation in connection with transport, high-calorie food tradition and ultra-processed foods combined with limited food selection and variety, challenges related to cultural differences and reduced provision of local health services as complicating factors for the challenges. Increased knowledge, better facilitation, more local low-threshold activities, better variety and access to fresh foods, and local health services can help reduce development, and counteract the major health challenges of which overweight and obesity represent.

Keywords: Overweight, Obesity, Rural settlement, Public health, Activity, Culture

FORORD

Min masteroppgave utgjør siste del av et toårig masterløp ved NTNU. Da jeg startet på Klinisk helsevitenskap- fedme og helse var jeg lykkelig uvitende over den store oppgaven foran meg. Jeg var ivrig over å endelig kunne fylle på kunnskapsbanken med spennende nye teoretiske emner og ny lærdom, og slet meg igjennom metodefag og statistikk. Til slutt resulterte studiet i denne masteroppgaven hvor jeg har forsøkt å sammenfatte noe av den kunnskapen som jeg har opparbeidet meg gjennom disse årene. Det viktigste jeg har lært er at overvekt- og fedmetemaet er mye større og mer komplekst enn jeg noen gang kunne tro, og jeg ser et stort behov for informasjon og kompetanseøkning.

Det har vært to og et halvt lærerike og travle år. Det å skrive en masteroppgave har vært et utrolig krevende arbeid, og til tider følt som nesten umulig å gjennomføre. Nå som oppgaven er ferdig er det derfor mange som fortjener en stor takk. Først og fremst ønsker jeg å takke alle informantene som har stilt opp til intervju og delt av sin dyrebare tid, energi og ikke minst tanker. I tillegg vil jeg rette en stor takk til forsker Line Oldervoll ved NTNU og ikke minst min veileder og forsker Tanja Plasil ved ObeCe. Uten utallige møter over Zoom og Teams, rask tilbakemelding, veiledning og korrigerings underveis hadde nok veien til målet blitt enda lengre.

Et masterstudium har gjort den allerede travle hverdagen enda travlere, men har til gjengjeld vært ekstremt givende og lærerikt. Jeg er evig takknemlig til alle som har stilt opp og hjulpet meg med masteroppgaven, alt fra sparringspartnere til korrekturlesere, og ikke minst familie, kolleger, lagkamerater og venner som har støttet meg hele veien og ikke minst bidratt til å holde humøret mitt oppe underveis. Nå er jeg glad jeg ser slutten på skrivehverdagen og ser frem til nye utfordringer med ny verdifull og fremtidsrettet kunnskap.

10.12.21, Levanger

Elisabeth Hammerstad

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	I
ABSTRACT	II
FORORD	III
INNHOLDSFORTEGNELSE	IV
FIGURER	VI
TABELLER	VI
KAPITTEL 1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 TEMA, PROBLEMSTILLINGEN OG AVGRENSNING	2
KAPITTEL 2 TEORETISK REFERANSERAMME	4
2.1 OVERVEKT OG FEDME	4
2.2 PREVALENS	5
2.3 KONSEKVENSER AV OVERVEKT OG FEDME	6
2.4 OVERVEKT OG FEDME BLANT BARN OG UNGE.....	6
2.5 ÅRSAK TIL UTVIKLING AV OVERVEKT OG FEDME.....	7
2.5.1 <i>Aktivitet og skjermtid</i>	8
2.5.2 <i>Helsetjenester og Behandling</i>	8
2.5.3 <i>Fedme i barneårene</i>	9
2.5.4 <i>Adverse Childhood Experiences (ACE)</i>	9
2.5.5 <i>Oppvekst i rurale omgivelser</i>	10
2.5.6 <i>Kultur</i>	12
2.5.7 <i>Mattradisjoner og matkultur</i>	12
2.5.8 <i>Næringsmiddelindustrien</i>	13
2.6 TEORETISKE MODELLER FOR SOSIOØKONOMISKE ULIKHETER I HELSE.....	13
2.6.1 <i>Det materialistiske perspektivet</i>	14
2.6.2 <i>Det psykososiale perspektivet</i>	14
2.6.3 <i>Livsløpsperspektivet</i>	14
2.7 FEILRAPPORTERING	15
2.7.1 <i>Dunning-Kruger effekten</i>	15
KAPITTEL 3 KOMMUNEINFORMASJON OG LOVVERK	17
3.1 FRØYA KOMMUNE.....	17
3.2 AKTUELT LOVVERK	18
KAPITTEL 4 METODE	20
4.1 HENSIKT OG FORSKNINGSPØRSMÅL	20
4.2 VALG AV METODE.....	20
4.3 KVALITATIV METODE.....	20
4.3.1 <i>Det kvalitative forskningsintervjuet</i>	21
4.3.2 <i>Informantene</i>	21
4.3.3 <i>Datainnsamlingen</i>	22
4.3.4 <i>Dataanalysen</i>	22
4.3.5 <i>Analyseprosessen</i>	23
1) Helhetsinntrykk	23
2) Identifisere meningsenheter	23
3) Finne innholdet i de enkelte meningsenheterne (kondensering)	24
4) Sammenfatte betydningen (rekontekstualisering).....	24
5) Samle de viktigste emnene i et deskriptivt utsagn	24
4.4 METODISKE UTFORDRINGER	26
4.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	26
4.5.1 <i>Godkjenninger</i>	27
KAPITTEL 5 RESULTATER	28

5.1	PRESENTASJON AV FUNN.....	28
5.2	TRANSPORT OG INFRASTRUKTUR.....	28
5.2.1	<i>Aktiv og passiv transport</i>	28
5.2.2	<i>Kollektivtransport</i>	30
5.3	AKTIVITET	31
5.3.1	<i>Organisert idrett</i>	31
5.3.2	<i>Uorganisert fysisk aktivitet</i>	32
5.3.3	<i>Skjermtid</i>	33
5.4	KROPP OG HELSE.....	34
5.4.1	<i>Oppfattelse av sunnhet</i>	34
5.4.2	<i>Vekt</i>	34
5.4.3	<i>Kroppspress og sosiale medier</i>	35
5.5	KULTUR	36
5.5.1	<i>Matkultur</i>	37
5.6	TILGJENGELIGE VARER OG TJENESTER.....	39
5.6.1	<i>Butikker og matvareutvalg</i>	39
5.6.2	<i>Lokal mat og utvalg</i>	39
5.6.3	<i>Helsetjenester</i>	41
KAPITTEL 6	DISKUSJON AV FUNN	43
6.1	ET BILBASERT SAMFUNN.....	43
6.2	AKTIVITET OG INAKTIVITET – EN KONSEKVEN AV TILRETTELEGGING?.....	45
6.2.1	<i>Selvrapporing</i>	48
6.3	KROPP, PSYKE OG HELSE - ET SUNT LIV?	49
6.3.1	<i>Utfordringer med vekt</i>	50
6.3.2	<i>Psykiske symptomer og lidelser</i>	51
6.3.3	<i>Det å falle utenfor</i>	51
6.4	FRØYVÆRINGENE.....	52
6.4.1	<i>Matkultur og matvaner</i>	53
6.4.2	<i>Innvandring og integrering</i>	54
6.5	GOD TILGJENGELIGHET, MEN BARE FOR ENKELTE	56
6.5.1	<i>Tilgjengelige varer og lokale råvarer</i>	56
6.5.2	<i>Spesialisthelsetjenesten – til stede, men ikke tilgjengelig</i>	56
6.5.3	<i>Helsetjenester og lovverk</i>	57
6.6	KORT OPPSUMMERING	58
KAPITTEL 7	DISKUSJON AV METODE.....	59
7.1	STYRKER OG SVAKHETER.....	59
7.1.1	<i>Kvalitativ versus kvantitativ</i>	59
7.1.2	<i>Endring av problemstilling underveis i prosjektet</i>	59
7.1.3	<i>Datamaterialet</i>	59
7.1.4	<i>Informantene</i>	60
7.1.5	<i>Eksterne forskere og masterprosjektet</i>	61
7.1.6	<i>Forskerens- og intervjuobjektets rolle</i>	61
7.1.7	<i>Språk</i>	61
7.2	COVID19 PANDEMIEN	62
7.3	FREMTIDIG FORSKNING.....	62
KAPITTEL 8	KONKLUSJON	63
	<i>Transport og infrastruktur</i>	63
	<i>Aktivitet</i>	63
	<i>Kropp og helse</i>	63
	<i>Kultur</i>	63
	<i>Tilgjengelige varer og tjenester</i>	64
	REFERANSER.....	65
	VEDLEGG.....	70
	VEDLEGG 1. FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT	70
	VEDLEGG 2. INFORMASJON DELTAGELSE INTERVJU FRØYA, NORSK VERSJON.....	72
	VEDLEGG 3. INFORMASJON DELTAGELSE INTERVJU FRØYA, ENGELSK VERSJON	74

VEDLEGG 4. SAMTYKKEERKLÆRING, NORSK VERSJON.....	76
VEDLEGG 5. SAMTYKKEERKLÆRING, ENGELSK VERSJON.....	77
VEDLEGG 6. INTERVJUGUIDE	78

FIGURER

FIGUR 1. WC OG RISIKO (17).....	5
FIGUR 2. POTENSIELL PÅVIRKNING GJENNOM LIVSLØPET SOM FØLGE AV ACE (58)	10
FIGUR 3. KOMMUNER ETTER SENTRALITETSKLASSE (MØRK RØD KLASSE EN, BLÅ KLASSE SEKS) (59). ...	11
FIGUR 4. ANDELEN VEDVARENDE LAVINNTEKT FRØYA (88).....	18
FIGUR 5. LOVVERKETS PÅVIRKNING AV KOMMUNEPLANER (94).....	19
FIGUR 6. OVERSIKT OVER INFORMANTER	22
FIGUR 7. OVERSIKT OVER ULIKE TILBUD I NÆRMILJØET (89)	45
FIGUR 8. UNGDOM OG TRENING (1).....	46
FIGUR 9. FOLKEHELSEBAROMETER FRØYA(1).....	48
FIGUR 10. OVERSIKT OVER OPPHAV (100)	55

TABELLER

TABELL 1. BMI OG RISIKO FOR VEKTRELATERT FØLGESYKDOM (16).....	4
TABELL 2. TRINN I ANALYSEDEL(95).....	25
TABELL 3. OVERSIKT OVER HOVEDKATEGORI OG OVERORDNA TEMA	25

Kapittel 1 INNLEDNING

Overvekt og fedme er en av nåtidens helseutfordringer, og trolig en av fremtidens store helsetrusler for folkehelsen. Personer med fedme har økt sannsynlighet for å utvikle helseplager og sykdom(2), og individene har i tillegg dessverre større risiko for å oppleve stigmatisering og ekskludering i samfunnet og helsevesenet(2-4). Andelen personer med overvekt og fedme er ulikt fordelt i samfunnet og rurale områder tenderer til å ha økt forekomst i forhold til urbane områder(5). Prevalensen av overvekt i verden har så mye som tredoblet seg mellom 1975 og 2016(2). Nyere forskning viser at mye av den globale økningen i de siste tiårene er nettopp forårsaket av nettopp økningen av overvekt og fedme i rurale områder(6). Dette kan ha mange forklaringer da mange faktorer påvirker helsen vår gjennom livsløpet og dette kan igjen øke risikoen for å utvikle overvekt og fedme. Samfunnet har over tid endret seg i retning av redusert hverdagsaktivitet, økt biltrafikk, økt konsum av ultraproseserte matvarer, og en generell sentralisering(2, 7). En generell endring i disse aktivitets-, transport- og kostvanene legger til rette for økt risiko for utvikling av overvekt og fedme i løpet av livsløpet(2, 7). Per i dag lever flere av oss i et land der konsekvensen av overvekt og fedme tar livet av flere enn undervekt(2). Dette understreker alvorligheten i situasjonen og forklarer hvorfor dette er et tidsaktuelt samfunnsproblem. Overvekt og fedme er en kompleks utfordring som kan forebygges(8), men dette setter store krav til både individet og samfunnet.

I min oppgave er den økte representasjonen i rurale områder i fokus og skaper innfallsvinkelen for oppgaven. Selve masteroppgaven forsøker å innhente erfaringer om kosthold, aktivitet, og infrastruktur fra foreldre bosatt i den rurale kommunen Frøya. Å intervju foreldre til barn som er bosatt i rurale områder var en gylden mulighet for å innhente kunnskap og søke forståelse av problematikken. Hensikten med oppgaven er å formidle studiens resultater, og kan igjen være med å bidra til å gi oss en bedre forståelse av dette innviklede fagfeltet. Avslutningsvis kan studien forhåpentligvis legge til rette for bedre forståelsen av den økte forekomsten av overvekt og fedme i rurale områder. Studien kan på denne måten legge til rette for å bidra til å forenkle folkehelsearbeidet i rurale kommuner.

1.1 BAKGRUNN

Dette prosjektet er en del av delprosjekt knyttet til KOMPASS-studien (Kommunetilpasset Forebygging og Behandling - Overvekt og Fedme blant Bygdebarn). KOMPASS-studien bygger på forprosjektet «Overvekt blant bygdebarn - årsaker og forebygging» og dette studiet hadde som mål å få innsikt i årsaksfaktorer knyttet til sosial ulikhet i forekomsten av overvekt og fedme mellom rurale og urbane områder. Prosjektet hadde fokus på

kontekstuelle variabler som geografi, atferd og kultur. Resultater fra forprosjektet tydet på at sosiale faktorer som kulturelle forstillinger om mat og identitet var en av de viktigste faktorene for å forklare den høye forekomsten av overvekt og fedme i rurale områder. Informantene i forstudien mente at det eksisterer i større grad en «kosekultur» som har et opphav i forestillinger om den positive verdien av gamle mattradisjoner og mer «skikk og bruk» på bygda. Målet med KOMPASS-studien var å bygge videre på forprosjektet og frembringe kunnskap rundt betydningen av lokal kultur og fysisk bosted, og hvordan det igjen spiller inn på sosial ulikhet i helse når det gjelder overvekt og fedme på bygda. Delmålene var a) å få innsikt i årsaker til hvorfor bygda er forskjellig fra tettbygde strøk ved å involvere barn som rådgivere og medforskere, b) oppnå dybdeinnsikt i utfordringer med å bo på bygda for barn med overvekt og fedme og deres familier gjennom å kartlegge deres hverdagsliv, inklusive aktivitets- og kostregistreringer, c) kartlegge og analysere bygdebaserte erfaringer og utfordringer blant helsesøstre i rurale kommuner i Trøndelag relatert til forebygging og behandling av overvekt og fedme, og til slutt c) finne kontekstuelle årsakssammenhenger for overvekt blant barn og unge, og utvikle metoder for å redusere overvekt og fedme blant barn og unge i rurale strøk.

1.2 TEMA, PROBLEMSTILLINGEN OG AVGRENSNING

Overvekt og fedme er en global og lokal tidsaktuell utfordring(2, 7). Personer med overvekt og fedme har større sannsynlighet for å utvikle livsstilssykdommer og helsefarlige tilstander(2, 7). Det er også konstatert at overvektige barn har signifikant økt sannsynlighet for å utvikle kardiovaskulære- og metabolske sykdommer senere i livet, samt økt risiko for å utvikle ulike former for kreft i voksenårene(9). Overvekt og fedme er også forbundet med økt sannsynlighet for å utvikle dårligere psykisk helse enn normalvektige(10). Personer med overvekt og fedme har større sannsynlighet for å utvikle livsstilssykdommer og utfordringer knyttet til stigmatisering, psykiske plager og mistrivsel(7). Individene har også større sannsynlighet for å ha utfordringer knyttet til inkludering i sosialt liv og arbeidsliv(4, 11). Ettersom overvekt og fedme kan ramme alle uavhengig av alder, kjønn, utdanningsnivå, fysisk aktivitetsnivå og røykestatus(12), utgjør det en av nåtidens mest komplekse og tverrfaglige utfordringer knyttet til folkehelsen. Dette medfører ikke bare konsekvenser for enkeltindividet, men også for helsesektoren, økonomiske og sosiologiske konsekvenser og kan bidra til å øke forskjellene innad i samfunnet(7). Kompleksiteten i denne utfordringen viser hvor viktig det er å forske videre på hvilke faktorer som påvirker utviklingen av overvekt og fedme, men også hvilke faktorer som opprettholder den høye vekten. Ettersom dette er et prosjekt som har begrenset tid og ressurser anser jeg denne masteroppgaven som en eksplorerende studie. Ulike behandlingstilbud utdypes ikke i større grad i denne masteroppgaven. Hensikten vil være å se etter sosiale mønstre og sammenhenger i datamaterialet. Med dette vil jeg forsøke å

gi et supplement til både den teoretiske og metodologiske forståelsen av den økte forekomsten av overvekt og fedme i rurale områder.

Jeg som fysioterapeut har lenge vært interessert i aktivitet og kostholdsvaner, og hva som påvirker oss mennesker og hvilke valg vi tar, spesielt med tanke på livsstil og helsa vår. Jeg ønsket å benytte anledningen til å undersøke og lære mer om de mulige bakenforliggende årsakene for utvikling av overvekt og fedme. I den forbindelse ble jeg gjort oppmerksom på KOMPASS-studien som handlet om overvekt og fedme, og sammenhengen mellom oppvekst i rurale omgivelser. Jeg ønsket blant annet å få svar på sammenhengen mellom utvikling av overvekt og fedme hos barn og det å vokse opp i rurale strøk. Videre ville jeg forsøke å identifisere sentrale opplevelser og erfaringer knyttet til hverdagsliv og oppvekst i rurale områder. Og om det kan sees i sammenheng med utviklingen av overvekt og fedme gjennom løpet av livsløpet. Problemstillingen i masteroppgaven ble derfor *«Hvilke erfaringer har foreldre vedrørende barnas oppvekst i rurale områder i forbindelse med infrastruktur, kosthold og aktivitet, og hvordan kan dette påvirke utviklingen av overvekt og fedme»*.

Kapittel 2 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapittelet presenteres det teoretiske grunnlaget for masteroppgaven. Aktuell teori utdypes under hver underoverskrift, utgjør grunnlaget for presentasjon av resultater, og ikke minst legger føringer for diskusjonen. I starten av kapittelet presiseres ulike definisjoner, prevalens og konsekvenser av overvekt og fedme. Deretter presenteres diverse årsaksfaktorer som øker risiko for utviklingen av overvekt og fedme. Etter dette presenteres aktuelle teoretiske modeller for hva som kan forårsake de sosioøkonomiske helseulikhetene i samfunnet, samt annen aktuell teori. Slutten av kapittelet dedikeres til Frøya kommune og aktuelt lovverk.

2.1 OVERVEKT OG FEDME

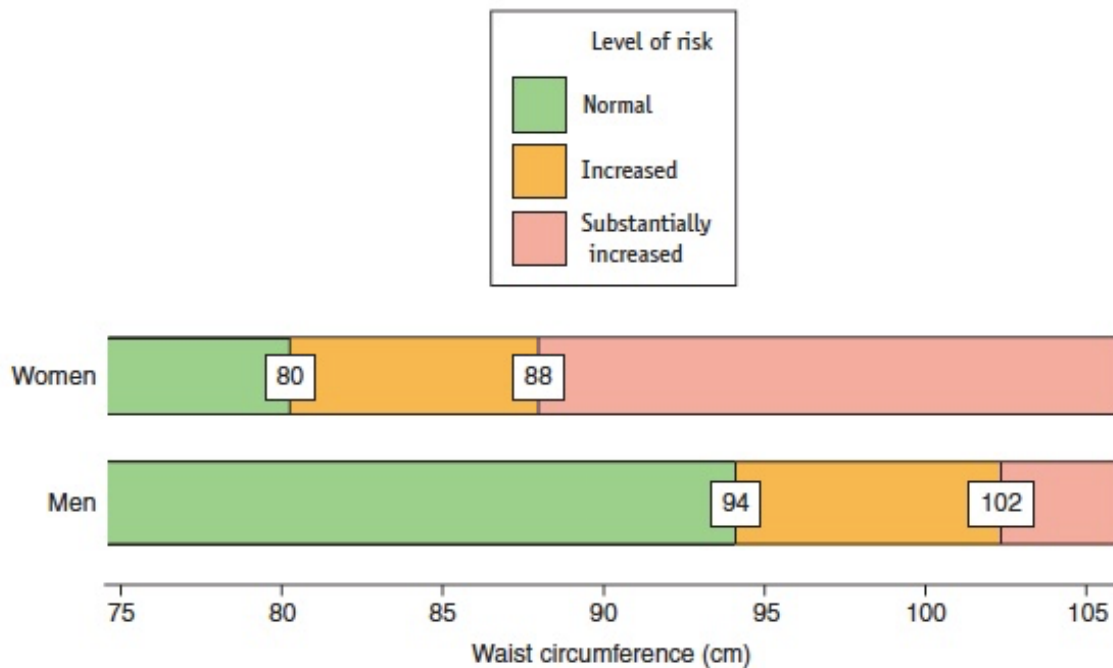
Worlds Health Organization(WHO) omtaler fedme som en alvorlig, kronisk sykdom, og definerer overvekt som en unormal eller overdreven opphopning av fett som kan forringe helsen(2, 13). Fettvevet er et metabolsk aktivt vev som direkte påvirker hormon- og cytokinstatusen(9). Overvekt blir definert som en Body Mass Index (BMI) mellom 25 og 30 kg/m², fedme ved en BMI på over 30kg/m², fedme grad 1-3 over 35 kg/m²(14-16).

Tabell 1. Sammenheng mellom kroppsmasseindeks (BMI) og risiko for vektrelatert følgesykdom		
BMI (kg/m ²)	Klassifisering	Risiko for fedmerelatert komorbiditet (tilleggssykdom)
< 18,5	Undervekt	Lav
18,5 - 24,9	Normla vekt	Gjennomisttnlig
25,0-29,9	Overvekt	Lett økt
30,0-34,9	Fedme grad I	Moderat økt
35,0-39,9	Fedme grad II*	Høy
> 40	Fedme grad III*	Svært høy

*Sykelig fedme er definert som fedme grad III eller fedme grad II med fedmerelatert tilleggssykdom Abdominal fedme er en sterkere risikofaktor for hjerte-og karsykdom enn en høy BMI og defineres som midjemål ≥102 cm menn og ≥88 cm for kvinner.

Tabell 1. BMI og risiko for vektrelatert følgesykdom (16)

For barn og unge er ikke dette målet like nøyaktig og det er laget spesifikke mål som er bedre tilpasset barn(13). Dette kommer av at barn vokser i ulikt tempo som varierer etter alder og kjønn(13). Samtidig har forskning vist at kroppssammensetningen og fordelingen av fettvevet har mye å si i forhold til risiko for ulike fedmerelaterte plager(13, 17). Abdominal fedme er sterkere assosiert med kardiovaskulær sykdom og diabetes mellitus type 2(DM2) enn forhøyet BMI(17). En ser også en tydelig kjønnsforskjell, der kvinner raskere får økt risiko for sykdomsutvikling (se figur)(17). For å måle abdominal fedme blir ofte livvidde (waist circumference, WC) brukt.



Figur 1. WC og risiko (17)

Ubalansen mellom energiinntak og energiforbruk er den grunnleggende mekanismen bak utviklingen av overvekt(8). Denne forstyrrelsen i energibalansen fører til et energioverskudd som igjen kan føre til overvekt og deretter kan utvikle seg til fedme(7). Det har vist seg å være utfordrende å ha gode mål på energiomsetning fordi forskning viser at ved selvrappotering overrapporteres fysisk aktivitet og underrapporteres energiinntaket(18, 19). WHO konkluderte i 1998 med at de fundamentale årsakene for epidemien av overvekt hovedsakelig er en stillesittende livsstil kombinert med energitett diett(13). Dette er en enkel fremstilling av problemet og i avsnittene under utdypes flere aktuelle faktorer.

2.2 PREVALENS

Prevalensen av overvekt i hele verden har tredoblet seg mellom 1975 og 2016, og utgjør en av nåtidens største globale helsetrusler(2). I Norge ser en at andelen normalvektige generelt har gått ned, mens andelen med overvekt og fedme har økt mest i de yngste aldergruppene(20). HUNT-studiene (HUNT1, HUNT2, HUNT3) viser en økning i BMI og WC i alle vektgrupper(weight groups), derav ble det observert en spesiell økning i abdominalfedme spesielt hos kvinner(20). Det er mange faktorer som kan forstyrre energibalansen både individuelt og på befolkningsnivå(8, 17, 21). Blant annet atferd, miljø og levevaner(21), genetikk(22), men også samfunn og politikk(21, 23) er sentrale faktorer som kan være med å påvirke utviklingen. I tillegg er sosioøkonomisk status og utdanningsnivå relatert til prevalensen av fedme, men selve sammenhengen er

kompleks(17). Selv om fedme er assosiert med en stillesittende livsstil og lav utdanning, ser man også økt BMI hos personer som både er fysisk aktive og høyere utdannet(12).

2.3 KONSEKVENSER AV OVERVEKT OG FEDME

Overvekt og fedme er en svært sammensatt helseutfordring som både er knyttet til sosiale, medisinske og psykologiske forhold. Både risikoen for å utvikle helseproblemer og alvorligheten i helseutfordringene øker med graden av fedme. Samt varigheten individet er eksponert for overvekten øker risikoen ytterligere(13). Overvekt og spesielt fedme øker risikoen vesentlig for å utvikle en rekke livsstilssykdommer. Blant annet høyt blodtrykk, insulinresistens, nedsatt glukosetoleranse, høye fettverdier i blodet, hjerte- og karsykdommer og utvikling av DM2(14, 17). Det å ha overvekt eller fedme øker sannsynligheten for å utvikle en rekke livsstilssykdommer, men høyner også risikoen for flere psykiske utfordringer og ekskludering(13). Dermed er ikke fedme bare en medisinsk problemstilling, men kan også knyttes til sosiale, samt ekskluderings- og marginaliseringsprosesser på samfunnsnivå. Blant annet er det avdekket stigma og diskriminering av personer med fedme i helsetjenester(3). Studien viser at behandlere og andre som jobber i helse har sterke negative holdninger mot personer med fedme, og at dette påvirker behandlingen de får i negativ grad(3). En amerikansk studie undersøkte attraktivitet i forbindelse med lek, og de konkluderte med at overvektige barn var mindre attraktive som lekekamerater enn andre barn(4). Studien viser sjokkerende nok at barn med fedme kom helt sist i rangeringen. Til og med etter barn med store funksjonshemninger(4). I samme studie påpeker forskerne at «det sunne barnet» som ideal var mer ettertraktet i 2001 enn da det samme ble undersøkt i 1961, noe som bidrar til å øke forskjellen mellom holdningen til det normalvektige og overvektige barnet(4). Overvektige barn strever også mer med stigma, mobbing og negative holdninger(11). Samtidig er det viktig å trekke frem at det er fullt mulig å ha et godt og meningsfylt liv selv om man har fedme som helsetilstand(24, 25). Per i dag lever som sagt de fleste av oss i et land der overvekt og fedmerelaterte helseutfordringer tar livet av flere enn underernæring(26), og dette viser hvor omfattende konsekvensene av disse utfordringene er.

2.4 OVERVEKT OG FEDME BLANT BARN OG UNGE

Trenden med økende BMI blant barn og ungdom har flatet ut i høyinntekstland, men akselererer i noen deler av Asia, noe som ikke korrelerer med trenden hos voksne(27). I Norge ser en at andelen barn med overvekt og fedme ikke lenger er økende, og det siste tiåret har andelen norske skolebarn med overvekt og fedme forandret seg lite(28). Selv om denne trenden generelt har flatet ut har prevalensen stabilisert seg på et ugunstig høyt

nivå(27). I Norge har andelen barn som har overvekt eller fedme stabilisert seg, samlet sett, på rundt 15-20 prosent. Mens for ungdom er tallet på hele 25 prosent og andelen sees som økende(7). I USA har gjennomsnittsvekten hos barn økt med mer enn 5 kilo i løpet av de siste tre tiårene, noe som resulterer i at hvert tredje barn blir definert som overvektig(29). Det å utvikle fedme i ung alder kan knyttes til utfordringer som får konsekvenser for hele livsløpet i form av negative helsevaner, marginalisering og ekskludering fra flere arenaer i samfunnet. En norsk studie undersøkte sammenhengen mellom overvekt og fedme hos 15-16 åringer og assosiasjonen med sosioøkonomiske og kulturelle risikofaktorer(30). Studien konkluderer med at overvekt og fedme blant ungdom i Norge er assosiert med sosioøkonomiske faktorer og faktorer knyttet til kosthold og kostholdsvaner(30). Overvektige barn har en tendens til å dra med seg overvekten inn i det voksne liv og forblir overvektige resten av livet. Dette øker sannsynligheten for å utvikle en rekke livsstilssykdommer senere i voksenlivet(9). Moderat økt BMI fra 7-13 år, frem til puberteten, er assosiert med signifikant høyere risiko for å utvikle DM2. Det er derfor fordelaktig å oppnå normalisert vekt før puberteten(9). Forskning viser at mer enn 50 prosent av mødre med overvektige barn, paradoksalt nok, ikke er bekymret og overser barnets vektutfordringer(11). Dette forklares med at foreldrene tenderer til å misoppfatte, er uvitende eller rett og slett «kobler fra» og klarer ikke å oppfatte den faktiske vekten til eget barn(11). Omtrent 70 prosent av mødre til overvektige barn oppfatter at eget barn har samme vekt som jevnaldrende, og har i tillegg en oppfatning av at egne barn er like aktive og sunne som jevnaldrende(11). Foreldrene undervurderer stort sett barnets vekt og mer enn 50 prosent er ikke i stand til å gjenkjenne om egne barn er overvektige(11). Slik tenderer foreldre til å undervurdere alvorlighet av egne barns vektutfordring, atferds vaner og spisemønster.

2.5 ÅRSÅK TIL UTVIKLING AV OVERVEKT OG FEDME

Årsakssammenhengen for utvikling av overvekt og fedme er svært kompleks. Tidligere forskning viser at helse vår kan sees i sammenheng med materielle kår, levevaner og psykososialt stress(31). Elstad snakker om sosioøkonomisk helseulikheter og viser til et sosioøkonomisk hierarki hvor helsefordeler er ulikt fordelt(7, 31). Desto høyere man befinner seg i dette hierarkiet, desto bedre utgangspunkt har en for å kunne utvikle god helse(31). Barn som vokser opp med foreldre som enten er overvektige eller lider av fedme har i gjennomsnitt større vekt enn barn som vokser opp med normalvektige foreldre(32). En kan dermed si at overvekt og fedme har en intergenerasjonell funksjon. Fedme knyttes også til foreldrenes utdanningsnivå, etnisitet, familiestruktur, innvandrerbakgrunn, yrkesstatus og sosioøkonomiske status(28, 31-36). Individuer med lavere utdanning og dårlig økonomi har generelt større sannsynlighet for å utvikle overvekt og fedme. Og deretter større risiko for å utvikle helseplager og i tillegg større risiko for tidligere død. Det

samme så de hos barn der de brukte foreldrene som utgangspunkt i forbindelse med utdanningsnivå og husholdningsinntekt(33). Studien undersøkte norske familier med ulik struktur i form av en steforelder eller stesøsken, det de kalte blanda familier, og konkluderte med at barna hadde økt assosiasjon til høy BMI(35).

2.5.1 AKTIVITET OG SKJERMTID

Det har oppstått store endringer i miljø og levevaner de sist tiårene, noe en tror kan forklare økningen av overvekt og fedme(7). Samfunnet har endret seg fra i hovedsak fysisk arbeid til mer stillesittende arbeid og mindre aktiv transport for store deler av befolkningen(2). Aktiv transport i denne settingen defineres som aktiv persontransport i form av gange, sykling og lignende. For de aller fleste har skjermtiden økt i løpet av de siste årene, men det er sett en spesiell økning blant aldersgruppen 16-19 år(8). Med skjermtid menes her bruk av datamaskin, TV, mobil og andre håndholdte digitale enheter. I tillegg er også tendensen at den totale andelen barn og unge som deltar i organisert idrett har vært synkende den siste perioden(8). Aktivitetsnivået i befolkningen blir dermed endret som følge av den forandrede hverdagen. Dersom foreldrene går til jobb er andelen barn som også går til skolen hele 78 prosent, noe som viser at barns transportmetode har en direkte sammenheng med foreldrenes transportmetode(8). Forskning indikerer også at inaktivitet ikke er direkte årsak til en utviklingen av overvekt på lang sikt, men at overvekt i seg selv er en begrensning for fysisk aktivitet(37).

2.5.2 HELSETJENESTER OG BEHANDLING

Overvekt og fedme utgjør en svært sammensatt problematikk med flere dimensjoner. I dag er det som sagt et høyt antall personer med overvekt og fedme, men av disse er det kun et fåtall som søker hjelp i forbindelse med vekt. Behandlingseffektene utbroderes ikke vesentlig i denne avhandlingen, men nevnes kort da det er viktig for å forstå omfanget. Forebyggende- og behandlingstiltak kan foregå på et individuelt- eller samfunnsmessignivå ut ifra alvorligheten av overvekten(8). Selve behandlingen av fedme foregår i første- og andrelinjetjenesten i form av fedmepoliklinikker, behandlingstiltak, private aktører, Frisklivssentraler og andre lokale tilbud i regi av kommunen. Det er flere dokumenterte behandlingsmetoder sånn som livsstilstiltak(17, 38), kirurgi(39), trening(40-42), kognitiv atferdsbehandling(43, 44) og kostholdsrådgivning(45, 46). Selv om mye av behandlingen gir effekt på kort sikt viser forskning at det er utfordrende å opprettholde vekttapet over tid(45, 47, 48). Enkelte behandlinger har bedre effekt på lang sikt enn andre, men forskning viser at blant annet atferds- og overvekts behandling for barn har vist å ha signifikant effekt etter 5 år (44). Fysisk aktivitet har også vist en positiv effekt på vektopprettholdelse på lang sikt(49). Fysisk aktivitet har i tillegg vist en fordelaktig effekt på andre helsemarkører, eksempelvis sånn som bedre aerob kapasitet, reduksjon i WC,

reduksjon i blodtrykk og hvilepuls, i tillegg til en bedring i psykologiske faktorer som bedre humør(42, 50).

2.5.3 FEDME I BARNEÅRENE

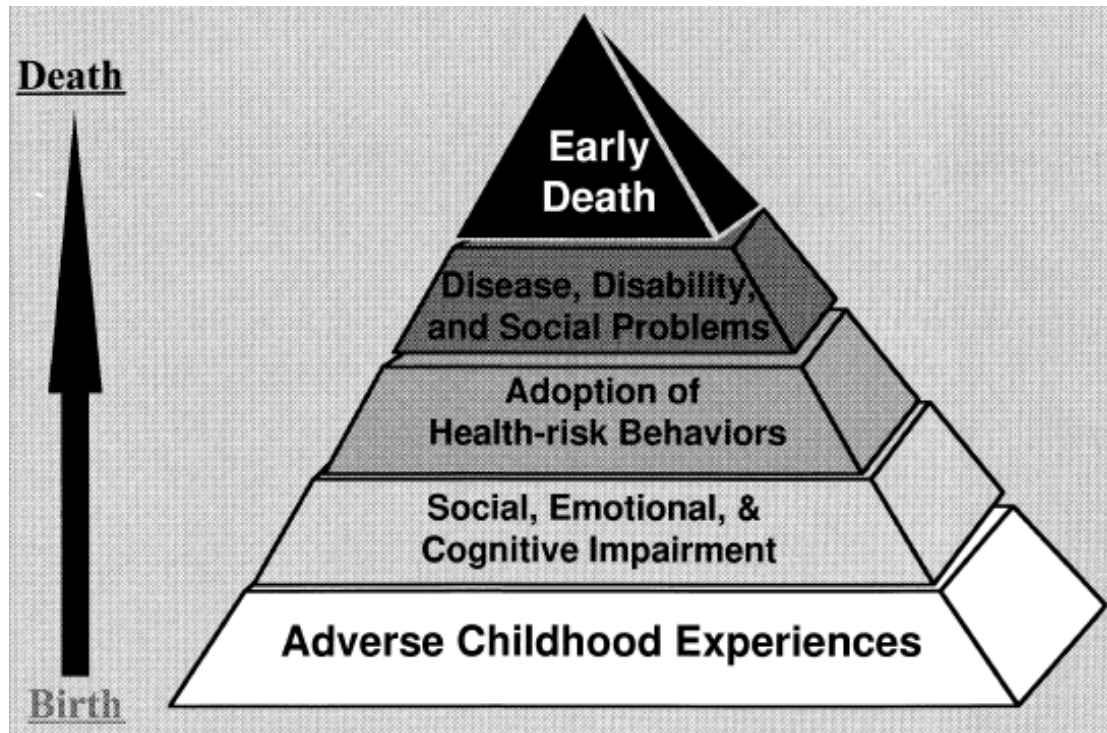
Overvekt og fedme i barneårene er knyttet til større risiko for fedme gjennom livsløpet(51, 52). Tidligere studier viser at barn og unge som får hjelp til vektreduksjon tidlig klarer å stoppe en uhensiktsmessig vektøkning i løpet av behandlingen sammenlignet med barn som ikke kommer til behandling(53, 54). Det er også mange studier som har sett på effekten av behandling på barn, og konkluderer med at det viktigste for å forebygge overvekt i voksen alder er å forebygge overvekt hos barn(53, 55). Sammenhengen mellom individuelle faktorer kan også knyttes til barnets alder, kjønn og vekt(43, 56). Tidlig intervensjon er derfor essensielt for å forebygge utvikling av overvekt i løpet av livsløpet.

Både punkt 2.5.2 og 2.5.3 viser viktighet av å ha et godt utviklet og lokalt helsetilbud slik at det er lav terskel for å søke hjelp tidlig. Nærhet til helsetilbudene kan være med å redusere barrieren med å kontakte helsetjenestene, og føre til tidlig intervensjon.

2.5.4 ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES (ACE)

ACE-studien viser en klar sammenheng mellom en psykisk belastning i barndom og utvikling av sykdom, derav blant annet overvekt og fedme(57, 58). Det konkluderes med at det finnes en dose-respons sammenheng mellom det som blir betegnet som belastende livserfaringer og utvikling av overvekt og fedme(57, 58). Det vil si jo flere negative belastninger i oppveksten, desto større negative påvirkningen på livskvalitet, somatisk og psykisk helse senere i livet(57, 58). Belastningene kartlagt i ACE- studien ble til slutt delt inn i «psykologiske, fysiske eller seksuelle overgrep, rus, psykiske lidelser, vold eller kriminell atferd innad i familien» og figuren under viser hvordan disse faktorene kan ha en innvirkning på helsen (Figur 2). Flere studier viser stress i kombinasjon med destruktive emosjonsreguleringsmønstre allerede i barndommen kan legge til rette for emosjonell spising, redusert fysisk aktivitet, økt stillesitting og søvnutfordringer. Dette kan igjen øke risikoen for å utvikle overvekt senere(54). Negative følelser og stress gjennom barndommen kan utgjøre en stor trussel for folkehelsen(54). En positiv og sunn livsstil med fysisk aktivitet og adekvat søvn kan være fordelaktig for emosjonsregulering og å skape gode strategier for å regulere følelser(54). Effektive emosjonsreguleringsferdigheter kan redusere atferd som er relatert til overvekt og inkludere andre faktorer, som igjen virker beskyttende ovenfor vår fysiske og psykiske helse. Destruktive mønstre for følelsesregulering kan resultere i overspising og økt inntak av energirik mat. På sikt er det naturlig å tenke at disse emosjonsregulerende mønstrene kan bidra til å utvikle overvekt og fedme, men i tillegg kan det også tenkes å ha negativt innvirkning på behandlingen av symptomene. Psykologi og genetik har også en rolle ved utvikling av fedme, og en ser at

det fysiske, sosiale og politiske miljøet påvirker vår evne til å opprettholde atferd som er egnet for vektkontroll over tid(21).

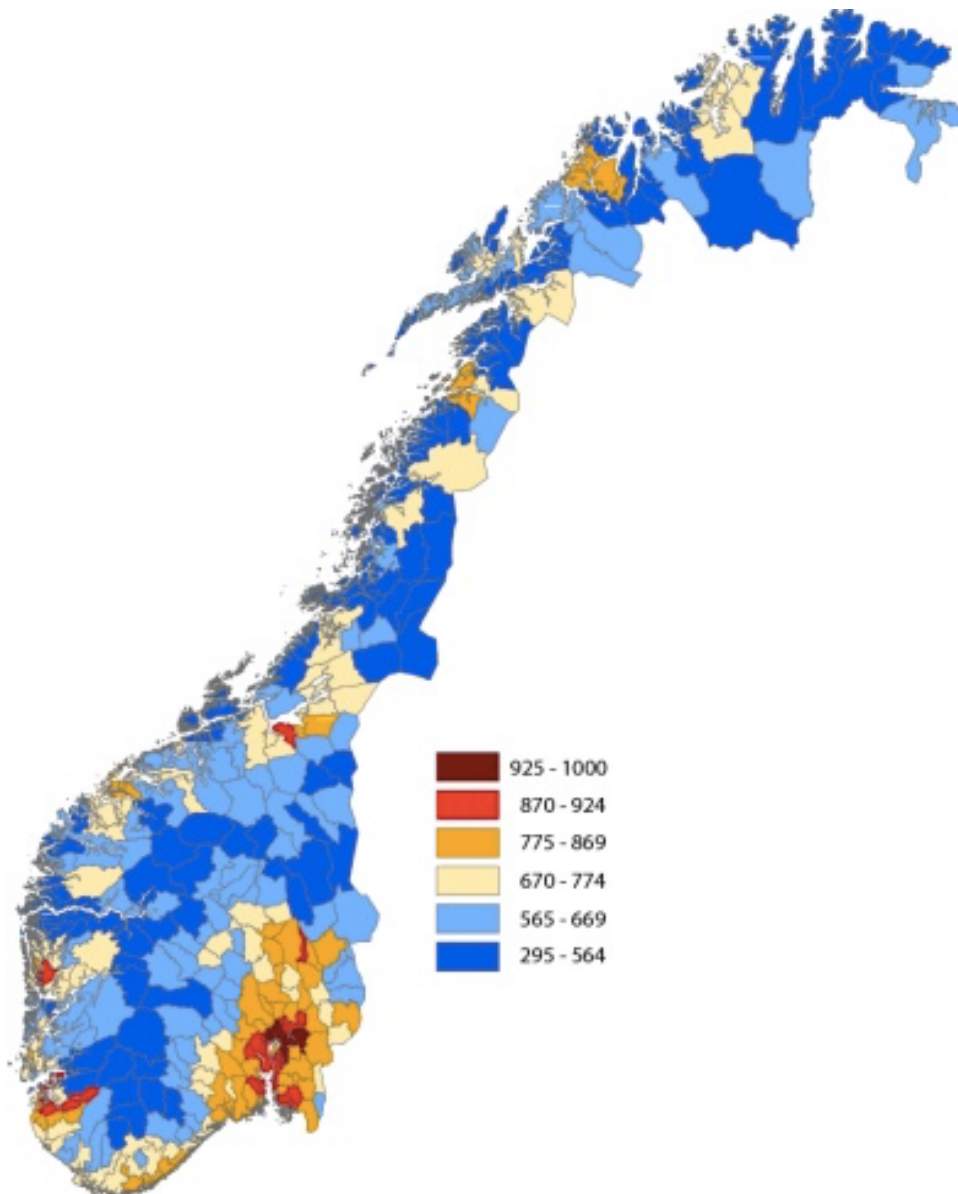


Figur 2. Potensiell påvirkning gjennom livsløpet som følge av ACE (58)

2.5.5 OPPVEKST I RURALE OMGIVELSER

Det har vist seg at andelen med overvekt og fedme er ulikt fordelt i samfunnet og rurale områder tenderer til å ha en økt forekomst(5). Til tross for tidligere oppfatninger om at urban livsstil har ført til økt forekomst av overvekt og fedme, viser nyere forskning at mye av økningen de siste tiårene er nettopp grunnet en økning av BMI i rurale områder(6). Dette utfordrer paradigmat der urban livsstil og urbanisering er hoveddrivkraft for den globale fedmeepidemien(6). For å se hva som defineres som urbant og ruralt har jeg valgt å ta utgangspunkt i Statistisk Sentralbyrå (SSB) sitt mål på sentralitet. SSB har utarbeidet et mål for kommunenes sentralitet ved hjelp av en sentralitetsindeks(59, 60). SSBs sentralitetsindeks rangerer alle kommuner med en verdi mellom 0 til 1000, der 1000 er høyest sentralitet(59). Indeksen er blant annet basert på befolkningens tilgang til arbeidsplasser, tilgang til private og offentlige tjenester og avstanden til disse(60, 61). Sentralitetsindeksen er igjen inndelt i seks klasser fra en (mest sentrale kommuner) til seks (minst sentrale kommuner)(59). Stortingsmeldingen *Levende lokalsamfunn for fremtiden*(62) definerer «distrikt» som kommuner med sentralitetsklasse fem og seks, mens andre publikasjoner definerer også kommuner i kategori fire som distriktskommuner(61). Alle kommunene i sentralitetsklassene fire, fem og seks omfatter til sammen hele 79 prosent av Norges kommuner og dette blir til sammen 1,6 millioner

innbyggere(61). Dette tilsvarende hele 30 prosent av landets befolkning. Figuren under viser en oversikt over fordelingen av sentralitetsklassene i Norge (Figur 3).



Figur 3. Kommuner etter sentralitetsklasse (Mørk rød klasse en, blå klasse seks) (59).

Den samlede andelen overvekt og fedme varierer etter landsdel og utdanningsnivå. Blant barn er andelen høyest i helseregionen Nord og lavest i helseregion Sør-Øst(7). En norsk studie undersøkte hvilken påvirkning urban og rural bosetting har på sammenheng med utvikling av overvekt og fedme(5). Hovedfunnet fra studien var at andelen barn med overvekt er lavere i kommuner med høy grad av sentralitet sammenlignet med kommuner med lavere grad av sentralitet(5). I tillegg så en de samme tendensene i sammenhengen mellom WC og bosettingstetthet(5). En annen studie konkluderte med at både barn fra mødre med lavere utdanning og barn som var bosatt ruralt hadde høyere gjennomsnitts BMI og WC sammenlignet med barn som vokste opp i urbane områder og mødre som har høyere utdanning(34). Til tross for å ha justert for bla sosioøkonomisk status og region

viser en Canadisk artikkel at overvekt og fedme er mest upreget i rurale områder(63). I denne artikkelen ble det undersøkt hvorvidt canadiske ungdommer fra rurale strøk hadde større sannsynlighet for å utvikle overvekt og fedme sammenlignet med ungdommer fra urbane strøk(63). Studien konkluderte med at trenden for overvekt og fedme blant ungdom var økende proporsjonalt med nivået av «ruralitet»(63). Heggem og Zahl-Thanem konkluderte nylig i sin artikkel at eksperter som jobber med overvekt og fedme må forstå den rurale konteksten, tradisjon og ta tak i problemene i rurale områder(64). For å forstå dette bedre må vi innom et essensielt begrep - nemlig kultur.

2.5.6 KULTUR

Den kjente antropologen Bronislaw Malinowski brukte begrepet kultur som en fungerende helhet. Han utviklet ideen om å studere «*bruken*», eller «*funksjonen*» av tro, praksis og skikker som til sammen utgjorde «*helheten*» av en kultur(65). Den franske sosiologen og antropologen Pierre Bourdieu mente at «*kulturelle manifestasjoner*» også fungerte som en form for kapital, og at individets posisjon i samfunnet var avhengig av kulturell, sosial og økonomisk kapital(66). Bourdieu er i ettertid mest kjent for sine teorier om «*habitus*» og «*kulturell kapital*»(66-68). «*Habitus*» defineres som en dyp struktur som genererer all tanke og atferd(67). Han forklarer det å ha «*kulturell kapital*» som å ha kunnskap om kulturelle uttrykksformer, som igjen er en verdifull sosial ressurs som individet kan utnytte(68). «*Kulturell kapital*» virker både ubevisst og bevisst på individet(68). Preferanser og valg kan forstås og sees i sammenheng med kultur. Kultur er forskjellig fra sted til sted, og land til land. Frøya er en kommune med høy andel innflyttere og arbeidsinnvandrere, noe som er med å prege samfunnet og kulturen. Befolkningen består av en stor andel med innvandrerbakgrunn tilsammen hele 27,5 prosent per 2021(69).

2.5.7 MATTRADISJONER OG MATKULTUR

Mattradisjoner og matkultur er stadig i endring og påvirker våre matvalg. Dette kan blant annet være et resultat av globalisering, endret og økt tilgang på matvarer, økonomi, kaloritett og prosesserte matvarer(17, 23). I de senere årene ses en særlig økning i kaloritett mat og økt bruk av ultraproseserte matvarer og hvordan dette påvirker konsumet. Teorien viser en klar sammenheng mellom økt inntak av kaloritette matvarer og utvikling av overvekt(17). Med ordet matkultur refereres det ikke bare til et spesifikt kosthold, matvarer og holdninger, men også hvordan mat blir praktisert og konsumert av et definert samfunn(70). Matkultur og mattradisjon inkluderer alt mellom definisjonene mat, tradisjon og kultur. Matkultur påvirkes blant annet av kultur og tradisjoner, men også av økonomi og politikk. På den måten er mat sterkt knyttet til vår identitet og selvfølelse(71). Norsk mat og matkultur bærer preg av vår historie, og hvordan vi har utviklet oss fra en selvbergingshusholdning til en pengehusholdning(72). I norsk tradisjonskost er det vanlig med ett større varmt måltid i løpet, og ellers mye brødmat,

pålegg, meieriprodukter, grøt og lignende(73). Mat eller matkultur kan på sitt vis bygge og opprettholde forholdet mellom individ og nasjon(70). Det kan være store forskjeller i matkultur fra land til land, men det kan også være ulikheter innad i et land(74). Mattradisjonene kan dermed variere fra landsdel til landsdel(73). Et eksempel på dette er variasjon i tradisjonsmat på høytider som for eksempel julaften. Det er vanlig med juleribbe i flere steder i landet særlig på Østlandet og i Trøndelag, juletorsk har sin opprinnelse på Sørlandet og Sør-Vestlandet, pinnekjøtt på Vestlandet, mens lutefisk har vært en juletradisjon i hele landet(75). Uansett er disse rettene sterkt knyttet til den norske juletradisjonen, mens andre land har andre tradisjoner sånn som kalkun i USA og juleand i Danmark. Til tross for dette ser en at kalkun også i de senere årene har blitt en del av den norske juletradisjonen, noe som er et ypperlig eksempel på den globale påvirkningskraften og globaliseringen av matkultur. Tilgjengelighet av mat og matvarer og ikke minst pris påvirker valgene våre(76).

2.5.8 NÆRINGSMIDDELINDUSTRIEN

På et globalt nivå ser en at prisene på usunn mat synker, mens sunn mat er blitt dyrere(77). Det vil si matvarer som er rike på kalorier, fett og generelt har høy energitetthet blir generelt mer tilgjengelig. Et eksempel på dette er den raske utviklingen av hurtigmatindustrien som resulterer i rask og billig mat, men som for det meste er kaloritet og ultraprosesert. Disse strukturelle endringene gjenspeiles i menneskers matvalg som påvirkes av blant annet tilgjengelighet, vaner og lyst. Forskning underbygger også at personer med høyere utdanningsnivå spiser oftere fisk, frukt og grønnsaker enn personer som har kortere utdanning(78). Dette gjenspeiles igjen i barns oppvekstvilkår og resulterer i at alle ikke har lik tilgang til lik mat. Politiske styringer og føringer har vist seg å virke positivt på dette ved å effektivisere forebyggingsarbeidet, og kan påvirke matvalg individene tar i positiv retning(29, 76). Dette viser viktigheten av myndighetenes rolle i forebyggingen av overvekt og fedme. Næringsmiddelindustriens påvirkning av konsumet utdypes ikke ytterligere i denne masteroppgaven.

2.6 TEORETISKE MODELLER FOR SOSIOØKONOMISKE ULIKHETER I HELSE

Hva er det egentlig som forårsaker de sosioøkonomiske helseulikhetene i samfunnet vårt? Norges fremste forsker på dette feltet Jon Ivar Elstad fikk i 2005 i oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet å skrive en oversikt over forskning om årsakene til sosiale ulikheter i helse(31). Artikkelen bygger på Elstads avhandling «*Social inequalities in health and their explanations*»(79). Det er mye som påvirker helsa vår gjennom livet, og det er hovedgrupper av disse årsaksforholdene som Elstad definerer som såkalte helsedeterminanter(31). Sosioøkonomiske helseulikheter oppstår fordi det som blir omtalt som helsedeterminanter er skjevt fordelt i samfunnet, og som konsekvens av dette dannes

et sosioøkonomisk hierarki(31). En forklaring til de sosioøkonomiske ulikhetene i helse har vært den genetiske forklaringen. I de senere år har det blitt mulig å kartlegge menneskets gener grundigere enn hva som tidligere var mulig og det har blitt mulig å undersøke om det finnes genetiske årsaker til sykdom. De genetiske bidragene er ikke fullstendig kartlagt slik forskningssituasjonen er i dag, men det er likevel oppdaget utallige genetiske sykdommer. En annen forklaring er å se at årsakene til helsesvikt først og fremst forstås som en interaksjon mellom miljø og gener. Det er dokumentert at store sosiale forskjeller i livsomstendigheter, atferd og levevilkår påvirker helsa vår. Derfor er det god grunn til å tro at sosioøkonomiske helsevariasjoner i dag er sterkt knyttet til miljøforskjeller. Elstad konkluderer med at genetikk påvirker helsen i liten grad, men at både materialistiske, psykiske og sosiale faktorer bidrar til sosioøkonomisk ulikheter i helse(31). Under er det utdypet relevante teorier som alle er hentet fra Elstads artikkel(31, 79).

2.6.1 DET MATERIALISTISKE PERSPEKTIVET

Det materielle miljøet danner omgivelsen for individers liv. Materielle forskjeller oppstår som følge av ulike materielle goder. Det materialistiske perspektivet baserer seg på at lavere levestandard når det gjelder kosthold, bolig, arbeidsmiljø, helsetjenester med mer, resulterer i høyere sykdomsrisiko. Det vil si at jo høyere levestandard generelt, jo lavere sykdomsrisiko for individet. Til tross for generell høy levestandard ser en materiell ulikhet i den generelle befolkningen. En ser at materiell ulikhet ikke bare gjelder for marginaliserte og sosialt ekskluderende grupper, men også for dem som ikke kan kategoriseres som lavinntektstakere. Dette viser at selv små materielle forskjeller kan ha helsemessige konsekvenser til tross for den økonomiske velstanden vi har i dag.

2.6.2 DET PSYKOSOSIALE PERSPEKTIVET

Dette perspektivet på sosial ulikhet i helse setter søkelys på individer i sine sosiale omgivelser. Hovedtanken er at det vi ser, hører og erkjenner i omgivelsene kan ha virkning på individets biologiske og fysiske tilstand. Dette medfører igjen et potensiale for å påvirke sykdomsprosesser. I de seinere tiår ser en at den psykososiale modellen har fått stor oppslutning innen forskning. Perspektivet baserer seg på at forekomsten av uheldig stress øker jo lavere individet er i det sosioøkonomiske hierarkiet. Stress utløses ikke bare av ytre faktorer som livshendelser og livssituasjoner, men utløses også av krav til tilgjengelige ressurser for å håndtere visse påkjenningen. Her kommer mestringsressurser frem som et viktig begrep. I tillegg ser en også at manglende ressurser naturlig nok har en sterk sammenheng med sosioøkonomisk plassering i hierarkiet.

2.6.3 LIVSLØSPERSPEKTIVET

Livsløpsperspektivet kan påvise en rekke sosiale mønstre som til sammen kan være viktige bidrag til at de sosioøkonomiske helseulikhetene oppstår. Det avgjørende med disse

mønstrene er hvordan akkumulasjon av uheldige omstendigheter og miljøfaktorer kan resultere i helsesvikt. Samfunnsforholdene skaper typiske livsmønstre med særskilte typer muligheter og handlingsalternativer som strekker seg over hele livsløpet, fra barndom til alderdom. Livsløpsperspektivet har resultert i en ny forståelse av de sosioøkonomiske helseulikhetene. Dette ved å se hvordan materielle, atferdsmessige og psykososiale forhold til sammen utgjør et kompleks av påvirkninger over tid, som til slutt kan føre til helseulikheter. Dette knytter helseulikhetene til forskjellene i materielle kår, levevaner og psykososialt stress, som de enkelte individene av hvert sosioøkonomisk lag møter og står overfor i løpet av sin levetid. Dette peker på at levevaner og livsstil i stor grad er kollektive fenomener, ikke først og fremst individuelle handlinger.

2.7 FEILRAPPORTERING

Målefeil og feilkilder finnes i all type datainnhenting, og aktivitet og kosthold er intet unntak. En ser en særlig utfordring med underrapportering av matinntak, noe som gjør det spesielt utfordrende å benytte selvrapportering til å måle det reelle energiinntaket(18, 19). Dette kommer i tillegg til en diskrepans mellom hva vi mennesker husker og hva som er den objektive realiteten(80). Antropolog Malinowski omtalte så tidlig som i 1922 om diversitet mellom det han ble fortalt og det han observerte i sine feltstudier(65). Han var en av de første antropologene som mente at for å forstå det samfunnet man skulle undersøke, var det nødvendig å tilbringe mye tid sammen med forskningsobjektene. Dette var grunnet at en kort periode eller kort samtale ikke nødvendigvis ga korrekt informasjon. Kunnskap, atferd og tidligere erfaringer kan påvirke hva en husker og dermed også hva man oppfatter som reelt. Diskrepansen mellom selvrapportert matinntak og faktisk matinntak er så stor at dette har satt spørsmål ved verdien til de innhentede dataene(18). Til tross for dette ser en at selvrapportering av kosthold og kostholdsvaner gir rik informasjon om hva som konsumeres på populasjonsnivå, dersom det tas høyde for en viss grad av underrapportering, men det er ikke ideelt som et mål på det reelle energiinntaket(18). I tillegg til feilrapportering kan også andre faktorer påvirke hva som blir rapportert og her er Dunning-Kruger effekten aktuell.

2.7.1 DUNNING-KRUGER EFFEKTEN

Dunning-Kruger effekten beskriver hvordan folk med lite kunnskap, eller lave ferdigheter, på et område vurderer seg selv urealistisk positivt(81-83). Effekten er en form for kognitiv bias og fikk sitt navn fra psykologene David Dunning og Justin Kruger(81). De gjennomførte studier der de testet individer og ba dem vurdere selv hvor god de var på oppgavene(81, 83). De konkluderte med at lite kunnskap ledsages av sviktende selvvurdering. Noe som resulterer i at individer med mindre kunnskap oppfatter seg selv som dyktigere enn de er(81, 82). Dette kan medføre en dobbel byrde da denne

inkompetansen fører til at individene, i tillegg til å presterer dårlig, gjør det vanskeligere korrigere og lære av egne feil(81, 82). Rapportering av energiinntak og fysisk aktivitet sett i lys av denne effekten kan mulig også forklare noe av feilrapporteringen.

Kapittel 3 KOMMUNEINFORMASJON OG LOVVERK

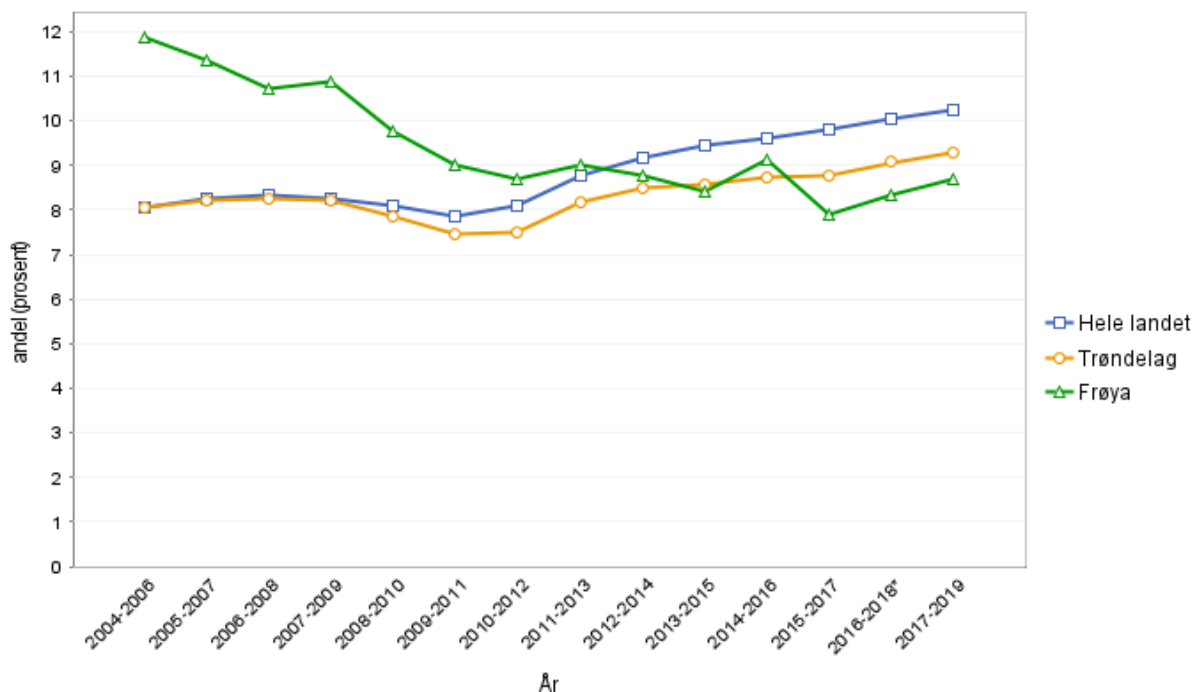
3.1 FRØYA KOMMUNE

Frøya kommune er en øykommune som ligger ute i havet vest for innløpet til Trondheimsfjorden(69, 84, 85). Kommunen består av flere øyer og den største øya (Fast-Frøya) er 152 kvadratkilometer(69, 84, 85). Det er over 5200 innbyggere i kommunen der bosettingen er forholdsvis sentrert rundt kommunesenter Sistranda(84). SSB definerer Frøya i sentralitetsklasse seks i 2020(59). Innbyggertallet i kommunen er økende og befolkningsveksten i perioden 2010-2018 var 15 prosent mot 8,7 prosent i Trøndelag som helhet(69, 85). I 2019-2020 økte innbyggertallet med 53 personer, der økningen bestod av et fødeoverskudd på 39 personer, netto innvandring på 38 personer, samt en netto innenlandsk utflytting på 22 personer(69). Befolkningen består av en stor andel innbyggere med innvandrerbakgrunn, hele 27,5 prosent per 2021(69). Dette er mye på grunn av arbeidsinnvandring og Frøya fungerer dermed som en smeltedigel. Dette kommer godt frem i et utdrag fra intervjuene;

«... Det er mye arbeidsinnvandring nå. Mye østeuropeere her på grunn av SalMar og lakseindustrien. Det var det ikke så mange av da jeg vokste opp. Men nå er det, i barnehagen eller på skolen jeg jobber så er 80% andrespråklige. Mens i barnehagen som hen skal begynne i så er det over 90% som ikke snakker norsk hjemme da, som ikke har norsk som førstespråk. Men det er jo ikke sånn på resten av Frøya. Men det er veldig konsentrert akkurat her som vi bor fordi det er nærest den største fabrikk. Nærest arbeid for de fleste da, men ellers i kommunen så er det vell en 25-30% som er arbeidsinnvandrere. Så det er en ganske stor andel andrespråklige i kommunen.»
- Juni 2021.

Fisk og havbruk er hovednæringen og kommunen er landets største på lakseoppdrett(69). Kommunen har god økonomi gjennom sterke næringsaktører, høye skatteinntekter og har i tillegg fått betydelige overføringer fra havbruksfond (totalt 205 millioner siden 2017, der årlige beløp varierende fra 2,4 til 102,9 millioner)(69). Dette resulterer i en varierende inntekt for kommunen fra år til år, men legger til rette for et godt økonomisk fundament sammenlignet med mange andre kommuner. Enkeltpersoner bosatt på Frøya ligger på topp i Norge i forhold til bruttoinntekten i Trøndelag i 2018 med 523 500 kr(86). På den andre siden er det hele 131 000 kr forskjell mellom gjennomsnitts- og medianinntekt, noe som gjør at Frøya er den kommunen i Trøndelag hvor denne forskjellen er størst(86). Snittet trekkes opp da det er noen få mennesker som har veldig høy inntekt, og på listen over Norges 500 rikeste er hele ni fra Frøya til sammenligning med 14 fra Trondheim(87). På

toppen av listen (Nr 2 i 2020) finner vi frøyværingen Gustav Magnar Witzøe som regnes som Norges rikeste med en formue på 20,9 milliarder i 2019(87). På den andre siden er andelen som bor i husholdninger med vedvarende lav inntekt vesentlig lavere enn i resten av landet som helhet(1, 88)(Figur 4). Andelen som gjennomfører videregående skole er også lavere enn landsnivået(1).



Figur 4. Andelen vedvarende lavinntekt Frøya (88)

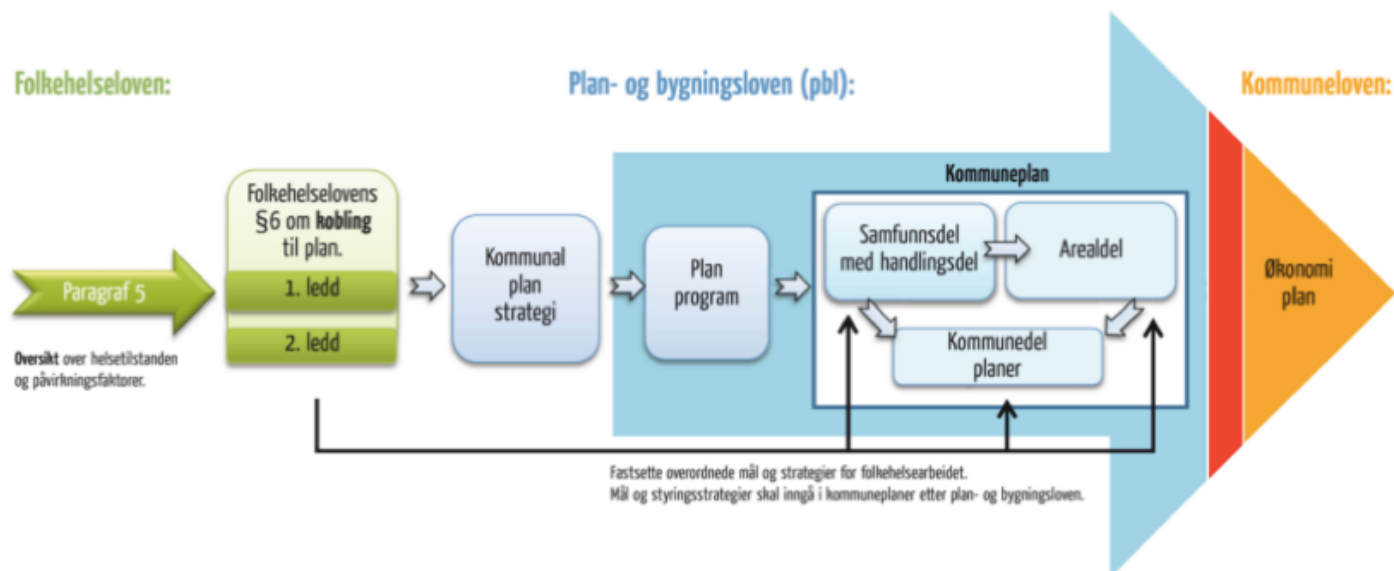
Folkehelsebarometeret viser i tillegg at andelen ungdomsskoleelever som er med i en fritidsorganisasjon er lavere enn resten av landet(1, 89, 90), men samtidig er andelen 17 åringer som trener sjeldnere enn ukentlig, ikke signifikant forskjellig fra landsnivået(1).

3.2 AKTUELT LOVVERK

Folkehelsearbeidet reguleres av blant annet to sentrale lovverk: *Folkehelseloven* og *Plan- og bygningsloven*. Formålet med *Folkehelseloven* er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen og skal være med å utjevne sosiale helseforskjeller(91). I tillegg skal loven sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter ivaretar folkehelsearbeidet(91). Ifølge § 4 i *Folkehelseloven* har kommunen et ansvar for folkehelsearbeid, og ifølge § 7 skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å imøtekomme kommunens helseutfordringer(91). Folkehelseprofilen i en kommune er en av de viktigste utredningene for å skaffe oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Ved å bruke funnene fra folkehelseprofilen kan kommunen innrette sitt arbeid på helsesektoren med fokus på å møte kommunens folkehelseutfordringer(91). Målrettet folkehelsearbeid er også lovfestet og ifølge

Folkehelseloven § 6 bør drøfting av kommunens helseutfordringer inngå som grunnlag for arbeid med kommunens planstrategi som er hjemlet i *Plan- og bygningsloven*(91, 92). I *Plan- og bygningsloven* er det bestemmelser om hvordan landets arealer skal planlegges og forvaltes, og hvordan arealene skal bli brukt på en effektiv og forsvarlig måte(92). *Folkehelseloven* og *Plan- og bygningsloven* forsterker fokuset på kommunens helseansvar og systematiserer det lokale arbeidet. Kommunen er dermed lokal planmyndighet(92). Kommuneplanen og økonomiplanen er de folkevalgtes viktigste redskaper i arbeidet med å planlegge for god livskvalitet for alle grupper av befolkningen. Kommunen kan kreve av en forslagsstiller at mulige helsemessige konsekvenser skal utredes i løpet av planleggingsprosessen før etableringen av nye virksomheter og tiltak(91, 92). Dette kan være der det for eksempel planlegges nye boliger eller arbeidsplasser. Hensikten med slike utredninger er å få oversikt over tiltakets mulige påvirkninger for helse og miljø både på kort og lang sikt(92). Lovverket gir de folkevalgte muligheter til å kreve tiltak som imøtekommer helseutfordringene før de godkjenner planene(92).

I tillegg har regjeringen forpliktet seg til å sette søkelys på folkehelsearbeid ved å ha laget «*Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029 - Sammen om aktive liv*» med målsetting om å øke det generelle aktivitetsnivået i Norges befolkning(93). Hovedmålet med handlingsplanen er å oppnå et mer aktivitetsvennlig samfunn på generell basis der alle uavhengig av alder, kjønn, funksjonsnivå og sosial bakgrunn har mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet(93). Det andre målet er å øke andelen som oppfyller helsemessige anbefalinger om fysisk aktivitet med 10 prosent innen 2025 og 15 prosent innen 2030(93).



Figur 5. Lovverkets påvirkning av kommuneplaner (94)

Kapittel 4 METODE

4.1 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Målet med studien er å undersøke og øke forståelsen for hva som kan være årsaken til at overvekt og fedme er mer utbredt i rurale strøk versus urbane strøk. Studien forsøker å få et innblikk i hva som påvirker foresattes og barns kost- og aktivitetsvaner. Hensikten med studiet er å øke kunnskapen om disse utfordringene og bidra til å legge til rette for å sette inn konkrete tiltak som kan være med å heve kompetansen. Samt være med å utjevne helseforskjeller. Problemstilling er «*Hvilke erfaringer har foreldre vedrørende barnas oppvekst i rurale områder i forbindelse med infrastruktur, kosthold, aktivitet, og hvordan kan dette påvirke utviklingen av overvekt og fedme?*».

4.2 VALG AV METODE

Metode handler om å følge en bestemt vei mot et mål. Det innebærer å bestemme seg for hvilken fremgangsmåte som er passende å benytte for å finne svaret på forskningsspørsmålet. Ettersom dette allerede var et pågående prosjekt, var kvalitativ metode bestemt fra før. For å besvare mitt forskningsspørsmål var likevel kvalitativ metode essensiell da målet var å søke kvalitativ kunnskap, og ikke i hovedsak kvantifiserbar informasjon. Det var ønskelig å innhente erfaringer og oppnå en dybdekunnskap om hvorfor rurale områder kan være et fedmefremmende miljø for barn, unge og deres familier. Målet med studien var dermed å søke etter foreldres erfaringer og søke etter dypere innsikt rundt denne aktuelle tematikken. Valget for innhenting av data ble semistrukturerte intervju som er en kvalitativ intervjumetode som blir utdypet under.

4.3 KVALITATIV METODE

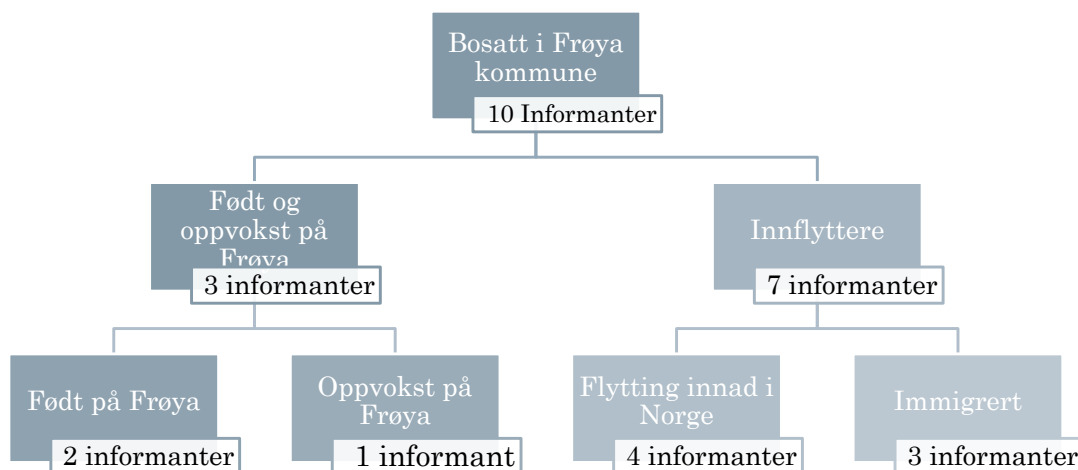
Målet med denne studien var å undersøke og få frem intervjupersonenes erfaring og avdekke deres opplevelse av verden, samt å søke å forstå verden sett fra intervjuobjektens side(95). Kvalitativ metode gjør det mulig å få et dybdeinnsyn i individers eller grupperes erfaring og oppfatning av verden. Det er et forsøk på å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Dette kan bidra til å danne økt forståelse, videreutvikle allerede etablert kunnskap og ikke minst gi et unikt innblikk i ulike individers liv. Kvalitativ forskning kan på denne måten være med å løfte evidensbasert praksis og videreutvikle vår grunnleggende forståelse av samfunnet og verden(96).

4.3.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET

Det kvalitative forskningsintervjuet bygger på et samspill eller en interaksjon mellom forskeren og informanten, og har som mål å produsere kunnskap i en sosial setting(95). Informantene er delaktig i intervjuet gjennom å uttrykke og skape mening og forståelse om et tema(95). Kvalitative intervju kan følge ulike rammeverk med ulik grad av struktur og rigiditet. Hvilken struktur intervjuet har kan baseres på temaet som skal belyses, ressurser, intervjuobjektene og ikke minst hvem som skal gjennomføre intervjuene. Intervjuer med mindre struktur og mer fleksibel oppbygning er kalt semistrukturert intervju. Det er denne intervjuoppbygningen som er valgt i denne studien. Det semistrukturerte intervjuet er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men har en intervjuguide som retningslinje for å sørge for at intervjuet holder seg til aktuelle temaer(95). Dette gir stor frihet innenfor de gitte rammene av intervjuguiden. Det er derfor viktig med kunnskap om tematikken slik at forskeren kan stille gode, åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål(95). Forskningsintervjuet sees på som et håndverk som læres ved å praktisere intervju, gjerne sammen med andre erfarne intervjuere(95). Et særtrekk ved intervjukunnskap er at den er kontekstuell, noe som betegner det som gjelder i en spesifikk kontekst eller noe som forekommer innenfor en kontekst.

4.3.2 INFORMANTENE

Inklusjonskriteriene for studien var at alle informantene måtte være bosatt i Frøya kommune og ha barn. Rekrutteringen foregikk ved å sende ut et informasjonsskriv til skoler og helsesykepleiere på Frøya (se Vedlegg 1-3), og oppfordre foreldrene til å ta kontakt for å delta. Utvalget i prosjektet bestod til slutt av åtte intervjuer med til sammen ti informanter. Av disse var to menn, og resten kvinner. To var født på Frøya, en hadde vokst opp og hatt største delen av barndommen på Frøya, mens hele syv var innflyttere enten som følge av flytting innad i Norge eller immigrasjon. Alle informantene var bosatt i Frøya kommune og de fleste var bosatt på Fast-Frøya, med unntak av en informant som bodde på en øygruppe utenfor. Flere av informantene var lærere eller jobbet i industrien, mens resten var husmødre, arbeidssøkere, uføre, eller håndverkere. Informantene hadde til sammen 16 barn og fordelingen mellom kjønnene var ti gutter og seks jenter. Prosjektet bestod i å intervju foreldrene om tema som infrastruktur, kosthold, aktivitet og kroppspress. Både med tanke på bakgrunn, arbeidsstatus og alder gjenspeiler informantene et godt gjennomsnitt av befolkningen på Frøya. Dette er representativt da omtrent hele 28 prosent av Frøyas befolkning er innvandrere, dersom en regner med både førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere(97). Dette blir utdypet mer under diskusjon av metode.



Figur 6. Oversikt over informanter

4.3.3 DATAINNSAMLINGEN

Det empiriske materialet i denne studien er basert på åtte semistrukturerte digitale intervju av ti deltagere. Intervjuene hadde en varighet mellom 45 til 90 minutter, og fulgte en intervjuguide (Vedlegg 6). Intervjuene ble gjennomført av to forskere, en fra Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe, St. Olavs) og en fra institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (fakultetet for medisin og helsefag, NTNU). Som følge av prosjektplanleggingen ble det avtalt at disse to forskerne i hovedsak skulle gjennomføre intervjuene. Sammen bestemte vi oss for at det ikke var ønskelig at tre forskere skulle gjennomføre de digitale intervjuene samtidig. Dersom det var tre intervjuere kunne dette virke overveldende for informantene, og derfor tok jeg kun del i to av åtte intervju i stedet for en av de eksterne forskerne. Disse intervjuene ble gjennomført digitalt i februar 2021 til juni 2021 og det lange intervallet var grunnet den pågående covid19 situasjonen. Det blir spilt inn en lydfil av alle intervjuene som senere ble anonymisert. Deretter transkriberte jeg intervjuene. Underveis i transkriberingen ble det tatt notater som senere også ble brukt i den senere analysen.

4.3.4 DATAANALYSEN

Intervjuene blir analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering Kvale og Brinkmanns metode(95). Hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering gjennomføres i fem trinn: 1) få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsenheter, 3) å finne innholdet i de enkelte meningsenhetene (kondensering), 4) å sammenfatte betydningen av dette (rekontekstualisering) og 5) samle de viktigste emnene i et deskriptivt utsagn(95). Under vil jeg beskrive hvordan jeg gikk frem i analyseprosessen ved hjelp av de fem trinnene.

4.3.5 ANALYSEPROSESSEN

Jeg begynte med å lese igjennom hvert enkelt intervju hver for seg og deretter leste jeg igjennom alle intervjuene samlet for å få en oversikt over helheten. Dette var et viktig steg i analyseprosessen da jeg følte jeg fikk bedre oversikt over datamaterialet, en nærhet til intervjuene, samt et inntrykk av tematikken. Etter dette gikk jeg mer inn i dybden og leste igjennom hvert enkelt intervju systematisk og identifiserte hver meningsenhet. Deretter jobbet jeg med tekstkondensering, det å finne og trekke ut innholdet i meningsenhetene. Dette var tidskrevende, og jeg søkte kontinuerlig tilbake til utgangspunktet for å sørge for at helheten ble ivaretatt. Etter dette ble betydningen av meningsenhetene sammenfattet og rekontekstualisert, og deretter forsøkt tildelt et eller flere overordna tema. Alle de overordna tema ble revidert og deretter delt inn i hovedtema som igjen var knyttet til problemstillingen. Til slutt i prosessen vurderte jeg mine resultater i lys av aktuell teori og statistiske data fra SSB. Under i Tabell 2 er eksempler på analysestegene og min anvendelse av systematisk tekstkondensering, samt i Tabell 3 er en oversikt over alle overordna tema og hovedtema.

1) Helhetsinntrykk

Første trinnet i analysen var som sagt å lese nøye igjennom alle transkripsjonene av intervjuene flere ganger. Deretter ble ett og ett intervju lest igjennom mer systematisk. Her fokusert jeg på å undersøke hva intervjuet handlet om og å finne essensen i intervjuene. Jeg forsøkte å stille meg åpen for alle inntrykkene materialet formidlet. Dette bidro til å danne et helhetsinntrykk av hele det tilgjengelige materialet. Dette gav inntrykk av noen hovedområder som jeg skrev ned som foreløpige tema sett i lys av problemstillingen min. Direkte etter å ha deltatt eller hørt opptak av intervjuene skrev jeg refleksjonsnotater. Her noterte jeg ned mine umiddelbare tanker og reflekterte over det jeg hadde hørt. Dette hjalp meg senere i prosjektet og gjorde meg mer oppmerksom på unik informasjon jeg ikke ønsket skulle forsvinne i mengden, samt bidro til å rette fokus på hva jeg ville undersøke nærmere i analysen.

2) Identifisere meningsenheter

Det andre analysetrinnet besto av å indentifisere de naturlige «meningsenhetene» i teksten. Denne prosessen bestod i en dekonstruksjon av datamaterialet ved å identifisere alle de ulike meningsbærende enheter i lys av studiens problemstilling. Datamaterialet ble gått igjennom systematisk, linje for linje for å identifisere meningsenhetene. Disse meningsenhetene ble satt inn i en tabell som la til rette for videre analyse. Jevnlige returnerte jeg til intervjuet som helheten og problemstillingen. Denne prosessen ble gjentatt for hvert intervju. Prosessen var tidkrevende, men nyttig ettersom jeg ble mer bevisst og bedre kjent med datamaterialet. Det viste seg underveis at meningsenhetene varierte veldig i omfang, samt noe av intervjuet falt utenfor problemstillingen. Dette ble

likevel inkludert i tabellen for å sikre at all informasjon ble ivaretatt og relevansen ble hele tiden revurdert underveis i analyseprosessen. Underveis i prosessen beholdt jeg en original versjon av transkripsjonen uten inndeling av meningsenheter, for å sikre at helheten av intervjuene ble ivaretatt.

3) Finne innholdet i de enkelte meningsenhetene (kondensering)

I det tredje analysetrinnet ble alle de meningsbærende enhetene omskrevet og sammenfattet til en kondensert tekst. Her forsøkte jeg å lete etter uttrykte temaer og tematisere uttalelsene som dominerte den naturlige meningsenheten. Målet var å finne meningsinnholdet i meningsenhetene, altså trekke ut essensen i teksten. Det ble laget et kondensat, det vil si et kunstig sitat, som hadde til hensikt å bære med seg innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. Kondensatets funksjon var å gjenfortelle og sammenfatte all informasjonen som var i meningsenheten, fortrinnsvis med å bruke informantenes egne ord og begreper. I dette analysetrinnet var det viktig å hele tiden returnere til originalteksten og råmaterialet for å kvalitetssikre at all informasjon fra informantene ble ivaretatt.

4) Sammenfatte betydningen (rekontekstualisering)

I analysens fjerde trinn ble meningsenhetene undersøkt i lys av intervjuenes spesifikke formål. Kondensatet ble derfor systematisk utforsket i lys av problemstillingen, og deretter forsøkt delt inn i overordnede tema. De overordna temaene jeg til slutt kom frem til var *aktiv transport, passiv transport, kollektivtransport, kultur, livsstil, matkultur, organisert idrett, uorganisert fysisk aktivitet, skjermtid, vekt, kroppspress og sosiale medier, oppfattelse av sunnhet, butikker og matvareutvalg, lokal mat og utsalg, og helsetjenester* (Tabell 3). Disse overordna temaene ble igjen sett opp mot problemstillingen, og deretter delt inn i hovedtemaer. Hovedtemaene ble hele tiden vurdert og evaluert opp mot problemstillingen. Hovedtemaene jeg endte opp med var *transport og infrastruktur, kultur, aktivitet, kropp og helse og tilgjengelige varer og tjenester* (Tabell 3).

5) Samle de viktigste emnene i et deskriptivt utsagn

Til slutt ble det skrevet et deskriptivt utsagn for hvert enkelt intervju der alt det viktigste fra hvert intervju ble skrevet sammen til en ren tekst. Her ble all den viktigste informasjonen fra intervjuene løftet frem i lys av problemstillingen. Etter dette ble alle de deskriptive utsagnene sammenlignet mot hverandre og til slutt ble det skrevet et samlet deskriptivt utsagn. Dette sammenfattet alt meningsinnholdet fra alle intervjuene i en felles tekst. Dette samlede deskriptive utsagnet ble skrevet ved hjelp av alle de fem hovedtemaene, med tilhørende overordna tema. Dette resulterte til slutt i en samlet tekst som er utgangspunktet for min videre analyse. Funnene fra denne analysen står under resultatdelen.

Meningsenhet	Meningsinnhold	Overordnet tema	Hovedtema knyttet til problemstillingen
Ja det fra den korte veien som er fra meg og ned til jobb da så er det ikke noen gangvei der på en måte sånn at det er en smal vei og da må du jo, kommer det en bil så må du på jo på en måte være forsiktig. Jeg synes ikke det behagelig.	Er ikke gangvei så må være forsiktig, og synes ikke det er behagelig å sykle.	Aktiv transport	Transport
Da går vi alltid oppi Haugan, i utmarka, da er det sånn familieprosjekt det å.	Går i utmarka i Haugan med familien	Uorganisert fysisk aktivitet	Aktivitet
Ehh mye mere enkelt hurtigmat i Trondheim, og huk tak i, ta med seg, nå tenker jeg hvis du går omkring city syd, vi kjøper, når jeg er i Trondheim og sånn, så spiser vi ofte ute. For eksempel. Det er en stor forskjell da.	Tenker det er mer hurtigmat i Trondheim.	Matkultur Butikker og matvareutvalg	Kultur Tilgang på varer og tjenester

Tabell 2. Trinn i analysedel(95)

Hovedkategori	<i>Overordna tema 1</i>	<i>Overordna tema 2</i>	<i>Overordna tema 3</i>
Transport og infrastruktur	Aktiv transport	Passiv transport	Kollektivtransport
Kultur	Egen kultur	Livsstil	Matkultur
Aktivitet	Organisert idrett	Uorganisert fysisk aktivitet	Skjermtid
Kropp og helse	Vekt	Kroppspress og Sosiale medier	Oppfattelse av sunnhet
Tilgjengelige varer og tjenester	Butikker og matvareutvalg	Lokal mat og utsalg	Helsetjenester

Tabell 3. Oversikt over hovedkategori og overordna tema

4.4 METODISKE UTFORDRINGER

Covid-19 situasjonen som oppstod i mars 2020 påvirket planleggingen og gjennomføringen av prosjektet. I en lengre periode ble prosjektet utsatt, noe som påvirket rekrutteringen og fremdriften i prosjektet. Det ble til slutt besluttet å gjennomføre intervjuene digitalt fremfor fysiske intervjuer. Det er naturlig å tenke at dette har påvirket prosjektet i stor grad da en mister den fysiske tilstedeværelsen, samt det førte til noen tekniske utfordringer i forhold til internett- og lyd kvalitet. Å delta fysisk i intervjuene kan bidra til å økt forståelse og nærhet til intervjudataen, og dette utfordres som følge av digital gjennomføring og eksterne forskere. I tillegg er det utfordringer ved å gjennomføre intervjuene digitalt sammenlignet med fysisk oppmøte. Å være fysisk til sted for å kunne se, høre, oppleve og så videre, er en viktig del av kvalitativ forskning. Antropologen Malinowski omtalte som nevnt tidligere allerede tidlig på 1900-tallet diskrepansen mellom det han observerte i sine feltstudier og det informantene gjorde (65). Derfor er bruk av digitale intervju ikke helt ideelt i kvalitativ forskning om kosthold, aktivitet og infrastruktur, men covid19 situasjonen gjorde det vanskelig å gjennomføre intervjuene på en annen måte. I tillegg er det naturlig å tenke at tematikken har påvirket selve rekrutteringen og hvilke individer som takket ja til å delta på intervjuene. Det er naturlig å tenke at informantene som meldte seg frivillig har økt interesse for denne aktuelle tematikken og er kanskje også mer bevisst i sine kost- og aktivitetsvalg. Dette kan dermed gi et skjevt bilde av virkeligheten. Disse nevnte utfordringene vil jeg komme mer tilbake til under diskusjon av metode.

4.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Det finnes etiske utfordringer i all forskning. Denne studien er en kvalitativ studie og det innebærer som oftest en interaksjon og observasjon med og mellom individer. Dette i seg selv innebærer alltid etiske hensyn. Etersom overvekt og fedme er forbundet med stigmatisering bidro det til å ha et særskilt fokus på forskningsetikk i dette prosjektet. Deltagerne meldte seg frivillig og fikk deretter informasjon om prosjektet på norsk og engelsk. Samtykke ble innhentet før oppstart og alle deltagerne måtte fylle ut samtykkeerklæring (Vedlegg 4 og 5). Alle deltagerne har dermed blitt godt informert og gitt frivillig samtykke til at deres data kan brukes til forskning. Selve anonymiseringsprosessen og retten til å trekke seg ble deltagerne opplyst om i både informasjonsskrivet og etter gjennomføringen av intervjuene. For å sikre at deltakerne ikke er gjenkjennbare ble alle opptakene og transkripsjonen anonymisert og kodet. Det ble sørget for en sikker lagring av all forskningsdata underveis i prosessen. Til slutt presenteres funnene og sitatene anonymisert, kun merket med måneden og året intervjuet ble gjennomført. Informasjonsskrivene angående deltagelse i prosjektet og samtykkeerklæring er lagt ved i sin helhet til slutt i oppgaven under Vedlegg (Vedlegg 1-5).

4.5.1 GODKJENNINGER

I forkant av datainnsamlingen ble prosjektet sendt inn og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Databehandlingen ble deretter gjennomført i henhold til retningslinjer og standarder utarbeidet av NSD.

Kapittel 5 RESULTATER

I dette kapittelet skal jeg gjengi hvilke erfaringer foreldre har vedrørende barnas overvekt i rurale områder i forbindelse med infrastruktur, kosthold, og aktivitet, samt presentere resultatene fra min analyse. Selve funnene blir presentert ved at jeg tar utgangspunkt i de hovedkategoriene og undergruppene jeg kom frem til gjennom min analyseprosess. Resultatene illustreres med direkte anonymiserte utdrag fra intervjuene. Analysen resulterte i fem hovedkategorier som inneholder flere undergrupper. De fire hovedkategoriene jeg endte opp med ble til slutt *transport og infrastruktur, aktivitet, kropp og helse, og kultur, tilgjengelige varer og tjenester* (Tabell 3). I avsnittet under vil gå jeg gjennom hver hovedkategori med hjelp av overordna tema. Temaene beveger seg dynamisk mellom hovedkategorier og flere av undergruppene, da hvert enkelt utsagn kan falle under flere kategorier. Den store andelen innflyttere og arbeidsinnvandrere er godt representert i intervjuene. Dette er som nevnt tidligere representativt for befolkningen på Frøya, men det er ikke helt uproblematisk. Språket er en utfordring i intervjuene da flere har annet morsmål og dette har påvirket selve intervjuene og analysen. Dette vil jeg gå nærmere inn på i diskusjonsdelen.

5.1 PRESENTASJON AV FUNN

Under presenteres funnene fra analysen. Først beskrives hovedtemaene i rekkefølgen *Transport og infrastruktur, Aktivitet, Kropp og Helse*, deretter følger *Kultur* og til sist *Tilgjengelige varer og tjenester*. Alle hovedtemaene gjengis med representative underkategorier, men enkelte underkategorier presenteres i et samlet avsnitt.

5.2 TRANSPORT OG INFRASTRUKTUR

De fleste av intervjudeltagerne trakk frem transport og infrastruktur som en generell utfordring på Frøya. Store avstander kommer frem som en hovedutfordring, og som en konsekvens av dette oppga de fleste at de er avhengig av bil i hverdagen. Generelt sett ble lite utviklet gang- og sykkelveier og kollektivtransport trukket frem som begrensinger i forbindelse med aktiv transport. Dette gjaldt både transport i forbindelse med jobb og skole, men også transport til og fra idrett og uorganisert aktiviteter i form av lek med nabobarn og lignende. Flere beskrev også store utfordringer knyttet til farlige veier, høy fart, og mye tungtransport i forbindelse med lakseindustrien. En gjennomgang av de overordna temaene passiv og aktiv transport er lagt frem under ett samlet avsnitt.

5.2.1 AKTIV OG PASSIV TRANSPORT

Flere av intervjuobjektene fortalte om aktiv skolevei i form av at de gikk, syklet eller brukte sparkesykkel. Et påfallende fellestrekk for disse var sentral bosetting og plassering. De

som var bosatt i området rundt Sistranda oppga en følelse av nærhet til skole, jobb, butikker og aktiviteter som igjen muliggjorde aktiv transport. Her får man inntrykk av at dette området er godt tilrettelagt med tanke på gang og sykkelvei, samt at det er korte avstander som fasiliteter til aktiv transport. En informant uttrykker også at plasseringen var et bevisst valg i forbindelse med huskjøp, og dette kommer til uttrykk i utsagnet under;

«..Ja egentlig vi er heldige der hvor vi bor.. Der har vi gangfelt og det er kjempebra for barna. Vi tenkte på det egentlig når vi kjøpte hus, for 3 år siden. Da vi tenkte at det er viktig at det er gangvei og at barna blir liksom sikker og trygg og fint å bruke gangfeltet.

Vi tenkte på det og vi har det..»

- Mars 2021.

Intervjuobjektet uttrykker at det var et bevisst valg å bosette seg der de bor på grunn av egnet tilrettelegging for aktiv transport slik at barna kunne ferdes trygt. Dette viser hvordan plassering er vesentlig for å kunne oppnå en aktiv skolevei. En annen informant uttrykker at det fortsatt mangler gang- og sykkelsti, og at det er området rundt kommunesentret som i hovedsak prioriteres i utbedringsarbeidet. Dette kommer også til uttrykk i et annet intervju;

På spørsmål angående gang- og sykkelsti: *«Det mangler stort sett, men det jobbes med å få utvidet gang og sykkelsti nå i et stykke fra Sistranda til Hammarvika, så vet vi jo at det er en annen utvidelse på gang da. Så det skjer jo, men det går veldig sakte. Det er jo på en måte området rundt Sistranda som blir prioritert.»*

- Mars 2021.

For de som er bosatt utenfor sentrum er det flere begrensende faktorer å ta hensyn til. Det ene er avstandene som i seg selv utgjør en utfordring, og det andre som utpeker seg som en sentral utfordring i intervjuene er mye tungtransport til industrien. Dette kommer til uttrykk i flere intervjuer, bla i utdraget under.

«... Da må du bo i sentrum da hvis du skal gå. For oss er det jo tre og en halv mil inn til sentrum. Så du kan ikke sykle.. hehe. Det er langt å sykle på ganske skumle veier. For det er mye lastebiltrafikk på grunn av den laksenæringen da. Så er det mye lastebiler som drar og kjører, mye høy hastighet da...»

- Juni 2021.

Lange avstander, tungtransport og høy hastighet er nøkkelford som blir dratt frem som utfordringer i forbindelse med transport. Dette resulterer i at flere av barna blir kjørt til og

fra skolen. For andre handler det også om begrensninger vær og klima kan ha på aktiv transport. Flere trekker frem at været påvirker transportvalget, slik som i utdragene under;

«... Nei det er rett og slett bare dårlig vær! Og det har det vært lenge! Men før ville jeg ha sagt det handlet om trafikksikkerhet for vi fikk ikke gang og sykkelveg før ganske nylig, og det er 80 sone med unger. Så det var ikke så mye alternativ å gå, for det var veldig farlig! ...»

- April 2021.

Intervjuobjektet over forteller i intervjuet at det nettopp er utbedret en sammenhengende gang- og sykkelveg som har gjort skoleveiene tryggere. Selv om det nå er tilrettelagt for aktiv skolevei kjører de bil fordi det er mye dårlig vær. Samlet sett blir barna kjørt til og fra skole og aktiviteter fordi det er for langt å gå eller sykle, pga været eller fordi det er farlig skolevei og det mangler gang- og sykkelvei.

5.2.2 KOLLEKTIVTRANSPORT

Et annet tema som trekkes frem i flere av intervjuene er kollektivtilbudet på Frøya. Flere kritiserer det eksisterende kollektivtransporttilbudet og trekker frem at skolebussen og bussene til og fra fergene som det eneste tilbudet. Utfordringer knyttet til samferdsel med ferje er også et tema som er svært aktuelt for de som bor på øyene utenfor FastFrøya. Det trekkes frem at buss og ferje ikke alltid er koordinert og at det kan bli mye venting, noe som blant annet gjør det svært tidskrevende med aktiviteter og lignende etter skoletid. All kollektivtransport utenom skolekjøring og i forbindelse med ferje trekkes frem som utfordrende, mye på grunn av store avstander mellom husstander utenfor Sistranda. Dette er eksemplifisert i utdraget under;

«... Eneste bussene som går er jo skolebussen om morgenen til sentrum og om ettermiddagen hjem igjen. Så blir lenge å vente om man skal noe. Og så er det jo ferja ut til øyene, da er det jo ferga og hurtigbåt. Inn til Fast-Frøya og noe buss i forbindelse med det da inn til sentrum, men de kommer seg jo ikke annen plass om de skal besøke noen. Da er de nødt til å vente på skolebussen ...»

- Juni 2021.

Dette påpekes som en utfordringer ikke bare med tanke på transport til og fra skole og jobb, men det problematiserer også det å delta på aktiviteter etter skoletid. Mye av aktivitetene foregår i området i og rundt Sistranda. Dette kan føre til utfordringer for de som er bosatt utenfor dette området. Dette kommer frem i utdraget under;

«... Hvis du ikke bor på Sistranda så går du litt glipp av tilbudene, eller du går ikke glipp av det, men det blir en helt annen utfordring fordi at man må jo kjøre seg inn. For det er ikke noe kollektiv som går opp med det.. Enkelte vet jeg når man begynner å få litt unger som er litt gamlere da at man kan være igjen etter skolen og så vente en time, så har de aktiviteten sin og så ta en kveldsbuss hjem, men da går jo hele dagen på en måte. Så det er en utfordring for dem som ikke bor i området Sistranda ja, for alle aktiviteten er jo her ...»

- Mars 2021.

Intervjuobjektene forteller om utfordringer knyttet til å være bosatt utenfor Sistranda, og spesielt for de som er bosatt utenfor Fast-Frøya. De forteller om problematisk koordinering mellom spesielt buss og ferje. Samlet sett gjør dette det både er tidskrevende og problematisk for mange å benytte seg av kollektivtransport. Flere beskriver at det er begrensninger i kollektivtilbudet som fører til at en benytter seg av bil eller rett og slett dropper aktiviteter på kveldstid.

«For det er bare sånn livet er. Bor du i en storby eller Trondheim så kan du klare deg med buss, men ikke akkurat her på Frøya eller i distriktskommunene, da er det ganske håpløst, om du skal ha et aktivt liv.»

- Mars 2021.

5.3 AKTIVITET

De fleste er fornøyd med aktivitetstilbudet og opplyser om at barna går på en aktivitet etter skolen. Samtidig informerer de fleste om at det kan være utfordrende i forbindelse med transport for noen da aktivitetene er hovedsakelig lokalisert i området rundt Sistranda.

5.3.1 ORGANISERT IDRETT

Flere av informantene forteller om et bredt og allsidig aktivitetstilbud, der både lagidrett og individuell idrett er godt representert. Noen informanter trekker frem at enkelte av de organisert idrettene kun finnes på Frøya eller Hitra. Et eksempel på dette er;

«... Fotball og håndball og turn som er det største da, så er det jo badminton og taekwondo, hva mer er det da.. Sikker mye mer en det vet du, men det er jo hva de er interessert i de ungene. Og så er det noen som drar til Hitra til noe tilbud de bare har der, og så drar noen fra Hitra hit, fordi det tilbudet bare er her ...»

- April 2021.

Flere av informantenes barn går på ulike idretter, men ikke alle. På grunn av babyboom og befolkningsvekst er det nok barn til å stille lag og opprettholde et godt aktivitetstilbud til tross for at dette vanligvis kan være en utfordring i mindre samfunn. Det blir nevnt at enkelte idretter har visse begrensninger i forbindelse med antall og aldersgruppe. En av informantene nevner at det er «fullt» på noen av idrettene, noe som gjør det utfordrende å delta. Andre informerer om at barna ikke har interesse av idrett, har mistet interessen eller prioriterer andre aktiviteter. En informant nevner at det ble utfordrende med idrett på kveldstid fordi dette kolliderte med familietid og at det da ble lite tid sammen som familie.

«... Vi hadde det litte grann. Men vi så at det begynte å gå, det passer ikke helt overens. Det kolliderte litt med lekser, og så gikk det da utover de to minste, for hvis jeg skulle være med de to eldste for eksempel, så hadde de to minste lagt seg før jeg kom hjem for eksempel. Og jeg rakk bare komme hjem fra jobb, ikke spist middag, men bare reise videre med dem på trening, og så kom jeg hjem så hadde de minste gått og lagt seg ...»
- Mars 2021.

En annen informant trekker også frem at det er særlig utfordrende for de som er bosatt utenfor fastlands Frøya og at det hovedsakelig er på grunn av utfordringer knyttet til transport. Dette kommer frem under;

«... Det er en her som også er 13 år som har gått på fotball på Frøya i mange år, og der legger foreldrene veldig til rette for at han skal få lov til det, to ganger i uka tror jeg. Pluss kamper i helgene, så han må ha fri på slutten på skolen de to dagene. Og noen ganger er treninga ferdig såpass at de ikke kommer seg hit med siste båten. Det er stort krasj. Dem må legge mye til rette, det er ikke bare å fær på trening i en times tid. Så har dem et hus innpå Frøya dem da. Så der ser dem at dem må ligge over fordi dem må på fotballtrening.»
- April 2021.

5.3.2 UORGANISERT FYSISK AKTIVITET

De fleste av informantene forteller at de går turer i nærområdet på fritiden, gjerne med familie eller venner. Dette trekkes frem som en viktig del av lystbetont fysisk aktivitet uavhengig av bakgrunn. *Frøyatrimmen* nevnes flere ganger som et godt alternativ for å holde seg i aktivitet, øke kunnskap om nærområdet, samt fungerer som en populær konkurranse. Men også aktivitetsvanene er preget av kulturelle forskjeller, noe som kommer til uttrykk i utdraget under:

«Typisk norsk. Turer og alt, trur jeg er veldig typisk norsk tradisjon. Å gå på tur og uten mål. Vant til å gå med et mål liksom, mens eller bare går og slapper av og snakker og sånn. Bare typisk norsk å gå eller å drikke kakao på en topp, det er typisk norsk. Vi bruker ikke det.»

- Mars 2021.

5.3.3 SKJERMTID

Spill, sosiale medier og lignende er en del av hverdagen til barna og det kommer frem i de fleste intervjuene. De fleste nevner også hvordan skjermtiden begrenses, men at det varierer mye. Spill og «gamingverden» trekkes også frem som en viktig sosial arena. Dersom barna ikke spiller eller er oppdatert uttrykker informantene at dette kan føre til at de faller utenfor og blir ekskludering i lek. Dette kommer frem i for eksempel dette utsagnet;

«... Og vi ser jo det blant ungene at de spiller mye dataspill fordi de leiker dataspill på skolen, gjør dem. Dem leiker dataspill på skolen fordi de snakker om dataspill. De leiker at de er figurer fra dataspillene. Så det er liksom, vi har snakka en del om de at dersom man ikke spiller så kan man faktisk bli utenfor den sosiale biten da. For det er litt som enten så spiller man fotball eller så snakker man dataspill..»

- Juni 2021.

En annen informant uttrykker at dersom barna har vært på besøk hos andre er det mindre begrensninger i forbindelse med godteri og skjermtid, og at begrensningene som informantene har satt skaper en reaksjon hos de andre barna. I tillegg uttrykker informantene at skjerm brukes som et enkelt tidsfordriv hos flere, men poengterer at de selv begrenser tiden eller fremmer at barna bruker tiden sin på noe annet. På spørsmål om godteri og skjermtid svarer en informant;

«... Det virker som at det å gi snacks og godteri ofte er en litt sånn enkel barnevakt. Det å sette på TV-en eller skru på et spill og så gi de en kopp med noe godt, da er det liksom stille og rolig. Og vi ønsker jo ikke det her. Vi ønsker jo helst at de skal prøve å bruke kreativiteten sin og kjedsomheten sin på andre måter, for det å kjedespise er ikke så veldig uvanlig her.»

- Mars 2021.

Skjerm i form av mobil og sosiale medier blir også trukket frem viktig arena for sosialisering, også for de minste. Barna bruker ulike sosiale medier og kanaler for å avtale møtesteder og lignende. Det kommer i tillegg frem at barna på Frøya får utdelt en iPad av skolen som skal brukes til å gjøre lekser og lignende. Dette er en del av den moderne

hverdagen og fremstilles som en vesentlig del av barnas skjermtid. I ett av intervjuene kommer det frem at det er en forskjell mellom Ålesund og Frøya i hva skjermtiden innebærer. Informantene uttrykker at det er mer spill i fokus, og mindre YouTube, TikTok og sosiale medier på Frøya. De uttrykker i større grad en felles holdning til at slike sosiale medier er mindre akseptabelt blant de på Frøya.

5.4 KROPP OG HELSE

Samlet sett er informantene generelt interessert i kropp og helse. De fleste definerer en sunn livsstil som en kombinasjon med et variert kosthold, nok aktivitet og hvile. Et sunt kosthold blir generelt definert som et kosthold med variasjon, grønnsaker, fiks, kjøtt og rom til kos. Det kommer likevel frem at det er ganske ulik definisjon i hva som er sunt.

5.4.1 OPPFATTELSE AV SUNNHET

Informantene hadde flere likhetstrekk med hva de mente var et sunt kosthold, en sunn livsstil og en sunn barnekropp. Noe av det som kom frem var et variert kosthold, med kjøtt, fisk, grønnsaker, gjerne «bondekost». Mange påpekte viktigheten av nok søvn og fysisk aktivitet. I tillegg snakket flere om hjemmelaget mat, gjerne med selvforsynte eller lokalproduserte råvarer. Flere snakket om å oppnå en balanse, da referert til en motvekt med usunne vaner og matvarer. En annen informant snakket om at det er viktig med generelt sunne mat- og aktivitetsvaner, og samtidig opplyste om sin kjærlighet for sjokolade;

«.. Jeg elsker jo sjokolade. Jeg starter jo morgenen med te og sjokoladebiter. Jeg bruker jo å stå opp ganske tidlig, så jeg er veldig glad i sjokolade ... Sjokoladepålegg, sjokoladecake, kjøper sånne store sjokoladeplater enten Freia eller melkesjokolade som jeg deler opp i fire- i åtte, mindre enn seks biter med en kopp te om morgenen ...»
- Mars 2021.

5.4.2 VEKT

Når det gjelder vekt oppgir flertallet av informantene at barna deres generelt er normalvektige. To oppga at barna hadde noen kilo for mye og en oppga at barnet hadde noen kilo for lite. En av de to barna hadde senere gått drastisk ned i vekt. Av disse tre barna var det generelt søkt hjelp dersom de hadde noen kilo for lite, mens ingen oppga å ha søkt hjelp for noen kilo for mye. Dette kommer frem i utdragene under;

«... Han gamleste min har vell nesten alltid hatt noen kilo for mye sånn som han sier selv. Han påstår han har en kropp som ikke er laget for fysisk aktivitet ... Jeg vil ikke påstå at han er overvektig, men han kan jo ligge noen kilo over så ... Han 8 åringen han

er noen kilo under. Han er ganske tynn. Vi har jo fått beskjed fra helsesøster om å prøve å få til mer kaloritetta mat og det er jo ofte enklere sagt enn gjort, men vi steiker jo i godt med smør og ja, har godt med smør på brødskiva under skinkeosten og eller på knekkebrød..»

- Mars 2021.

I det ene intervju kommer det som sagt frem at et barn lenge har strevd med vekt og at dette har vært en utfordring. Barnet strevde først med høy vekt og deretter lav vekt, og det ble søkt hjelp når barnet gikk ned i vekt;

«... Ja hen har vært litt overvektig hele sitt liv, men for to år siden så bestemte hen seg, hen har vært litt, det er litt plassen sin feil, for her er det så lite å velge i. Hen blitt litt tilsidesatt av samme alder. Og hen bestemte seg for to år siden at om kanskje hen var tynn, kanskje når hen var tynn så ble hen likt, så da begynte hen å la være spise og drikke mye vann, så vekta gikk jo ned og ned, så hen er jo ikke noe undervektig, men hen kan ikke bli noe tynnere. Så vi går en del på BUP og får litt hjelp med det da.»

- April 2021.

Her kommer det frem at det har vært et ønske om å passe inn sammen med jevnaldrende som har vært drivkraften bak vektnevdgangen og at dette har vært en utfordring da det er begrensa populasjon. I et annet intervju kommer det frem at samboeren til den ene informanten er fedmeoperert. Samboeren forteller at personen i etterkant har vært mye kvalm, men gikk ned 30 kilo på tre måneder. Samtidig forteller informanten om utfordringer knyttet til kostholdsradene etter operasjonen. Dette kommer til uttrykk under;

«Jeg har jo vært veldig opptatt av kosthold hele veien da, men hen har jo ikke det. Hen har jo, de der kostholdsradene hen har fått etter operasjonen synes jeg ikke henger helt på greip da. Jeg mener jo at vi skal holde oss unna ultraprosseserte matvarer, så godt det lar seg gjøre, sant. Men alle kostholdsrad hen har fått etter operasjonen er jo at hen skal spise ultraprossesert mat. Hen får jo beskjed om at hen skal spise Skyr, hen skal spise mager kesam med vanilje, hen skal spise mager skinkeost og alt det er jo ultraprossesert mat.»

- Juni 2021.

5.4.3 KROPPSPRESS OG SOSIALE MEDIER

Når det gjelder kroppspress får man et inntrykk av at det er relativt likt i by og bygd mye på grunn av sosiale medier. Enkelte mener at det er mindre på grunn av at en er mer opptatt av praktisk bekledning og har et annet fokus når det gjelder utseende, mens andre mener det er mer da Frøya er en rik kommune og mange med god økonomi på grunn av

god økonomi etter laksenæringen. Informanten forteller at det like gjerne kommer til uttrykk i foreldrene, og at barna igjen påvirkes. I ett intervju kommer det som sagt frem at barnet har hatt en utfordring med å passe inn og at dette resulterte i at barnet ønsket å gå ned i vekt i håp om å passe inn. En av informantene svarer på spørsmål rundt kroppspress og beskriver det på følgende måte:

«... I Trondheim er det masse. I Mausund er det ingenting. Og på Frøya så er jeg usikker, inne på fastøya i alle fall. Men på Mausund er det i absolutt ingen kroppspress, eller hva man må ha av klær eller noe, her blir man akseptert for den man er i utgangspunktet ...»

- April 2021.

Og;

«Her er det veldig lite fokus på klær, veldig lite fokus på størrelse, det er veldig lite fokus på utseende generelt, man merker jo at de største jentene på skolen er litt mer opptatt av det, men det tenker jeg er naturlig i den prepuberale fasen hvor de er på vei til å gå over til å bli litt større enn de egentlig er.»

- Mars 2021.

5.5 KULTUR

Frøya er en liten øykommune i Trøndelag med tilhørende kultur. Kommunen fungerer som en smelteplass der flere kulturer møtes, mye takket være lakseindustrien og annen industri. Arbeidsinnvandring er en av de viktigste grunnene til befolkningsøkning på Frøya. Kulturforskjeller kom til uttrykk i intervjuene både i forbindelse med aktivitet, livsstil og mat. Ikke bare i forhold til norskfødte og de med innvandrerbakgrunn, men det ble også uttrykt en forskjell mellom Frøya og andre steder i landet. På spørsmål om det finnes en egen frøyakultur og på hvilken måte denne skulde seg fra andre steder svarte en informant dette;

«Ja det vil jeg si at det er noe som er! Vi frøyværingene kalles for en adhoc kommune. Og det er fordi at frøyværingene er veldig utadvendt og veldig fremoverlent, de er litt sånn: her kommer en god ide vi hopper på den, og så varer det så lenge til det kommer en ny ide, så hopper man på neste ide. Men du får nesten aldri nei til en frøyværing.»

- April 2021.

5.5.1 MATKULTUR

Det som kommer frem i intervjuene som informantene trekker frem som spesielt for matkulturen er ulike lokale retter som «kjøtt i mørkre», «ferskfesball», «saltfeskball» og sodd. Dette er tradisjonsmat som både blir servert til hverdags og spesielle anledninger.

«Også er det faktisk ganske mange som har konfirmasjon som har laks, og vi kaller det ball vi da. Det er saltfeskball og ferskfestball da, og det er en sånn fiskeball en sort er hvit og er laga av på en måte fersk fisk, mens en som er grå som er laga av salt fisk da, som har ligge salta, og da bruker mann på en måte saltkjøtt og bacon og rotstappe til da. Veldig tradisjonell selskapsmat å. Vi bruker det i hverdagen og vi da, men handler om at vi synes det er veldig godt da.»

- April 2021.

Det tradisjonelle kakebordet blir nevnt i flere intervju, men blir beskrevet godt i senere i samme intervjuet med frøyværing;

«Ja, alle sorter trur jeg. Jeg spiser ikke kake, hehe, de bruker å bli nesten sånn, de blir sikkert kasta etterpå, det er bare for at det skal se masse ut, det trur jeg er en sånn gammel tradisjon. Det skal liksom ikke være grådighetskultur da. Folk skal liksom ha valget mellom mange forskjellige sorter, og det er vanlig at naboer og venner og sånn baker til selskapet.»

- April 2021.

Kakebordet blir også beskrevet av en innflytter som et karakteristisk og unikt særtrekk ved mattradisjonen. Det tegnes et bilde av et samhold og tradisjoner knyttet til antall kaker og type kake.

«Det er en ting jeg aldri har opplevd før jeg kom hit. For her er det, 17 mai her, før korona da, så er det.. har alle gamlekjerringan med de samme kakene de har vært år, det er veldig koselig da, gode hjemmelaga kaker, og setter på et langt bord. Det er sikkert 30 kaker.»

- April 2021.

Som skolemat er det vanlig med matpakke, skolefrukt og skolemelkavtale, og for de større barna er det mulig å ha matavtale i noen av kantinene. Noen informanter trekker frem at det er lite regulering i forbindelse med hva matpakkene inneholder, da flere barn kan ha med middagsrester, søtt pålegg eller godteri i matpakka. Informantene uttrykker også generelt at de sjelden eller aldri kjøper ferdigmat, sånn som for eksempel frossenpizza og

lignende. Noen uttrykker at de av og til kjøper ferdigretter, men flere tror det er større muligheter til å kjøpe ferdigmat og ferdigretter i større byer sånn som Trondheim. Dette mye på grunn av større utvalg og mer tilgjengelig hurtigmat. Når det gjelder godteri og søtsaker forteller de fleste informantene at dette begrenses, særlig i ukedagene. Til motsetning av dette kommer det frem at det er en utfordring at barna kan få snacks eller godteri i ukedagene på besøk hos andre. Flere av foreldrene trekker frem at det kan bli servert kake eller godteri til spesielle anledninger midt i uken, men at det viktigste er mengden og hyppigheten.

«... Nei vi har sagt ifra til noen at ikke våre skal ikke ha godteri på hverdager. Det er ikke sånn at vi er fanatiske at de ikke skal få en godtebit på hverdager eller sånne ting, men det må ikke bli et mønster., sånn at det er normalen at man går og spiser godteri hver dag.»

- Mars 2021.

I flere intervju kommer det frem en interesse av lokale råvarer, hjemme dyrket og ikke minst hjemmelaget mat. Dette kommer til uttrykk i flere intervjuer og gjenspeiler økt interesse for kosthold og ikke minst nærhet til råvarene. Det uttrykkes en skepsis til lettprodukter, og et generelt ønske om å bruke «ekte» produkter i matlagingen.

«Vi spiser sikker mye som folk synes er rart vi. Jeg har en mann som er veldig opptatt av å lage mat selv. Og han, han driver med, han er birøkter så vi har honning og så driver han med geit, så vi har geitekjøtt, og han går på jakt, og vi drar på sjøen.»

- Mars 2021.

En annen informant påpeker diverse forskjeller mellom by og bygd. Utdraget viser både hvordan disse forskjellene er i forbindelse med sosiale medier, matkultur og tilbud av varer. Informanten forteller hvordan sosiale medier har en annen rolle i byen enn på bygda, men gir oss også godt bilde av forskjellene;

«Og dette her med å lage muffins så skal du ikke lage det med sukker, men vi skal lage det med sukkererstatning eller noe annet fordi at det er kjempefarlig med sukker, men sånn som her ute så er ikke folk så veldig opptatt av det. Her er de mere opptatt at okei nå har vi spist så da er dagen over, takk for i dag. Mens så det legges nok litt mere kreativitet i maten i storbyene og der hvor det er mye hype på det med sosiale medier og sånne ting, for det er ingen som legger ut, for det går mye på dette at mødre i min alder da er ofte veldig opptatt av sosiale medier og vil gjerne ta bilder av middagen sin. Så det er ikke så veldig mange som tar bilde av en kokende brun saus, eller en krasj av

muffins med masse sukker i. De tar jo helst gjerne bilde av blåbær og jordbær og fancy mat som ser dyr og flott ut. Mens her ute så er det mindre estetisk matlaging. Og det trur jeg også handler mye om at utvalget er ikke så stort her så det, så man får ikke utøvd kreativitet i matveien her på lik linje fordi det er så få tilbud. Vi har tre matbutikker å forholde oss til, mens i Trondheim og Oslo og de større byene så er det litt flere, litt større utvalg da.»

- Mars 2021.

I flere av intervjuene kommer det frem ulike matvaner som er knyttet til tradisjoner og kulturelle forskjeller. Det oppleves spesielt i forbindelse med mat i barnehage og den norske matpakkekulturen. Flere av innflytterne har utenlandsk bakgrunn og er ikke vant med den norske matpakka med tradisjonelle brødskiver. Informantene forteller at det blant annet er vanlig med varmmat flere ganger om dagen og flere suppemåltider. Flere uttrykker også at mattradisjoner er viktig og det ytres et ønske om å bevare hjemlandets matkultur.

«Vet du vi er litt sånn tradisjon, vi vil holde på vår tradisjonsmat, derfor har vi ikke brødmatt, vet du, vi har ikke brødskiver i hjemlandet våres. Jeg lager bare varmmat, helst minst to-tre gang barna varm mat. Det er vi vant med, og jeg vil ikke miste det.

Til oss er det viktig.»

- Mars 2021.

I tillegg til innvandring og kulturelle forskjeller påpeker en informant at alder er en viktig faktor som påvirker matkultur. Samme informant påpeker også senere i intervjuet at dagens travle samfunn og raske middagsløsninger utfordrer tradisjonsmat og mat laget fra bunnen av.

5.6 TILGJENGELIGE VARER OG TJENESTER

5.6.1 BUTIKKER OG MATVAREUTVALG

Det kommer også frem en diskrepans mellom inntrykket av et godt utvalg av matvarer og butikker, og mangel på utvalg, variasjon og tilgjengelighet. Dette kommer spesielt frem når det snakkes om ferskvarer og lokalmat. Noen hevder det er enklere å få tak i fersk fisk og andre ting pga muligheter i nærområdet, lokale utsalg og lignende, mens andre mener det er lite utvalg på butikker og manglende utsalg.

5.6.2 LOKAL MAT OG UTSALG

Når det gjelder tilgang på lokal mat og ferskvarer er det et inntrykk av ambivalens i intervjuene. De fleste oppgir at de benytter mulighetene som ligger i nærheten til sjøen,

men at dette begrenses av vær og vind. Enkelte mener det er god tilgang på lokale råvarer og matvarer slik som under.

«Nei det er egentlig veldig bra for vi har jo en stor videregående skole som har veldig mange blåe studielinjer som er knyttet til havbruk og sånn og dem har jo elevbedrifter som selger både sånn filetert fisk og fiskemat, som annonseres. Og så er det fiskeutsalg her på en av restaurantene så du kan kjøpe helt fersk fisk. Og du får liksom også kjøpt av folk som driver med sånn, sånn pensjonist som driver med sjølfiske.

Så tilgangen er god.»

- April 2021.

Fellestrekket med de som uttrykker at tilgangen er god er at disse er oppvokst på Frøya. Flere av de lokale enten skaffer råvarer selv, eller har noen i nær omkrets som fisker eller lignende. På spørsmål om det er god tilgang til ferskmat svarer en informant for eksempel;

«Mamma og pappa fisker. Så vi får fisk derifra da. Så veldig mange får jo tak i fisken sin selv. Men samtidig selges det jo en del fisk på butikkene å. Så det er jo. Man kjøper jo fisk der å.»

- Juni 2021.

En annen informant mener det er en utfordring da det er få lokale utsalgsteder og dyrt. Flere informanter forteller også at det mangler ferskvaredisk på Frøya og at dette påvirker tilgjengeligheten av ferske råvarer. I tillegg kommer det også frem at dette påvirker kreativiteten i matveien. Utvalget i butikkene trekkes frem som viktig i forbindelse med inspirasjon i matveien, og mangelen på ferskvaredisk blir nevnt som en begrensning av flere av informantene. I tillegg trekkes det frem at det ikke er økonomisk gunstig for en småbarnsfamilie å kjøpe fersk fisk og skalldyr på de utsalgstedene som allerede finnes.

«Vi merker at vi synes det er vanskeligere å variere mellom de forskjellige matrettene her, enn det det var før, fordi her har du for eksempel ikke ferskvaredisk. Selv om vi bor – i havet – så må man jo på en måte til en restaurant som har en liten avdeling med fisk og skalldyr, men det er så dyrt så som småbarnsfamilie så har man jo ikke råd til å kjøpe fisken sin der. Så da blir det jo eventuelt å så fiske selv eller få fisk fra naboen. Og det får vi jo, men været tillater jo ikke alltid at man får tatt seg en fisketur, så da er vi da på en måte litt dømt til å forholde oss til frysedisen og kjøledisen på butikken. Og der er utvalget særdeles lite. Veldig lite kreativt og så får man ikke den, du får ikke den store inspirasjonen av å gå i grønnsaksdisken heller for det er bare de vanlige grønnsakene

som ligger sånn på rekke og rad. Det det er størst utvalg på er vell egentlig poteter, - og øl.»

- Mars 2021.

Samme informant forteller senere om at det produseres mye lokal mat og delikatesser i nærområdet, men at dette ikke er tilgjengelig for allmenheten. Flere av disse varene transporteres og distribueres til andre steder i Norge eller til det store utland.

«Vi har lokalmatprodusent. Det som er så rart det er at vi har lokalmatprodusent ca. 50 meter ifra døra vår, fordi at vi har sånt fiskerøkeri og sånn sjømatforedling rett på nedsida her. Men de sender jo alle varene sine til sånn som Japan og Trondheim og til de store flotte fancy restaurantene. Og de varene finner vi ikke i butikkene her.»

- Mars 2021.

5.6.3 HELSETJENESTER

De fleste informantene uttrykte at de var fornøyde med primærhelsetjenesten og tilgangen på elementære helsetjenester på Frøya. Helsestasjonen blir også trukket frem som et godt tilbud i flere intervjuer. Samtidig oppga de fleste av informantene at det er et begrensa tilbud innen spesialisthelsetjenester, og at undersøkelse eller behandling av spesialisthelsetjenesten medfører lang reisevei og er tidskrevende.

«... Men jeg opplever at helsestasjonen er en veldig god plass å ta kontakt. Så jeg synes på en måte at det er et veldig godt tilbud til de minste, men med spesialisthelsetjenesten så er det ganske utfordrende. Vi har jo en del ungdommer blant annet som har ganske store psykiske vansker, og sosial angst og litt sånne ting, og da tenker jeg å klare å klare å sitte å ta en buss med fullt av folk du ikke kjenner med en buss en og en halv time til Orkanger en gang i uka det.. Det er mange som velger å ikke, dem vil ikke da. Det blir masse fravær og det blir masse belastning og drive å reise. Men det er jo ikke det at det ikke er mulig å ikke få tilbud, men det er ikke like mye tilbud lokalt da.»

- April 2021.

En informant nevner utfordringer knyttet til små samfunn og «alle kjenner alle», og at dette spesielt kan være en krevende når det gjelder sensitive opplysninger. Det gjøres også oppmerksom på i flere intervjuer at det har vært utlyst en kommunal psykologstilling over lengre tid, men at det er krevende å ansette spesialiserte fagfolk da det ikke er lukrativt å jobbe i et lite fagmiljø eller alene. En informant opplevde helsevesenet i Norge som dårligere enn i eget hjemland, hovedsakelig grunnet mindre informasjon etter undersøkelser og i forbindelse med behandlingsløp sammenlignet med helsevesenet i

hjemlandet. En annen uttrykker misnøye knyttet til fastlegetjenesten, og antydnet manglende oppfølging av lege og manglende kompetanse som en utfordring.

Kapittel 6 DISKUSJON AV FUNN

Formålet med studien var å utforske hvilke erfaringer foreldre har vedrørende barnas oppvekst i rurale områder i forbindelse med infrastruktur, kosthold og aktivitet, og hvordan det kan påvirke utviklingen av overvekt og fedme. I dette kapittelet skal vi se nærmere på hvordan foreldrenes erfaringer kan påvirke utviklingen av overvekt og fedme. Gjennom analysen av intervjuene kom det frem fem hovedtemaer; «Transport og infrastruktur», «Aktivitet», «Kultur», «Kropp og helse» og «Tilgjengelige varer og tjenester», og 15 overordna tema, som illustrerer kompleksiteten og bredden i foreldrenes erfaringer. Studien viser potensielle begrensende og fremmende faktorer som er knyttet til en oppvekst på Frøya. I dette kapittelet blir sentrale funn gått igjennom og drøftet med bakgrunn i problemstillingen og relevant litteratur. Til slutt har jeg sett mine resultater i lys av aktuell teori og statistiske data fra SSB.

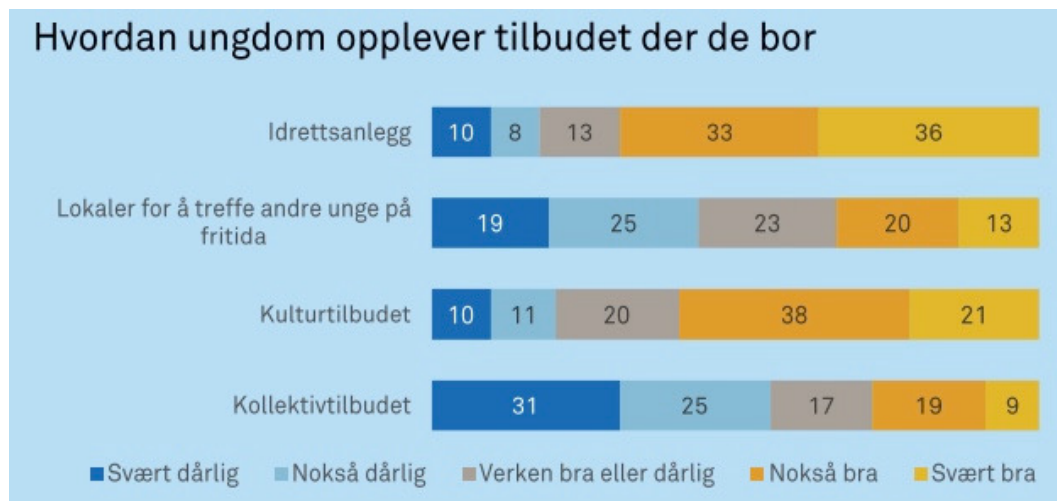
6.1 ET BILBASERT SAMFUNN

I flere av intervjuene kommer det fram at manglende gang- og sykkelveier gjør at informantene velger å kjøre til skole og aktiviteter fremfor aktiv transport. Frøya i seg selv er relativt sentralisert med hoveddelen av befolkningen bosatt rundt Sistranda. Inntrykket fra intervjuene er at de som bor i området rundt Sistranda opplever mer nærhet til de ulike tilbudene som finnes, men flere bruker bil som transport til tross for dette, blant annet på grunn av vær og andre praktiske årsaker. Flere uttrykker at det ikke føles trygt å la barna ferdes på bilveien på grunn av manglende tilrettelegging. På veien er det også mye tungtransport til og fra bedriftene i området som forsterker problemet. Dette underbygger usikkerheten rundt å slippe barna ut på bilveien. Konsekvensen for foreldrene blir at det ikke føles mulig å sende barna på sykkel eller la de gå på egen hånd, fordi de voksne mener det er farlig å ferdes langs bilveien. Informantene mener dermed at mulighetene for aktiv transport for barna ikke er til stede i lokalsamfunnet. I tillegg uttrykker de fleste av informantene at de er misfornøyd med kollektivtilbudet, og at dette begrenser transportmulighetene. Begrensa tilrettelegging og misnøye med kollektivtilbud kan redusere aktivitet og andre sosiale forhold, og kan igjen ha betydning for generelle oppvekstsvilkår. Materielle og psykososiale forhold kan ifølge livsløpsperspektivet forklare utviklingen av sosioøkonomiske helseulikheter. Det er disse forskjellene i materielle kår, levevaner og ikke minst psykososialt stress som fører til en akkumulering av uheldige omstendigheter som igjen kan føre til sykdom i løpet av livsløpet. Figuren under er hentet fra Ungdata og viser at kollektivtilbudet faktisk er det tilbudet ungdommen på Frøya er minst fornøyd med, mens de fleste er mest fornøyd med idrettsanlegg og kulturtilbudet. Det at noen opplever kollektivtilbudet som dårlig kan være med på å begrense tilgjengeligheten i forhold til aktivitetstilbudet og kan gjøre det mer krevende å delta. Lite

fysisk tilrettelegging, lite kollektivt tilbud, mye tungtransport og høy fart virker som begrensende faktorer i forhold til aktiv transport til og fra skole, jobb og ulike aktiviteter. Det er her aktiv bruk av *Plan og bygningsloven* kan legge til rette for at kommunen og fylkeskommunen kan oppnå bedre tilrettelegging slik at det kan bli tryggere for alle å ferdes(92).

Summen av disse faktorene er at lokalsamfunnet blir særdeles bilbasert, og konsekvensen er passiv transport og dette igjen kan resultere i redusert hverdagsaktivitet. Kommunen har flere virkemidler i ulike sektorer for å stimulere tilretteleggingen for et mer aktivitetsvennlig samfunn der alle skal ha de samme mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet(1). Strukturert og målrettet folkehelsearbeid er som sagt lovfestet i *Folkehelseloven*, og *Plan- og bygningsloven* lovfester forsvarlig arealbruk og tilrettelegging(91, 92). Samtidig er det å skape et samfunn som legger til rette for mer fysisk aktivitet et sentralt mål i *Handlingsplanen for fysisk aktivitet 2020-2029*(93). Dette viser hvordan kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for en tilstrekkelig tilrettelegging for å oppnå mest mulig aktivitet i forbindelse med for eksempel transport. Handlingsplanen utdyper at innsatsområdene er å rette tiltak mot gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, fritids- og idrettsarenaer, aktiviteter i hverdagsarenaer, gode helse og omsorgstjenester og gjennom kunnskapsutvikling og innovasjon(93).

Denne mangelfulle tilretteleggingen av blant annet gang og sykkelveier, overganger og aktivitetsvennlige nærmiljøer i periferien kan sees som en materiell forskjell, selv om Frøya kommune generelt har god økonomisk velstand. Denne materielle forskjellen kan ifølge Elstad påvirke helsen vår(31). Sett i lys av det materialistiske perspektivet kan små materialistiske forskjeller føre til helsemessige konsekvenser, dette til tross for at disse forskjellene er marginale sett i det store bildet. Dette kan gjøre det utfordrende for kommunen å nå hovedmålene i handlingsplanen for fysisk aktivitet. God tilrettelegging av aktivitetsvennlige nærmiljøer kan øke sannsynligheten for aktiv transport, samt kan være med å øke den generelle aktiviteten i form av lav terskel for å delta. Kommunen har startet arbeidet med en gang og sykkelvei som skal inkludere flere enn de som er bosatt rundt Sistranda, men det er fortsatt store områder som kan ha behov for aktivitetstilbud i nærområdet. I tillegg har kommunen investert i nye idrettsarenaer og baner, noe som er flott for idretten, men dette favner trolig ikke alle i samfunnet. Dette utdypes mer i neste underkapittel.

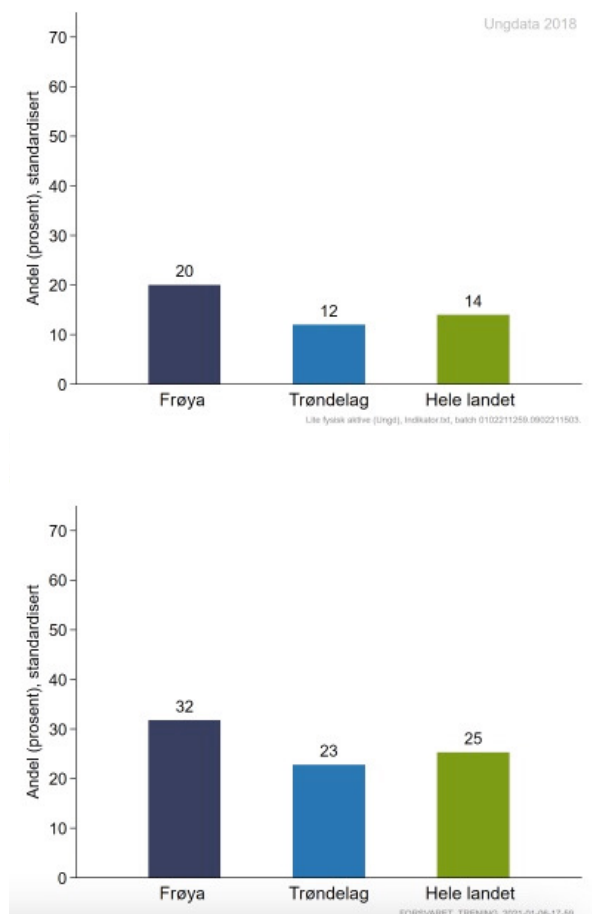


Figur 7. Oversikt over ulike tilbud i nærmiljøet (89)

6.2 AKTIVITET OG INAKTIVITET – EN KONSEKVEN AV TILRETTELEGGING?

De aller fleste av informantene opplyser om at de er fornøyde med aktivitetstilbudet som er i kommunen og de fleste barna går på en aktivitet etter skolen. Barna fremstilles for det meste som aktive som driver med organisert fysisk aktivitet, eller er glad i å være ute å leke eller tur med familien. Det forespeiles at det er mange nok barn til å sørge for bredt tilbud både med tanke på flere ulike idretter og at det er mulig å danne flere lag. Det kommer frem informantene informerer om grensesetting i forbindelse med skjermtid, men at dette varierer stort fra familie til familie. Det er en tendens til at informantene oppgir at andre har mindre begrensninger i forbindelse med skjermtid enn dem selv. Frøya kommune generelt er som sagt en øykommune som skiller seg fra andre kystkommuner spesielt i form av at det er befolkningsvekst og babyboom. På den andre siden viser Frøyas Folkehelsebarometeret at en større andel ungdom på Frøya (20 prosent mot 14 prosent i Norge) oppgir at de er lite fysisk aktive, har over fire timer skjermtid (39 prosent mot 25 prosent i Norge), samt svarer at de trener sjeldnere enn ukentlig (32 prosent mot 25 prosent i Norge). Samtidig er det viktig å påpeke at dette ikke er signifikant forskjellig fra landsnivået (Figur 8)(1). I intervjuene kommer det frem at mye av aktivitetene er lokalisert i området rundt Sistranda og det er utfordringer i forbindelse med tidsbruk og transport for de som er bosatt lenger unna. Dette oppgis at øker terskel å delta på de ulike aktivitetene. Ifølge statsforvalteren er det bare tre av ti voksne på Frøya som oppfyller anbefalingen om fysisk aktivitet(69). Ifølge *Folkehelseloven* skal kommunen jobbe aktivt med å utjevne helseforskjeller og et viktig satsingspunkt her kan være å vektlegge å tilrettelegge for aktivitet i utkanten, og ikke bare sentralt(91). Godt merka og tilrettelagte turløyper og sykkelveier, lysløyper, sikre skoleveier, god belysning, lekeplasser, akebakker, ballbinger kan være lavterskeltilbud som fører til økt aktivitet både for barn og voksne. Planlegging og forvaltning av arealer skal som et hovedprinsipp foregå etter

bestemmelsene i *Plan- og bygningsloven*(92). Flere lover har ulik kobling til *Plan- og bygningslovens* plansystem og graden av samordning med de andre lovverkene varierer. *Folkehelseloven* refererer til *Plan og bygningsloven*, mens *Plan og bygningsloven* viser ikke spesifikt tilbake til *Folkehelseloven*(91, 92). Dette kan skape utfordringer i forbindelse med fysisk og lokal planlegging sett i et folkehelseperspektiv.

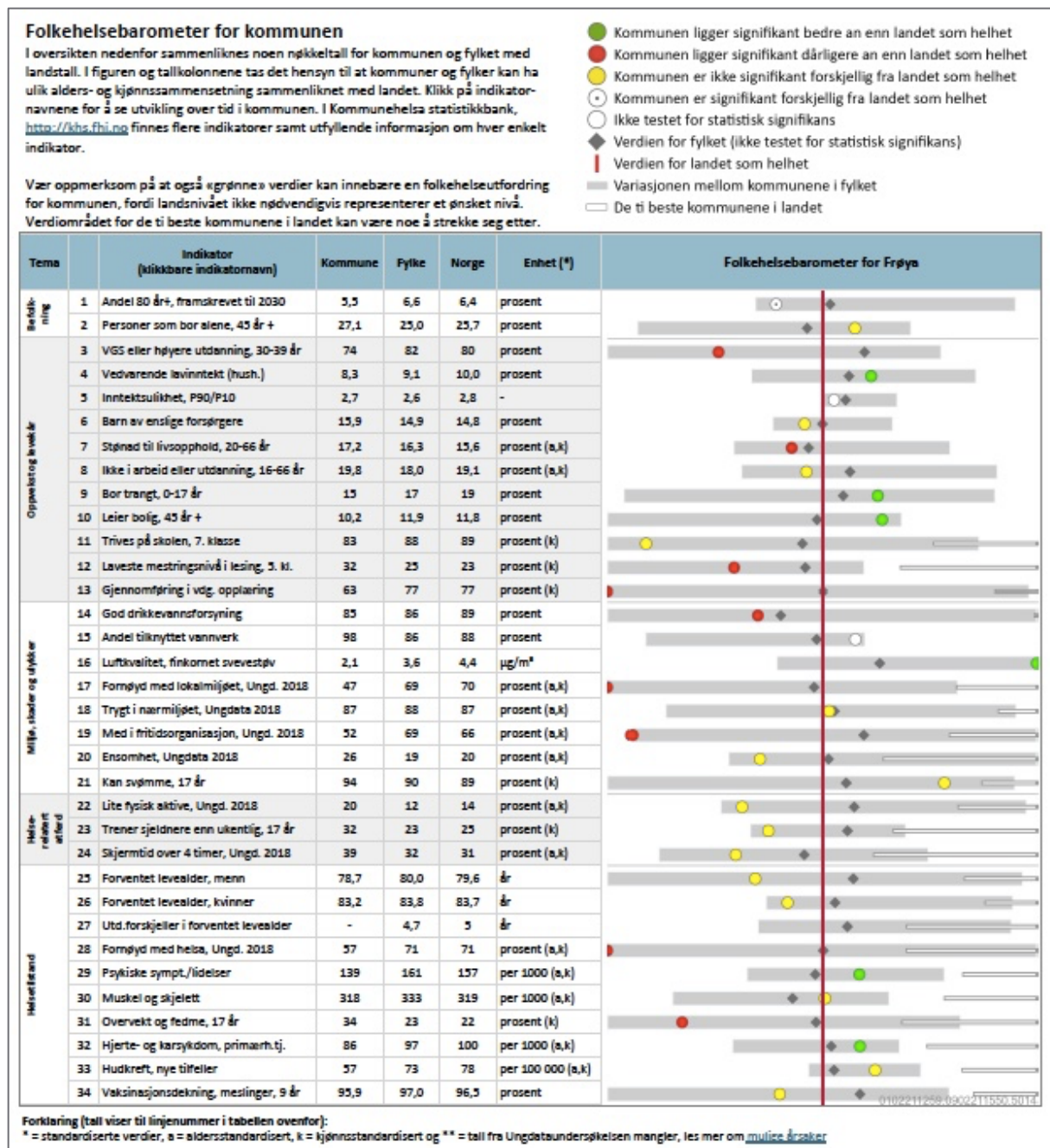


Figur 8. Ungdom og trening (1)

Samlet sett kan det sees en tendens til at ungdommer på Frøya er mindre aktive enn ungdommer i andre kommuner i Norge, men en kan ikke konkludere med at de faktisk er mindre aktive. Samtidig kan en se at det er signifikant færre ungdomsskoleelever som oppgir at de er med i en fritidsorganisasjon enn landsgjennomsnittet(1). Uavhengig av dette kommer det frem i flere av intervjuene at det er gode fasiliteter for aktivitet i form av nye haller og arenaer, og ungdom opplyser om at de er mest fornøyd med idrettsanlegg og kulturtilbudet på Frøya (Figur 7). Ifølge Ungdata er det i kontrast til dette færre ungdom som er fornøyd med lokalmiljøet sammenlignet med ungdom i resten av landet(89, 98). 24 prosent er fornøyd med nærområdet, sammenlignet med 40 prosent på generelt grunnlag i Norge(89). Omtrent 30 prosent er litt misfornøyd eller misfornøyd, sammenlignet med 15 prosent i Norge(89). Dette kan gi oss et inntrykk av at tilretteleggingen av deltagelse i organisert idrett er god, men at det til tross for dette er

en generell misnøye i forbindelse med lokalmiljøet på Frøya. Denne generelle misnøyen kan medføre uheldig stress for individer som igjen sees på som uhensiktsmessig ifølge det psykososiale perspektivet(31, 79). Dette kan sette store krav til barnets og familiens ressurser, og da særlig mestringsressurser. Familier og barn med begrensa ressurser kan dermed havne lenger ned i det sosioøkonomiske hierarkiet, og stå i fare for å utvikle sykdom. Begrensa ressurser kan være alt fra materialistiske ressurser til sosialt nettverk og kunnskap. Da det er færre på Frøya som fullfører videregående skole kan det påvirke kunnskap om blant annet kosthold, aktivitet mm og dette kan også påvirke individets tilgjengelige ressurser. I tillegg kan det tenkes at jo flere generasjoner som ikke fullfører, jo færre tilgjengelige ressurser har familien. Den økte andelen innflyttere kan i tillegg ha et redusert sosialt nettverk noe som også påvirker individets tilgjengelige mestringsressurser. Samlet sett kan dette føre til økt uheldig stress som igjen kan medføre økt sykdomsrisiko og medfølgende økt risiko for å utvikle overvekt og fedme.

Deltagelsen i aktivitetstilbudet kan også sees i sammenheng med intervjuene der de fleste sier de er fornøyde med tilbudet på Frøya, men samtidig oppgir foreldrene at blant annet store avstander og transport kan være en begrensende faktor på deltagelsen. Dette sett i lys av det materialistiske perspektivet kan forklare økt risiko for å utvikle sykdom, sånn som for eksempel fedme. Dette perspektivet viser at små materielle forskjeller kan ha helsemessige konsekvenser til tross for en generell økonomisk velstand(31, 79). Store avstander og transport kan øke terskelen for deltagelse i form av at dette gjør barna avhengig av biltransport. I tillegg til dette gjør den økte transporttiden som følge av lengre avstander det svært tidskrevende å delta. Dette kan føre til at ungdom kan være mindre aktive og mer stillesittende på Frøya sammenlignet med resten av landet. Dermed påvirker dette barnas forutsetninger og kan til syvende og sist ha innvirkning på utviklingen av blant annet overvekt og fedme. I tillegg er det også færre ungdom enn landsgjennomsnittet som er fornøyd med lokalmiljøet(1). Dette kan både være en faktor og en konsekvens av mindre deltagelse i fritidsorganisasjoner, samt også påvirke alle parameterne under helserelatert atferd (Figur 9). Det å delta i organisert idrett kan føre til fysisk og psykisk utfoldelse, skape relasjoner og nettverk. Redusert deltagelse i idrett og organisert aktivitet trenger ikke å være negativt, men dette setter andre krav til barnet selv, ansvarspersoner, nærmiljø og ikke minst tilgjengelige ressurser.



Figur 9. Folkehelsebarometer Frøya(1)

6.2.1 SELVRAPPORTERING

Dataene om aktivitet og kosthold fra intervjuene baserer seg på informantenes oppfatning og opplevelse av virkeligheten. Ungdata samler også inn informasjon basert på selvrapporing. Selvrapporingte data har i tidligere forskning vist seg å være unøyaktig på individnivå på grunn av sannsynligheten for overrapportering(18). I intervjuene snakker informantene om jevnlig aktivitet for både seg selv, familien og barna, samt sunt og variert kosthold. Barna er for det meste fremstilt som aktive barn både i forbindelse med

organisert idrett og uorganisert fysisk aktivitet. Vi vet at feilrapportering er vanlig i forbindelse med både kosthold og fysisk aktivitet, og det er da sannsynlig å tro at aktivitetsnivået ikke er helt representativt(18, 19). Selve feilrapporteringen kan være et resultat av det som blir sett på som ønsket oppførsel altså det som forventes av oss, feilestimering av porsjonsstørrelse eller vanskeligheter med å registrere eller estimere energiinntaket. Det samme gjelder for aktivitet når det gjelder varighet og intensitet. Studiene viser en overrapportering av fysisk aktivitet og en underrapportering av energiinntak(18, 19). Denne diskrepansen gjør det vanskelig å stole på selvrapportering av direkte energiinntak og aktivitetsregistrering. Til tross for dette viser den samme forskningen at tallene kan brukes som et mål på aktivitetsnivå og kosthold i populasjonen(18, 19). Dette begrenser kanskje informasjonens verdi sett på individnivå, men ved å ta hensyn til feilrapporteringen kan en fortsatt frembringe verdifull informasjon om kosthold og aktivitet på populasjonsnivå(18). Dette sett i lys av Malinowski sine funn knyttet til divergensen mellom det man sier, og det man gjør, setter spørsmålsteget ved opplysningene fra intervjuene er helt realistiske. «Gjør som jeg sier, ikke som jeg gjør» er et velkjent uttrykk som reflekterer Malinowskis funn fra feltstudiene. Det er godt kjent hva som er anbefalt når det gjelder aktivitet og kosthold, men det er dessverre ikke slik at alle følger disse rådene til tross for at dette er regnet som god allmenn kunnskap. Noe av dette kan kanskje forklares gjennom Dunning-Kruger effekten(82, 83). Dunning og Kruger undersøkte som sagt hovedsakelig hvordan mennesker med lite kunnskap og lave ferdigheter systematisk overvurderte egne ferdigheter(82, 83). Denne effekten kan påvirke alle i ulik grad også til tross for generelt høyt kunnskapsnivå, ettersom alle har enkelte kunnskapsfelt med lavere kompetanse. Både Malinowski og Dunning-Kruger effekten kan utfordre informantenes uttalelser, og det er dermed viktig å ta dette i betraktning når en evaluerer.

6.3 KROPP, PSYKE OG HELSE - ET SUNT LIV?

Så og si alle informantene opplyser om at de tilstreber å leve et sunt og balansert liv. De oppgir at det er viktig med variert kost, og regelmessig fysisk aktivitet. Dette kan også sees i lys av Malinowskis funn. Det informantene oppgir er i tråd med kostholdsrådene og representerer det de fleste av oss ville karakterisert som sunt. Det kan ligge visse forventninger til hva informantene legger i ordet sunt, og ønsket om å svare til disse forventningene. Selv om tilnærmet alle informantene oppgir at de har et sunt kosthold er det sannsynlig å tenke at ikke alle har tilstrekkelig kunnskap til å vurdere hva som er sunt og hva som er mindre sunt. Her igjen kan Dunning-Kruger effekten påvirke hvordan informantene evaluerer eget kosthold. Dette gjør det utfordrende å evaluere kostholdet basert på egne uttalelser som er gitt i intervjuet. I intervjuene ved samtale om hva som

definerer et sunt barn snakker flere av informantene om fysisk og psykisk helse, men de fleste vektlegger aktivitet, motorikk og variasjon i kostholdet fremfor psykisk helse. I forbindelse med ernæring fokuseres det på variasjon og hvor maten er produsert, mens det er mindre snakk om porsjonskontroll og mengde. Med det vi vet om underrapportering av energiinntak er det naturlig å tenke at det er en viss diskrepans mellom det som oppgis og det som er reelt inntak. Dette kan resultere i en viss usikkerhet i det reelle energiinntaket, men informasjonen fra intervjuene kan fortsatt reflektere matinntak og representere matvanene til informantene.

6.3.1 UTFORDRINGER MED VEKT

Informantene uttrykker at til sammen tre barn har hatt utfordringer med vekt, og en av foreldrenes samboer har gjennomgått vektreduserende kirurgi. Et av barna med vektutfordringer har hatt for lav vekt og får næringstett kost for å øke vekten. De to andre har ifølge foreldrene alltid hatt noen kilo for mye, og ett av disse barna gikk så drastisk ned i vekt at det var nødvendig å søke hjelp. Ingen av barna har hatt oppfølging som følge av for høy vekt, mens begge med lav vekt har hatt oppfølging. Dette kan si noe om at terskelen for å søke hjelp ved overvekt er høyere enn ved undervekt. Det er fortsatt knyttet mye stigma til overvekt og det er et svært sensitivt tema. Konsekvensen av dette er kanskje at en unngår å snakke om det og dette kan igjen føre til at problemet eskalerer. Denne problematikken kan også reflektere utfordringen foreldre har med å bedømme egne barns vekt(11). Det kan gjøre det problematisk å plukke opp de barna som har behov for hjelp med vekten og kan gjøre det spesielt utfordrende å oppfatte problemet tidlig nok til å snu trenden.

Vi vet også at tidlig intervensjon øker sannsynlig for varig vektreduksjon, og en slik forsinkelse kan gjøre at trenden blir vanskeligere å snu(53, 55). Tidlig innsats er dermed essensielt i forbindelse med et vellykket behandlingsforløp. Andelen overvekt og fedme blant 17-åringene på Frøya er ifølge folkehelsebarometeret til kommunen på 34 prosent, noe som er signifikant høyere enn landsgjennomsnittet på 23 prosent(1). Dette kan også sees i sammenheng med lav score på indikatorene helse relatert atferd blant ungdom. Dette korrelerer med tidligere forskning der prevalensen av overvekt og fedme er større i rurale områder(63, 64). Til tross for dette ligger Frøya kommune omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder hjerte og karsykdom, og muskel og skjelettlidelser på nåværende tidspunkt. Noen av disse sykdommene og plagene er ofte korrelert med økende alder, og det er naturlig å tenke at disse plagene kan komme til uttrykk senere i livsløpet. Elstad fremhever at helsen påvirkes i alle faser av livsløpet og kan være en konsekvens av påkjenninger en har vært utsatt for i løpet av mange tiår(31). Dette viser at helsen påvirkes både av det som skjer i nåtiden, men også av påkjenninger fra fortiden(31).

6.3.2 PSYKISKE SYMPTOMER OG LIDELSER

Ifølge folkehelsebarometeret ligger Frøya kommune signifikant bedre an enn landet som helhet når det gjelder andel psykiske symptomer og lidelser, noe som er i kontrast til at kommunen ligger signifikant under landsgjennomsnittet når det gjelder om ungdom er fornøyd med egen helse, hele 57 prosent mot 71 prosent på fylkes og landsnivå(1). Kommunen scorer som sagt også over landsgjennomsnittet når det gjelder overvekt og fedme(1). ACE-studien har vist hvordan psykisk belastning i barndommen kan knyttes til utvikling av sykdom, blant annet overvekt og fedme. Ifølge ACE-studien kan både negative følelser omkring egen helse og stress påvirke helsen negativt senere i livet(58). Dette samsvarer med hvordan det psykososiale perspektivet søker å forstå sykdomsutvikling. Det at ungdom er misfornøyd med egen helse, kan både medføre stress og negative følelser. Som igjen ifølge det psykososiale perspektivet kan resultere i økt risiko for å utvikle overvekt og fedme senere i livet. Overvekt og fedme er overrepresentert på Frøya sammenlignet med resten av landet, og det kan være naturlig å tenke at flere av disse personene opplever uheldig stress i form av de utfordringene det kan være å være overvektig. Om en skal tolke overvekt og fedme i forbindelse med ACE er det naturlig å tenke at det også er økt sannsynlighet for at noen med overvekt og fedme har opplevd psykisk belastning i barndommen, som igjen kan ha resultert i den aktuelle overvekten. Disse to motstridende resultatene fra folkehelsebarometeret kan også diskuteres opp mot det begrensede spesialisthelsetilbudet på Frøya som blir nevnt i flere av intervjuene. Det blir påpekt at mange må reise langt for å få hjelp, samt at psykologstillingen fortsatt ikke har blitt besatt. Redusert tilgjengelighet innenfor spesialisthelsetjenesten kan påvirke andelen som søker hjelp og dette igjen kan føre til flere utfordringer i fremtiden. Vegring for å ta kontakt med helsevesenet og mangel på behandling kan føre til økt stress og konsekvensen av dette kan være økt sykdomsrisiko.

6.3.3 DET Å FALLE UTENFOR

Det kommer frem under et intervju at et barn har hatt store utfordringer med å passe inn blant jevngamle og dette førte til at barnet bestemte seg for å gå ned i vekt i håp om å passe inn. I små bygder og rurale områder er det gjerne begrensede antall jevngamle og dette kan være en del av forklaringen for hvorfor barnet valgte et slikt drastisk tiltak for å passe inn. Informanten forteller videre at barnet lenge har strevd med noe høy vekt, og deretter for lav vekt og i senere tid fått oppfølging i forhold til anoreksi. Ifølge Ungdata er det 57 prosent av ungdom på Frøya som er fornøyd med helsa versus 71 prosent på landsbasis. På mindre steder er det kanskje ikke så mange muligheter for å finne likesinnede og dette kan skape utfordringer. Det å føle at en ikke passer inn kan være med å påvirke barnet. Flere slike uheldige omstendighetene kan dermed prege personen senere i livet. Det er dette livsløpsperspektivet tar utgangspunktet i, der akkumulasjon av uheldige omstendigheter og miljøfaktorer til slutt kan resultere i helsesvikt. Dette kan både være

grunnen til at noen utvikler overvekt og fedme, men denne hypotesen forklarer også hvorfor enkelte allerede har utviklet overvekt og fedme. Den sosiale kontrollen i mindre lokalsamfunn kan for noen virke vanskelig å forholde seg til, og individene kan streve med å finne seg til rette. Dette kan, slik som den ene informanten forteller, komme til uttrykk i barnets usikkerhet omkring egen kropp og person. Det ytre kroppspresset kan føre til negative tanker omkring egen kropp som igjen resulterer i ukontrollert slanking som kan komme helt ut av kontroll dersom man ikke får riktig oppfølging. Livsløpsperspektivet påpeker hvordan levevaner og livsstil stort sett er kollektive fenomener, og ikke først og fremst individuelle handlinger. Det å ikke passe inn kan føre til mye uheldig stress, og ifølge det psykososiale perspektivet kan dette føre til økt sykdomsrisiko senere i livet. En akkumulasjon av flere slike hendelser i løpet av livsløpet øker risikoen for å utvikle sykdom senere i livet, da også overvekt og fedme.

6.4 FRØYVÆRINGENE

Kommunen kan vise til en babyboom og befolkningsvekst, noe som er uten for normen for andre kommuner og spesielt desentraliserte kommuner. I tillegg har Frøya over lengre tid hatt god inntekt takket være havindustri både i form av fond og skatt, til tross for store variasjoner fra år til år(69). Intervjuene gir et inntrykk av frøyværingene som imøtekommende og fremoverlent, men også konvensjonelle og uvørne. Dette kan vise diversitet i datamaterialet, noe som også kan reflektere kontrastene i Frøyas befolkning. I intervjuene hadde både innflyttere og innfødte et positivt syn på Frøya og Frøyværingene. Likevel var det enkelte av innflytterne som hadde et inntrykk av at frøyværingene var mer konvensjonelle. Denne kontrasten kommer også frem i Folkehelsebarometeret der færre enn landsgjennomsnittet bor i husstander med vedvarende lav inntekt, men samtidig er det flere som har behov for stønad til livsopphold mellom 20 og 66 år. På den ene siden fremstår frøyværingene som nyskapende og på den andre siden som mer konvensjonelle. Dette er interessant å undersøke i lys av Bourdieus tanker rundt kulturell kapital og hvordan dette kan brukes som en sosial ressurs(67, 68). Individet sosialiseres inn i en kultur og dette danner utgangspunkt for hva Bourdieu kaller habitus. Dette vil være forskjellig ut ifra hvilken bakgrunn individet har. Til sammen vil dette ifølge Bourdieu være med på å påvirke hvilket utgangspunkt individene har i livet, og igjen påvirke hvordan individene oppfatter hverandre. De forskjellige oppfatningene som kommer frem under intervjuene kan forklares med nettopp ulike utgangspunkt og forventninger, altså ulik habitus. I tillegg kan ulik habitus og kulturell kapital påvirke preferanser og valg i hverdagen. Forskjellig bakgrunn og kulturell kapital resulterer i forskjellige preferanser og kan dermed komme til uttrykk i divergerende atferd. Dette påvirker individer både bevisst og ubevisst, og kan forklare noe av de ulike forventningene informantene har og ikke minst hvorfor disse forventningene ikke blir oppfylt. Tanken om at en sosialiseres inn i en kultur

og ikke motsatt viser at det er viktig å legge til rette for god integrering og tilrettelegging for innflyttere på Frøya. Bourdieu legger på denne måten til rette for bedre forståelse av ulike kulturer og kulturell bakgrunn, og hvordan dette kan brukes i folkehelsearbeidet.

6.4.1 MATKULTUR OG MATVANER

Under intervjuene blir mattradisjoner og matkultur identifisert som viktige markører for rural kultur. De fleste informantene forteller om et variert og sunt kosthold, gjerne «*tradisjonell bondekost*». Noen informanter er veldig opptatt av at maten skal være lagd fra bunnen av med gode ekte ingredienser, gjerne fra egen hage, eller jakt og fiske. På spørsmål om hva informantene legger i sunt kosthold svarer de aller fleste at variasjon og «litt av alt» er essensielt. I dette uttrykte flere av informantene om et variert kosthold med mye grønnsaker, grove kornprodukter, fisk, litt kjøtt, og ikke minst å begrense inntaket av søtt. Dette er generelt i tråd med kostholdsrådene og samsvarer i tillegg med den norske mattradisjonen(72, 73, 99). Paradoksalt uttrykker informantene at andre i lokalmiljøet, sånn som naboer eller lignende, benytter seg av ultraprosesert mat og har mindre begrensninger i forhold til for eksempel søtsaker og skjermtid. En annen informant nevner som sagt tradisjonen med kakebord, eller serveringskultur, og en annen forteller det ikke er ordentlig bursdag før det serveres kake. Særpreget er kanskje at det er vanlig ved spesielle dager eller feiring at alle tar med en kake til et stort felles kakebord. I tillegg vektlegges det også at hver enkelt gjerne har spesialisert seg og har en «*spesifikk*» type kake. Dette kan representere at denne tradisjonen er sterkt knyttet til individets identitet, og ikke minst kultur.

En får inntrykk av at denne tradisjonen er godt ivaretatt i periferien, men på den andre siden kommer det frem av andre intervjuer at dette ikke er gjenkjennbart for alle. Disse forteller gjerne om generelt mindre serveringskultur og derav lite kakeservering. Likevel kommer det frem i enkelte intervju en viss divergens mellom hva en sier, og hva en gjør. «*Gjør som jeg sier og ikke som jeg gjør*» betyr noe sånn som ikke imiter min atferd, men følg mine instruksjoner. Ordtaket vektlegger at selv om en vet hva som er riktig kan en gjøre motsatt av allerede etablert kunnskap, og antyder at selv om personen har riktig kunnskap er det fortsatt rom og mulighet for feil. Dette kan sees i sammenheng med diskrepansen Malinowski oppdaget under sine feltstudier. I ett av intervjuene gir informanten inntrykk av å leve et generelt sunt liv, spiser sunt og er aktiv. Samtidig kommer det frem at samme informant spiser syv-åtte sjokoladebiter og te til frokost hver morgen. Dette utfordrer hva mange vil oppfatte som sunt kosthold, og setter igjen spørsmål med hva informantene oppfatter som sunt. Denne lille informasjonen gir oss ikke mye informasjon om hele kostholdet og det totale energiinntaket, men kan gi oss informasjon om habitus og generelle energiinntaket på befolkningsnivå.

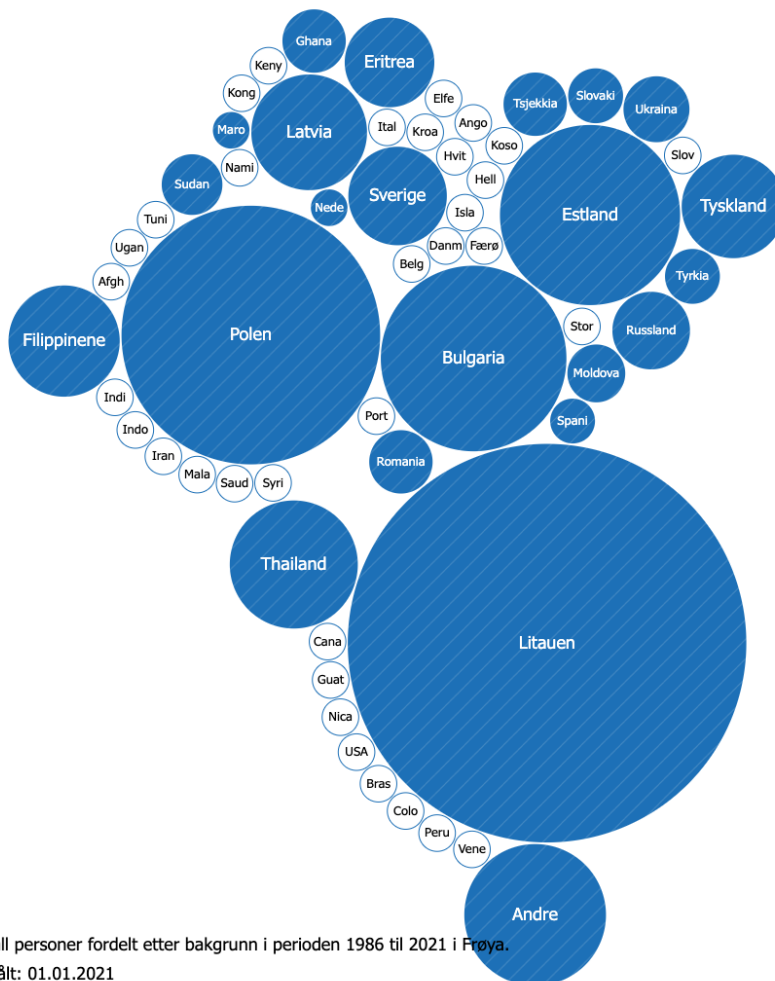
Systematisk arbeid i form av reguleringer og føringer av tiltak rettet mot næringsmiddelindustrien kan være med på å legge til rette for å ta sunnere og bedre matvalg. Tiltak på systemnivå kan for eksempel være direkte lover og regler, pålegg om avgifter, skatter eller subsidier som til sammen legger føringer til industrien(29, 76). I praksis kan dette påvirke pris i form av å senke prisen på sunne varer og øke prisen på usunne varer, samt påvirke tilgjengelighet på varer. Dette kan være gode tiltak for å påvirke matvalg og igjen legge til rette for en sunnere livsstil.

6.4.2 INNVANDRING OG INTEGRERING

Frøya har en svært høy andel innvandring som hovedsakelig kan forklares med en veldig sterk arbeidsinnvandring knyttet opp mot veksten i oppdrettsnæringen. Hele 27,5 prosent av Frøyas befolkning har innvandrerbakgrunn(69). En befolkningsvekst som har bakgrunn i arbeidsinnvandring, gjør at lokalsamfunnet opplever en ny hverdag som kan utfordre enkeltmenneskene. Nye kulturer kan utfordre lokale tradisjoner og flere av informantene oppgir en utfordring spesielt i forbindelse med norsk mat- og aktivetskultur. Den tradisjonelle matpakken blir utfordret av varmmat og suppe da dette er normen for enkelte. I tillegg blir turkulturen et tema i intervjuene, og spesielt det å gå «uten et mål» blir fremstilt som en typisk norsk tradisjon. Dersom helseinstanser råder til å ha spesifikke pålegg eller lignende i matpakken kan dette være utfordrende å relatere til for flere. Dette er bare eksempler på kulturforskjeller og viser hvorfor det kan være vanskelig å nå frem til alle med samme informasjon. Samtidig kommer det frem i intervjuene at det er andre forventninger til helsevesenet, skole og barnehage, noe som i seg selv kan skape utfordringer. I tillegg kommer det også frem at innflytterne har begrensa tilgang på lokale ressurser grunnet redusert lokalkunnskap og sosialt nettverk. Dette kan begrense tilgangen på varer og tjenester, og dermed påvirke forutsetningen til individet. Til sammen er kunnskapen om disse utfordringene essensiell og vil være avgjørende for å oppnå en god informasjonsflyt og vellykkede tiltak.

Innflytterne kommer ikke bare fra andre land, men kommer også fra andre steder i Norge. Til tross for at det er kulturforskjeller fra område til område kan også selve flytting som prosess for individet medfører noen utfordringer. Flyttingen i seg selv medfører ofte endring av relasjoner og sosialt nettverk, og kan generelt påvirke individet i både positiv og negativ retning. Flyttingen i seg selv kan føre til stress, men i tillegg kan en endring i relasjoner og redusert sosialt nettverk medføre uheldig stress. Økt stress kan ifølge det psykososiale perspektivet virke inn på individets fysiske tilstand og individets biologi, og igjen medføre økt risiko for å utvikle sykdom. Dette påpeker viktigheten med å tilrettelegge slik at integreringen skjer på en verdig og god måte. En aktiv integrering for alle aldersgrupper og lag av befolkningen krever god kunnskap og bevissthet fra de styrende organer. Folkehelseloven lovfester at kommunen skal iverksette de nødvendige tiltakene

for å kunne møte de aktuelle helseutfordringene i kommunen(91). Hvordan kommunen skal innrette seg for å ivareta eksisterende lokalsamfunn og samtidig tilrettelegge for de nyankomne er viktige temaer i utviklingsdebatten. Her vil kunnskap om helsetilstanden i kommunens befolkning spille inn som en vesentlig faktor for å vurdere hvor robust lokalsamfunnet er til å håndtere utviklingen. Og denne kunnskapen vil kunne avdekke hvilke utfordringer som må vektlegges i arbeidet med utviklingen av helsetjenestene i et lokalsamfunn som også skal ivareta innvandrernes behov. Frøya er en velstående kommune med flere innbyggere på inntektstoppen(24), men også flere enn landsgjennomsnittet som har stønad til livsopphold(1). Dette reflekterer en utfordring kommunen har i forhold til særdeles store forskjeller innad i befolkningen. Dette kombinert med høy andel arbeidsinnvandring og en generell befolkningsvekst kan imidlertid bidra til å øke forskjellene ytterligere.



Figuren viser antall personer fordelt etter bakgrunn i perioden 1986 til 2021 i Frøya.

Kilde: SSB, sist målt: 01.01.2021

■ Frøya

Figur 10. Oversikt over opphav (100)

6.5 GOD TILGJENGELIGHET, MEN BARE FOR ENKELTE

De fleste informantene oppga at de generelt har et godt tilbud av varer og tjenester, men at det var begrenset i forhold til ferskvarer, lokale matvarer og spesialisthelsetjenester.

6.5.1 TILGJENGELIGE VARER OG LOKALE RÅVARER

Tilgjengeligheten av råvarer og varer var et viktig tema i intervjuene. Utvalget av grønnsaker og frukt oppleves generelt som begrenset, og flere informanter etterlyser en ferskvedisk. Slike forhold kan tenkes at fører til økt konsum av andre varer, slik som mer prosesserte matvarealternativer. Informantene forteller også at andre personer i nærmiljøet spiser mer ferdigmat og har mindre begrensninger i forhold til søtsaker enn hva informantene uttrykker de selv gjør. Samtidig vet vi at en ofte underrapporterer eget energiinntak. Analysen avslørte en tendens til at «de lokale» hadde bedre oversikt over lokale utsalg og andre muligheter som kanskje ikke alle innflyttere hadde. Det kommer frem at det kan være avgjørende å ha en nabo eller familie i nærheten slik at en kan skaffe seg lokale råvarer sånn som sjømat, kjøtt og grønnsaker. Dette kan tyde på at det å ha et sosialt nettverk på Frøya er viktig for å ha det samme utgangspunktet som «de lokale» i forhold til tilgjengelighet av varer og tjenester. På Frøya der opp mot 30 prosent er innflyttere kan dette føre til utfordringer i lokalsamfunnet. Begrenset tilgang til ferske matvarer fører gjerne til økt bruk av prosesserte matvarer, som igjen kan øke risikoen for å utvikle overvekt og fedme. Sosialt nettverk er en viktig del av individers sosiale omgivelser og dette kan ifølge det psykososiale perspektivet ha et potensiale til å påvirke sykdomsprosesser. Sosialt nettverk kan fungere som en nødvendig ressurs som individet kan benytte for å håndtere aktuelle påkjenninger og dermed forebygge sykdomsprosesser. Ressurser handler ikke bare om fysiske ressurser, men kan også handle om for eksempel kunnskap. Lokalkunnskap kan betegnes som en verdifull ressurs som kan ha sammenheng med sosioøkonomisk plassering og kan igjen være avgjørende for sykdomsforløp.

6.5.2 SPESIALISTHELSETJENESTEN – TIL STEDE, MEN IKKE TILGJENGELIG

Tilgangen på helsetjenester er et tungtveiende tema i intervjuene. De fleste informantene er fornøyd med førstelinjetjenestene, men informerer om at det på generell basis mangler diverse spesialister lokalt. Det påpekes at kommunen har et tilbud, men at dette medfører lang reisevei til nabokommunen og er generelt tidskrevende. Dette kan være en stor barriere for å søke hjelp, og kan føre til at mange velger bort behandling. Når det gjelder oppfølging av fedmeproblematikk er Fedmepoliklinikk i Trondheim det nærmeste spesialiserte tilbudet som er tilgjengelig. En informant forteller at ungdommer som får oppfølging i forbindelse med psykisk helse må sitte flere timer i buss for å få hjelp. I seg selv er dette svært ugunstig da det gjerne også går på bekostning av skole, aktiviteter eller andre sosiale tiltak, noe som igjen kan føre til økt stigmatisering og utenforskap.

Dette kan medføre ugunstig stress og påkjenning for et individ som allerede strever. Stresset medfører ikke bare ifølge det psykososiale perspektivet en økt sannsynlighet for å påvirkning av sykdomsprosesser, men det påvirker også individets mulighet til å utvikle mestringsressurser i form av et sosialt nettverk som igjen virker negativt senere i livet(31). Mangel på spesialister lokalt kan føre til at en ikke bare søker sent hjelp med en eventuell fedmeproblematikk, men også at individer søker sent hjelp med faktorer som ACE-studien konkluderer med at øker risikoen for å utvikle overvekt og fedme senere i livet(58). Ved sen behandling kan det bli en ond sirkel, selv om selve behandlingen gir økt kunnskap og ressurser til å håndtere ulike påkjenninger. Alt i alt ser en kanskje ikke store utslag i nåtiden, men kan bli ressurskrevende i fremtiden. Det er ingen tvil om at det hadde vært ønskelig å ha et behandlingstilbud lokalt, noe også Frøya kommune viser ved å utlyse blant annet en psykologstilling. Ifølge intervjuene er det utfordrende å lokke kompetent fagfolk til aktuelle stillinger, noe som fører til at denne fagkompetansen ikke kommer ut i periferien. Paradoksalt har enkelte søkt hjelp av helsesøster, helsestasjon og BUP i forbindelse med lav vekt eller noen kilo for lite, mens ingen oppgir å ha søkt hjelp for høy vekt eller noen kilo for mye. Dette oppleves som en generell utfordring da foreldre ofte ikke oppfatter barnas vekt, og dermed ikke gjenkjenner vekten som et problem(11). Foreldrene kan ha store utfordringer med å gjenkjenne egne barns overvekt, men problematiserer lav vekt og søker hjelp for dette. Det at foreldre ikke oppfatter overvekten til egne barn som et problem kombinert med redusert spesialisttilbud, kan resultere i at det er ekstremt utfordrende for foreldre å søke hjelp dersom barnet strever med for høy vekt.

6.5.3 HELSETJENESTER OG LOVVERK

Et viktig politisk virkemiddel i Norge for å håndtere miljømessige, sosiale og strukturelle faktorer som fører til fedme er *Folkehelseloven*(101). Formålet med *Folkehelseloven* er å legge til rette for en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og som igjen er med å redusere psykiske og somatiske sykdommer(94, 101, 102). Dermed har Frøya kommune ansvar for at innbyggerne sine har tilgang til nødvendig helsehjelp. I tillegg sørger *Folkehelseloven* for at kommunene har et lovpålagt ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og helseutfordringer i kommunen, og iverksette nødvendige tiltak for å møte aktuelle utfordringer(102). Dette betyr at kommunen har et ansvar for at det er tilgjengelig helsetjenester for befolkningen og de helseutfordringer som er dominerende. *Folkehelseloven* har dermed et veldig bredt nedslagsfelt og involverer alle sektorer i alle kommuner. Det at det er stor variasjon i størrelse, geografi, kompetanse og ressurser blant kommunene resulterer dermed også i ulike måter å operasjonalisere *Folkehelseloven*(102). Dette kan føre til at det er betydelige forskjeller i hvordan fylkeskommunene og kommunene bruker lovverket(102).

6.6 KORT OPPSUMMERING

For å oppsummere kapittelet ser vi at infrastruktur særlig i forbindelse med transport og tilrettelegging av aktiviteter kan legge til rette for eller være en begrensende faktor i forhold til aktivitet. Kulturforskjeller kan generelt gjøre folkehelsearbeidet utfordrende og er ytterst relevant da Frøya blant annet har en stor andel innflyttere. I tillegg bør helsetjenestene med fordel være lokalisert i nærmiljøet, da en ser at mangel på spesialisthelsetjenester lokalt kan være en begrensende faktor for å søke hjelp. Til slutt er mattradisjoner og utvalget av varer essensielt for matkulturen på Frøya. De fleste informantene oppgir et begrensa utvalg av ferskmat, frukt og grønt, noe som til slutt påvirker hva som blir konsumert. Samlet sett kan alle disse nevnte faktorene øke risikoen for å utvikle overvekt og fedme i løpet av livet.

Kapittel 7 DISKUSJON AV METODE

Refleksivitet, relevans og validitet er viktig i vitenskapelig forskning, og vil være med på å definere kvaliteten til studien(96). Refleksivitet innebærer at forskeren har vurdert egne fremgangsmåter og konklusjoner underveis i studien, relevans handler om hva studiens kunnskap kan brukes til og validitet hva forskeren i studien egentlig har funnet gyldig kunnskap om (50). I dette kapittelet er målet å diskutere styrker og svakheter av studiens metodevalg, samt hvordan disse kan ha påvirket studiens resultater.

7.1 STYRKER OG SVAKHETER

Det er essensielt å evaluere studiens styrker og svakheter for å kunne ta stilling til resultater og konklusjon. Det er uunnværlig å kommentere at dette er første gangen jeg gjennomfører en så omfattende kvalitativ studie og analyse. Dette resulterte i en stor andel prøving og feiling, og må tas i betraktning ved vurdering. Samtidig har det ført til en ydmyk tilnærming til metoden, og ikke minst nye øyne kan sette lys på andre aspekter ved metoden enn kanskje erfarne forskere gjør.

7.1.1 KVALITATIV VERSUS KVANTITATIV

Kvalitativ metode vektlegger innhold og betydning fremfor kvantitet. Metoden søker å gå i dybden og undersøke andres syn på et konkret tema. En sentral utfordring med kvalitativ metode er at det er ingen fasitsvar og de svarene man får er et individs subjektive erfaring. Kvantitativ metode egner seg godt til å analysere og sammenligne store mengder data, men sier lite om bakgrunnen for svarene informantene gir. Kvalitative studier på den andre siden har ofte et smalere utvalg, men har mer frihet til å undersøke bakgrunnen for svaret. Dette kan gi utdypende informasjon og bidra til økt forståelse.

7.1.2 ENDRING AV PROBLEMSTILLING UNDERVEIS I PROSJEKTET

Problemstillingen ble endret og presisert flere ganger i løpet av arbeidet med masteroppgaven. Ved å la prosjektets utvikling legge føringer på studiets retning, ble det valgt å endre fokus fra å undersøke hva som påvirker til hvilke erfaringer og hvordan. Endring av fokus og problemstilling kan fra et naturvitenskaplig ståsted synes negativt for forskningens reliabilitet og validitet. Derimot sees denne fleksibiliteten som en styrke ved kvalitativ tilnærming da det kan åpne for ny og kanskje uventet kunnskap(103).

7.1.3 DATAMATERIALET

På bakgrunn av begrensninger er utvalget og datamaterialet relativt lite da det til sammen ble åtte intervjuer og ti intervjuobjekter. Det kan regnes som et lite utvalg informanter på generell basis og antall informanter kan dermed sees som en svakhet. På den andre siden kan ti informanter i kvalitativ forskning sees som et representativt utvalg, samt at det

gjennomføres kvalitative studier med kun en informant. Intervjuene hadde ulik varighet fra 45 min til 90 min, og varierte også i innhold da intervjuene var semistrukturerte. På den ene siden er det viktig å se intervjulengden i lys av Malinowski konklusjon om at det er essensielt å tilbringe mye tid sammen med forskningsobjektene for å komme så nær virkeligheten som mulig(65). Dette kan sette spørsmålstegn til det informantene deler og gir av informasjon. Samtidig er det utfordrende å sammenligne intervjuene da både spørsmål og innhold varierte noe fra intervju til intervju, men på den andre siden har dette resultert i et bredt og innholdsrikt datamateriale. Da prosjektet er en del av et større pågående prosjekt tilfører studien dybde og dimensjon til hovedprosjektet KOMPASS. Informantene har på denne måten bidratt med viktig erfaring og kunnskap om den aktuelle tematikken. Bruk av flere metoder kan gi resultatene et mer fyldig og nyansert bilde sammenlignet med bruk av en enkel metode. Derfor ser en at dette kan være et verdifullt bidrag i forbindelse med KOMPASS-prosjektet.

7.1.4 INFORMANTENE

Informantene kan regnes som et godt gjennomsnitt av Frøyas befolkning. Hvis vi ser på innflytterstatus og yrke er det en god og representativ fordeling. Dette regnes dermed som en styrke, da et variert utvalg informanter resulterer i et bredt innsamlet datamaterialet. På den andre siden er fordelingen skjev da det kun er to menn og 7 kvinner som deltar. I tillegg er det ofte informanter med spesiell interesse for det aktuelle tema som takker ja til å delta, noe som kan påvirke forskningsresultatet. Flere av informantene oppgir nettopp at de er opptatt av kosthold og aktivitet, og gjerne at de har vært dette lenge. Informasjonen i intervjuene er en historie og en oppfatning av virkeligheten som informantene vil fortelle oss. Det er naturlig å tro at dette fører til at selvet er beskrevet i et litt positivt lys, fremfor det man ser statistisk sett. I intervjuene ser man at informantene fremstiller seg selv på en god måte, men kan trekke frem at naboer eller andre er sett i et annet lys. Dette støttes også som sagt av hva Malinowski oppdaget i sine feltstudier(65). Dermed kan de aktuelle utvalgte representanter være misvisende for det reelle utvalget. Til tross for dette kommer det også frem i intervjuene at det var informanter som ikke var spesielt interessert i kosthold og aktivitet. Det skaper en fin motvekt til resterende informanter. Informantene er som nevnt et relativt representativt utvalg med tanke på Frøyas befolkning, til tross for at det er flere deltagere som er innflyttere. Dette kan sees på som både en svakhet og en styrke i studien, da det kan gi et skjevt inntrykk av den generelle befolkningen på Frøya. Elstad skriver at det å være lavt i det sosioøkonomiske hierarkiet kan ha stor betydning i forbindelse med å utvikle sykdommer, som for eksempel fedme (31) , og det er denne gruppen av befolkningen som er overrepresentert i vår studie. Til syvende og sist belyser studien et interessant og viktig tema, og intervjuene inneholder samlet sett viktig datamateriale.

7.1.5 EKSTERNE FORSKERE OG MASTERPROSJEKTET

Intervjuene er gjennomført av en eller to erfarne eksterne forskere som har utført utallige slike intervjuer og dette kan sees på som en styrke. For å unngå at det var for mange intervjuere til stede deltok jeg ikke på alle intervjuene, og resultatet er at det var ulike personer til stede i de forskjellige intervjuene. På den ene siden kan dette sees som en svakhet da det resulterer i ulike utgangspunkt for intervjuene. Det kan på den andre siden ligge en styrke i nettopp dette, da det kan være flere synspunkt og legge til rette for en bredere forståelse av datagrunnlaget. Min rolle i datainnhentingsfasen har vært noe mindre som følge av dette, som kan føre til mindre nærhet til kildematerialet. Det er forsøkt å minimere dette gapet ved å sette meg godt inn i intervjuene gjennom å lytte til opptak gjentatte ganger og dialog med forskerne som gjennomførte intervjuene. Semistrukturerte intervjuer slik som dette tar sikte på å få en forståelse av det beskrevne fenomenet(104). Ifølge Kvale og Brinkmann er det det menneskelige samspillet i intervjuet som vil gi kunnskap om et fenomen. Gjennom interaksjonen mellom informantene og forsker, ble kunnskap om deres livsverden skapt i vår gjensidige påvirkning av hverandre (53). Jeg som forsker tolker informantenes opplevelser og erfaringer ut fra mitt ståsted og forståelse, noe som igjen kan ha påvirket analyseprosessen.

7.1.6 FORSKERENS- OG INTERVJUOBJEKTETS ROLLE

Forskerens kunnskap og forståelse av temaet skaper en subjektivitet til temaet som kan påvirke forskningsprosessen. For å unngå dette er det viktig å ha innsikt i egen rolle, egen kunnskap, verdier og holdninger før man går inn i prosjektet. I tillegg være åpen for at det ofte vil være flere tolkninger av en observasjon, hendelse eller opplevelse. Samtidig har intervjuobjektene mulighet til å påvirke intervjuet i sin retning, da de har større mulighet til å legge frem sine synspunkt i motsetning til for eksempel spørreskjema(95). Kvale og Brinkmann konkluderer med at kunnskap fra intervjuer ikke trenger å være subjektivt. Det resulterer i at kvalitative intervjuer i prinsippet kan være en objektiv forskningsmetode(95).

7.1.7 SPRÅK

Intervjuene ble gjennomført av to eksterne forskere på norsk. Flere av intervjuobjektene, i tillegg til den ene forskeren, har et annet morsmål. I tillegg har flere av de deltagende partene i intervjuene ulike dialekter som også kan påvirke forståelsen. Dette har ført til noen utfordringer da det til tider var krevende både for informantene å forstå intervjuer og i etterkant i forbindelse med transkripsjon. Språkbarrieren kan dermed føre til at noe av svarene informantene har gitt blir tolket feil og dette kan derfor være en reell feilkilde. For å unngå feilinformasjon ble spørsmålet repetert eller omformulert for å sikre best mulig forståelse av spørsmålet. Samtidig hadde det vært ønskelig å ha tolk eller la informantene hatt mulighet til å gå igjennom egne utsagt, men dette ble vurdert som for tidkrevende i

denne omgang. I tillegg til utfordringer som Malinowski beskrev allerede i 1922 der folk forteller en ting, til tross for at han observerte noe annet(65). Til slutt er det viktig å trekke frem at en stor del av innholdet i intervjuene gir oss reell og valid informasjon om den gjeldende tematikken.

7.2 COVID19 PANDEMIEN

Mars 2020 endret Norge og resten av verden seg. Daværende statsminister Erna Solberg beskrev tiltakene som ble iverksatt som «de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid»(105). Den pågående Covid19 pandemien påvirket masterprosjektet på flere vis. Først og fremst endret samfunnet seg og det ble vanskelig å gjennomføre prosjektet slik det opprinnelig var planlagt. Mye var usikkert og dette førte til utsettelse og dermed forsinkelser. Underveis ble det bestemt at intervjuene skulle gjennomføres digitalt. Det er naturlig å tro at å delta på digitale intervju avskriver enkelte fra å delta, mens det for andre kanskje gjør det mer attraktivt og gjennomførbart. Det reduserer behovet for reise og for noen senker dette terskelen om å snakke om vanskelige tema(95). Dette satt også naturlig nok IT kunnskaper hos både forsker og deltagere på prøve, og satt ikke minst et stort krav til fungerende digital infrastruktur. I dagens digitale verden opplevdes dette som lite problematisk og gjennomføringen av intervjuene gikk over all forventning. Stort sett fungerte det tekniske utmerket, sett bort ifra noen utfordringer med internetttilgang og lyd.

7.3 FREMTIDIG FORSKNING

Det hadde vært interessant å gjennomføre like intervjuer med foreldre i andre rurale områder enn Frøya. Frøya er en kystkommune med lavest mulig score på SSBs sentralitetsscore, men har til gjengjeld befolkningsvekst og generelt god økonomi. Dette gjør Frøya til en utradisjonell rural kystkommune. I tillegg hadde det vært svært interessant å intervju foreldre bosatt i urbane områder og deretter sammenligne disse mot foreldre bosatt ruralt. Slike studier kan i fremtiden gi oss et enda mer nyansert bilde av problematikken.

Kapittel 8 KONKLUSJON

I studien belyses foreldres erfaringer knyttet til barnas oppvekst i rurale områder, og hvordan det å vokse opp i områder med lav grad av sentralisering kan påvirke utviklingen av overvekt og fedme. De viktigste funnene er kondensert og kategorisert under, og blir presentert i representative underkategorier.

TRANSPORT OG INFRASTRUKTUR

Store avstander gjør det utfordrende og resulterer i et bilbasert samfunn. Begrenset kollektivtilbud kan være med på å forsterke bilavhengigheten. Det er gjerne disse avstandene som også kan virke begrensende for deltagelse på aktiviteter på kveldstid. Studien konkluderer med at det er essensielt med god tilrettelegging i form av sikre skoleveier med for eksempel gang- og sykkelveier, fartsregulering, trygge overganger, god belysning og lignende for at det skal være lavere terskel for aktiv transport. Ved bevisst bruk av *Plan og bygningsloven* sammen med *Folkehelseloven* kan kommunen og fylkeskommunen sørge for bedre fysisk tilrettelegging og forebygging av uheldige helsemessige konsekvenser.

AKTIVITET

De fleste informantene uttrykker at de er fornøyde med tilbudet av organisert idrett, spesielt fremheves nye arenaer. Samtidig oppgir flere at barna ikke er med på aktiviteter på grunn av den samlede tidsbruken og behov for transport. Flere benytter seg av ulike lokale muligheter for uorganisert fysisk aktivitet, som for eksempel tur i nærområdet og Frøyatrimmen. Dette viser viktigheten av å prioritere utvikling og tilrettelegging av lignende gode lavterskeltilbud i nærområdet. For å sikre gode aktivitetstilbud til voksne og barn som ikke nødvendigvis krever lang transport eller økt tidsbruk, sånn som for eksempel merka turløyper, akebakker eller lekeplasser.

KROPP OG HELSE

Kroppspress oppleves relativt likt sammenlignet med i urbane områder, mye grunnet sosiale medier og tilgjengeligheten dette gir. Det er påfallende flere foreldre som har barn med lav vekt som uttrykker at de har søkt hjelp på grunn av vekten, enn barn med høy vekt. Det kan tyde på økt terskel for å søke hjelp med overvekt og fedme, men kan også være en følge av at foreldrene ikke oppfatter vekten til eget barn. Dette i seg selv er bekymringsverdig, men ikke overraskende. En kompetanseheving lokalt, og tilgjengelige spesialister i nærmiljøet kan redusere terskelen for å søke hjelp tidligere.

KULTUR

På den ene siden fremstår frøyværingene som nyskapende, mens på den andre siden som mer konvensjonelle. Kommunen er i en særstilling da stor arbeidsinnvandring er med å

prege samfunnet. De fleste av informantene oppga en generell interesse for mat og kosthold, gjerne med fokus på variert og næringsrik mat. Det var et generelt ønske om å bruke lokale eller gjerne selvhøstede råvarer. Paradoksalt uttrykker flere at andre i lokalmiljøet bruker ferdigprodukter, og har mindre begrensninger av søtsaker og skjermtid enn dem selv. I tillegg kan noe av matkulturen på Frøya ha negativ innvirkning på helsen. Fet tradisjonsmat, store kakebord, ultraprossesert mat og en generell skepsis mot lettprodukter kan bidra i negativ retning. Kulturforskjeller bør tas hensyn til i planleggingsfasen og iverksettingen av tiltak for å oppnå best mulig resultat. Økt kunnskap og forståelse for ulik kultur kan bidra til å utjevne både kultur- og helseforskjeller.

TILGJENGELIGE VARER OG TJENESTER

Når det gjelder tilgjengelighet til spesielt lokale råvarer og ferskvarer kommer det frem en divergens mellom de lokale og innflyttere. Sosialt nettverk og tilstrekkelig informasjon om lokalområdet virker vesentlig inn på opplevelsen av tilgjengeligheten av fersk- og lokalvarer. Enklere tilgang på lokale råvarer i form av god informasjon om lokale utsalgssteder, en ferskvardisk, en gjennomtenkt integreringsplan, kan legge til rette for en utjevning av forskjellene. Tilgangen på spesialisthelsetjenesten i lokalsamfunnet er begrenset, og det kan gi negativt utslag på folkehelsen. Lokal tilgang på spesialisthelsetjeneste kan være med å senke terskelen for å søke hjelp og sørge for tidlig intervensjon.

Studien indikerer at det generelt er et behov for økt kunnskap og forståelse om denne aktuelle tematikken. Tiltak som adresserer utfordringene med overvekt og fedme bør dermed være lokale og rettet direkte inn mot innbyggerne, og tilpasset de aktuelle rurale forholdene.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Folkehelseprofil 2021 Frøya. Folkehelseinstituttet; 2021.
2. Organization WH. Obesity and overweight who.no: World Health Organization; 2021 [updated 09.06.21. Available from: .
3. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *obesity reviews*. 2015;16(4):319-26.
4. Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity research*. 2003;11(3):452-6.
5. Heyerdahl N, Aamodt G, Nordhagen R, Hovengen R. Overvekt hos barn–hvilken betydning har bosted? 1080–3. 2012.
6. Collaboration NRF. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature*. 2019;569(7755):260.
7. Haakon Eduard Meyer mf. Overvekt og fedme i Norge fhi.no: Folkehelsinstituttet; 2017 [updated 04.10.17. Available from: .
8. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet. 2010.
9. Weihrauch-Blüher S, Schwarz P, Klusmann J-H. Childhood obesity: increased risk for cardiometabolic disease and cancer in adulthood. *Metabolism*. 2019;92:147-52.
10. Tevie J SF. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 24:497-502., editor2015.
11. Latzer Y, Stein D. A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of eating disorders*. 2013;1(1):1-13.
12. Meyer HE, Tverdal A. Development of body weight in the Norwegian population. *Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids*. 2005;73(1):3-7.
13. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity, Geneva, 3-5 June 1997. World Health Organization, Organization DoNDWH; 1998.
14. FHI. Overvekt og fedme i Noreg FHI2017 [Available from: .
15. helseinformatikk N. Overvekt og fedme, Definisjoner : norsk helseinformatikk; 2021 [updated 20.07.2021. Available from: .
16. Hjelmæsæth J. Fedme for indremedisineren [Available from: .
17. Williams G, Fruhbeck G. Obesity: science to practice: John Wiley & Sons; 2009.
18. Subar AF, Freedman LS, Tooze JA, Kirkpatrick SI, Boushey C, Neuhouser ML, et al. Addressing current criticism regarding the value of self-report dietary data. *The Journal of nutrition*. 2015;145(12):2639-45.
19. Livingstone MBE, Black AE. Markers of the Validity of Reported Energy Intake. *The Journal of Nutrition*. 2003;133(3):895S-920S.
20. Midthjell K, Lee CM, Langhammer A, Krokstad S, Holmen TL, Hveem K, et al. Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical obesity*. 2013;3(1-2):12-20.
21. Gill T. Introduction: an overview of the key drivers of obesity and their influence on diet. *Managing and Preventing Obesity, Behavioural Factors and Dietary Interventions*. Woodhead Publishing 2015.
22. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, Justice AE, Pers TH, Day FR, et al. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*. 2015;518(7538):197-206.
23. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*. 2011;378(9793):804-14.
24. Fonvig CE, Hamann SA, Nielsen TRH, Johansen MØ, Grønabæk HN, Mollerup PM, et al. Subjective evaluation of psychosocial well-being in children and youths with overweight or obesity: the impact of multidisciplinary obesity treatment. *Quality of Life Research*. 2017;26(12):3279-88.
25. Handeland M. Overvekt og fedme–mer enn vekt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2009.

26. Organization WH. Obesity and overweight [Available from: .
27. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2017;390(10113):2627-42.
28. Hovengen R, Biehl AM, Glavin K. Barns vekst i Norge 2008-2010-2012. Høyde, vekt og livvidde blant 3. klassinger. oda.oslomet.no; 2014. Report No.: 8280826319.
29. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015;385(9986):2510-20.
30. Grøholt E-K, Stigum H, Nordhagen R. Overweight and obesity among adolescents in Norway: cultural and socio-economic differences. *Journal of Public Health*. 2008;30(3):258-65.
31. Elstad JI. Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. S-o helsedirektoratet (Ed) Oslo. 2005.
32. Næss M, Holmen TL, Langaas M, Bjørngaard JH, Kvaløy K. Intergenerational transmission of overweight and obesity from parents to their adolescent offspring—the HUNT study. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166585.
33. Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, Villanueva R, Santos JM, Regidor E. Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review, 1990–2013. *BMC pediatrics*. 2015;15(1):1-15.
34. Biehl A, Hovengen R, Grøholt E-K, Hjelmæsæth J, Strand BH, Meyer HE. Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study. *BMC public health*. 2013;13(1):842.
35. Kristiansen H, Roelants M, Bjercknes R, Juliusson PB. Norwegian children and adolescents in blended families are at risk of larger one-year BMI increments. *Acta Paediatrica*. 2020;109(3):587-94.
36. Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990–2005. *Obesity*. 2008;16(2):275-84.
37. Petersen L, Schnohr P, Sørensen TIA. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. *International Journal of Obesity*. 2004;28(1):105-12.
38. Kushner RF, Ryan DH. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. *Jama*. 2014;312(9):943-52.
39. Pareek M, Schauer PR, Kaplan LM, Leiter LA, Rubino F, Bhatt DL. Metabolic surgery: weight loss, diabetes, and beyond. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(6):670-87.
40. Catenacci VA, Wyatt HR. The role of physical activity in producing and maintaining weight loss. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*. 2007;3(7):518-29.
41. Jakicic JM, Marcus BH, Gallagher KI, Napolitano M, Lang W. Effect of exercise duration and intensity on weight loss in overweight, sedentary women: a randomized trial. *Jama*. 2003;290(10):1323-30.
42. Ross R, Dagnone D, Jones PJ, Smith H, Paddags A, Hudson R, et al. Reduction in obesity and related comorbid conditions after diet-induced weight loss or exercise-induced weight loss in men: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*. 2000;133(2):92-103.
43. Danielsson P, Kowalski J, Ekblom Ö, Marcus C. Response of severely obese children and adolescents to behavioral treatment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2012;166(12):1103-8.
44. Danielsson P, Bohlin A, Bendito A, Svensson A, Klaesson S. Five-year outpatient programme that provided children with continuous behavioural obesity treatment enjoyed high success rate. *Acta paediatrica*. 2016;105(10):1181-90.
45. Kim J, Lim H. Nutritional management in childhood obesity. *Journal of obesity & metabolic syndrome*. 2019;28(4):225.

46. Psaltopoulou T, Tzanninis S, Ntanasis-Stathopoulos I, Panotopoulos G, Kostopoulou M, Tzanninis I-G, et al. Prevention and treatment of childhood and adolescent obesity: a systematic review of meta-analyses. *World Journal of Pediatrics*. 2019;15(4):350-81.
47. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*. 2005;6(1):67-85.
48. Benestad B, Lekhal S, Småstuen MC, Hertel JK, Halsteinli V, Ødegård RA, et al. Camp-based family treatment of childhood obesity: randomised controlled trial. *Archives of disease in childhood*. 2017;102(4):303-10.
49. Swift DL, Johannsen NM, Lavie CJ, Earnest CP, Church TS. The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. *Progress in cardiovascular diseases*. 2014;56(4):441-7.
50. King NA, Hopkins M, Caudwell P, Stubbs RJ, Blundell JE. Beneficial effects of exercise: shifting the focus from body weight to other markers of health. *British journal of sports medicine*. 2009;43(12):924-7.
51. Ferraro KF, Thorpe Jr RJ, Wilkinson JA. The life course of severe obesity: does childhood overweight matter? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2003;58(2):S110-S9.
52. Lindberg L, Danielsson P, Persson M, Marcus C, Hagman E. Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: A Swedish prospective cohort study. *PLoS medicine*. 2020;17(3):e1003078.
53. Elvsaa I-KØ, Juvet LK, Giske L, Fure B. Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme. 2016.
54. Aparicio E, Canals J, Arija V, De Henauw S, Michels N. The role of emotion regulation in childhood obesity: implications for prevention and treatment. *Nutrition research reviews*. 2016;29(1):17-29.
55. Epstein LH, Wing RR. Behavioral treatment of childhood obesity. *Psychological bulletin*. 1987;101(3):331.
56. Sabin MA, Ford A, Hunt L, Jamal R, Crowne EC, Shield JP. Which factors are associated with a successful outcome in a weight management programme for obese children? *Journal of evaluation in clinical practice*. 2007;13(3):364-8.
57. Davis L, Barnes AJ, Gross AC, Ryder JR, Schlafer RJ. Adverse childhood experiences and weight status among adolescents. *The Journal of pediatrics*. 2019;204:71-6. e1.
58. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 1998;14(4):245-58.
59. Sentralitetsindeksen [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2020. Available from: .
60. Ny sentralitetsindeks for kommunene [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2017. Available from: .
61. Næringslivets betydning for levende og bærekraftige lokalsamfunn [Internet]. Regjeringen. 2020 [cited 28.10.20]. Available from: .
62. moderiseringsdepartementet K-o. Meld. st. 5 (2019-2020) - Levende lokalsamfunn for fremtiden - distrikstmeldingen. In: moderiseringsdepartementet K-o, editor. : Regjeringen 2019.
63. Bruner MW, Lawson J, Pickett W, Boyce W, Janssen I. Rural Canadian adolescents are more likely to be obese compared with urban adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2008;3(4):205-11.
64. Heggem R, Zahl-Thanem A. Overweight and obesity among children in rural areas: The importance of culture. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2021:14034948211037877.
65. Malinowski B. Argonauts of the western Pacific: An account of native enterprise and adventure in the archipelagoes of Melanesian New Guinea [1922/1994]: Routledge; 2013.
66. Weihe H-jW. Pierre Bourdieu ww.sln.no: store norske leksikon; 2019 [Available from: .
67. Bourdieu P. Structures and the habitus1977.

68. Bourdieu P. *Distinction: A social critique of the judgement of taste*: Harvard university press; 1987.
69. Trøndelag Si. *Kommunebilde for Frøya kommune 2021*. 2021.
70. Ichijo A, Ranta R. *Food, national identity and nationalism: From everyday to global politics*: Springer; 2016.
71. Fischler C. *Food, self and identity*. *Social Science information*. 1988; *Anthropology of food*:275-92.
72. leksikon Sn. *Norsk mat og matkultur 2021* [Available from: .
73. Helsedirektoratet. *Hvordan tilpasse maten til matkultur i ulike land* 74. Parmenter K, Waller J, Wardle J. *Demographic variation in nutrition knowledge in England*. *Health Educ Res*. 2000;15(2):163-74.
75. leksikon Sn. *Norsk julemat : store norske leksikon*; 2020 [Available from: .
76. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. *Smart food policies for obesity prevention*. *Lancet*. 2015;385(9985):2410-21.
77. Blouin C, Chopra M, Van der Hoeven R. *Trade and social determinants of health*. *The lancet*. 2009;373(9662):502-7.
78. Skuland SE. *Healthy eating and barriers related to social class. The case of vegetable and fish consumption in Norway*. *Appetite*. 2015;92:217-26.
79. Elstad JI. *Social inequalities in health and their explanations: Oslo Metropolitan University-OsloMet: NOVA*; 2000.
80. Archer E, Pavea G, Lavie CJ. *The Inadmissibility of What We Eat in America and NHANES Dietary Data in Nutrition and Obesity Research and the Scientific Formulation of National Dietary Guidelines*. Rochester, MN :2015. p. 911-26.
81. Svartdal F. *Dunning-Kruger-effekten : Store norske leksikon*; 2020 [Available from: .
82. Dunning D. *The Dunning–Kruger effect: On being ignorant of one's own ignorance*. *Advances in experimental social psychology*. 44: Elsevier; 2011. p. 247-96.
83. Kruger J, Dunning D. *Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments*. *Journal of personality and social psychology*. 1999;77(6):1121.
84. Frøya kommune [Internet]. 2021. Available from: .
85. Frøya (kommune) [Internet]. 2021. Available from: .
86. fylkeskommune T. *Faktafredag - Gjennomsnittlig gjeld i 2018 : Jon Olav Sliper; 2018* [updated 07.01.2020. Available from: .
87. NRK. *Her bor de rikeste i Norge: NRK*; 2020 [updated 08.12.20. Available from: .
88. Folkehelseinstituttet. *Kommunehelsa statistikkbank FHI: Folkehelseinstituttet; 2020* [updated 19.05.21. Available from: .
89. Ungdata. *Ungdomselever i Frøya kommune* ungdatab.no; 2018.
90. Ungdatasenteret. *Ungdata, Frøya kommune*. ungdatab.no; 2021.
91. omsorgsdepartementet H-o. *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. *Kommunal- og moderniseringsdepartementet*; 2008.
93. *Sammen om aktive liv, handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029, (2020)*.
94. Helsedirektoratet. *Systematisk folkehelsearbeid 2020* [updated 11.06.20.
95. Kvale S, Brinkmann S. *Det Kvalitative Forskningsintervju*. 3 ed: Gyldendal akademisk; 2018.
96. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring: Universitetsforlaget*; 2017.
98. Lisa Brooke Hansen JBM, Anne Marte Wetting Johansen, Mari Mohn Paulsen, Lene Frost Andersen. *Ungdata 3. Folkehelseinstituttet*; 2015. Report No.: 3.
99. Helsedirektoratet. *Kostrådene, kap 1: Helsedirektoratet*; 2016 [updated 24.oktober 2016. Available from: .
100. *Integreringen i Frøya kommune* [Internet]. 2021. Available from: .
101. *Folkehelseloven, (2012)*.
102. Gjørund G, Tilset HD, Heggem GF. *Folkehelse-Fra plan til praksis: En kunnskapsoppsummering*. 2015.
103. (NEM) Dnfmoh. *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* [Available from: .

104. Steinar Kvale SB. Det kvalitative forskningsintervju. 3 ed: Gyldendal; 2018.
105. Andreas Tjernshaugen HH, Jan Fridthjof Bernt, Geir Sverre Braut. Koronavirus-pandemien 2020-2021 sml.no: Store medisinske leksikon; 2021 [Available from: .

VEDLEGG

VEDLEGG 1. FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

DYBDESTUDIE AV FOLKEHELVEN I ET RURALT LOKALSAMFUNN

Dette er et spørsmål til deg og din familie om å delta i et forskningsprosjekt som har til formål å få ny innsikt i faktorer som påvirker folkehelsen på bygda. Vi har tidligere sendt deg en forespørsel om å delta, men på grunn av Korona-pandemien måtte vi utsette studien. Når starter vi igjen og ønsker å spørre deg på nytt om dere vil bidra i denne viktige forskningen.

Dybdestudien vi spør om du vil delta i er en del av et større forskningsprosjekt 'Kommunetilpasset forebygging og behandling – overvekt og fedme blant bygdebarn' (KOMPASS). Forskning viser at oppvekst på bygda i seg selv er en faktor for å utvikle overvekt og fedme, men man vet lite om hva det er ved bygda som utgjør risikoen. Basert på intervjuer skal vi i denne delen av studien undersøke hvordan og i hvor stor grad kulturelle praksiser og fysisk bosted spiller inn på sosial ulikhet i helse når det gjelder overvekt og fedme på bygda.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER AV DELTAKELSE

Denne studien vil bidra til kartlegging av viktige faktorer som kan påvirke helsa til innbyggere som bor i bygdestrøk. Dette gjør at din kommune og andre rurale kommuner kan iverksette kunnskapsbaserte tiltak for å bedre befolkningens folkehelse og forebygge en negativ vektutvikling i befolkningen. På individnivå kan denne studien bidra til bedre forståelse og behandling for barn som sliter med overvekt og fedme. Det er ingen fysiske risikoer ved å delta i prosjektet. En mulig belastning kan være at man får et økt fokus på egen kropp og vekt som kan oppleves negativt for noen.

HVA INNEBÆRER DELTAKELSE?

Deltagelse i prosjektet innebærer at en forsker fra St. Olavs HF og en fra NTNU vil gjennomføre et intervju med foreldre. Det er ønskelig å intervjuer mor og far separat. Grunnen til det er at vi også er interessert i kjønns spesifikke forskjeller i matpraksiser eller tanker om kosthold og fysisk aktivitet. Intervjuet vil ha fokus på spørsmål om de fysiske omgivelsene der dere bor, fellesskapsfølelse, fritid, fysisk aktivitet og kosthold, og spørsmål om dine tanker om kroppspress, livsstil og tilgang til helsehjelp der du bor.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg om kjønn, alder, inntekt, arbeidsstatus, utdanning, sosiale forhold som familiestatus, bosted/type bolig, hvor lenge dere har bodd der dere bor, familiesammensetning og antall barn/søsken.

På grunn av Korona-situasjonen får vi ikke til å gjennomføre fysiske intervjuer, og ønsker derfor å gjennomføre intervjuer via zoom. Zoom er et videotelefoniprogram som er enkelt og sikkert å bruke. Du trenger ikke å installere noen Software eller app på din computer eller på telefonen din. Du kan bare trykke på en link som vi sender til deg via epost. Intervjuet vil foregå et tidspunkt som passer godt for deg/dere.

Det vil bli tatt lydopptak av intervjuer. Lydopptakene skal bare være tilgjengelige for forskerne i prosjektet og ikke deles med noen andre.

HVA MÅ DU GJØRE Å DELTA?

Hvis du ønsker å delta i dybdestudien må du fylle inn vedlagte samtykkeerklæring og sende den til Forsker Tanja Plasil, St. Olavs Hospital HF, Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, Postboks 3250, Torgarden, 7006 Trondheim. Frankert konvolutt på ført nevnte adresse er allerede vedlagt. Forsker Tanja Plasil vil deretter ringe

deg for å avtale en tidspunkt for intervju. Etterpå sende hun zoom-linken til deg. Den dagen du skal ha intervju så trykker du bare på linken i eposten som kobler deg til intervjuet. Det er viktig å sette lyd på PC'en. Det er også best om du slår på kameraet, men det er ingen forpliktelse å gjennomføre intervju med video.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg kan du kontakte studiesykepleier Hege Tevik Bjørø, mobil 408 73 424, e-post Hege.Tevik.Bjoru@stolav.no. Hvis du har spørsmål til prosjektet kan du kontakte forsker Tanja Plasil, e-post tanja.plasil@stolav.no.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har rett til å få utlevert en kopi av personopplysningene som registreres, og du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsdato eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forskerne Tanja Plasil (St Olav) og Line Merethe Oldervoll (NTNU) som har tilgang til denne listen.

Helse Midt-Norge IT er databehandler i prosjektet. Opplysningene om deg vil bli oppbevart i inntil 5 år av dokumentasjonshensyn og etter vilkår fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Prosjektsslutt er juni 2021.

FORSIKRING

Forsikring anses unødvendig. Det vil derfor ikke tegnes noen ansvarsforsikring for deltakere i denne studien.

ØKONOMI

Familier som deltar vil motta et gavekort på en aktivitet i ditt nærområde.

GODKJENNING

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

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med forsker Tanja Plasil, mobil 47150940, e-post tanja.plasil@stolav.no. Tanja Plasil jobber som forsker i prosjektet og er tilknyttet St. Olavs hospital HF.

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

VEDLEGG 2. INFORMASJON DELTAGELSE INTERVJU FRØYA, NORSK VERSJON.

Vil du delta i en studie om folkehelsen på Frøya?

Bor du på Frøya og har barn i barnehage- eller skolealder? Da kan du hjelpe oss ved å delta i et intervju om mat-tradisjoner, sport/idrett/aktivitet, infrastruktur og offentlige helsetjenester.

Hva handler studien om?

I denne studien samarbeider St. Olavs Hospital, NTNU og Frøya kommune for å finne ut mer om mat-tradisjoner, fysisk aktivitetsvaner, infrastruktur og tilgjengelighet av offentlige helsetjenester.

Denne studien er en del av en større studie kalt KOMPASS (Kommunetilpasset forebygging og behandling - overvekt og fedme blant bygdebarn). Barn i rurale strøk har større risiko for å utvikle overvekt og fedme, noe som kan forårsake helseproblemer senere i livet. Derfor er det viktig å lære mer om årsakene til dette slik at man kan iverksette forebyggende tiltak i lokalsamfunnet.

Hvordan kan du bidra?

For å finne ut mer om folkehelsen på Frøya ber vi deg om å delta i et digitalt intervju (via Zoom eller Skype) hvor du skal svare på noen spørsmål om mat- og fysisk aktivitetsvaner, om erfaringer med offentlige helsetjenester og dine tanker om infrastrukturen på Frøya. Intervjuet vil ta omtrent 1 til 1,5 time og kan gjennomføres på norsk, engelsk, spansk, eller tysk (eller om nødvendig med en tolk).

Hva skjer med dataene?

Dataene vil gi oss verdifull informasjon og vil være med å belyse en viktig samfunnsutfordring.

Deltagelsen er frivillig. Du vil bli bedt om å signere samtykkeerklæring. Du kan når som helst før resultater er inngått i vitenskapelig analyse trekke ditt samtykke uten å oppgi en grunn. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, men alle data blir anonymisert og er kun tilgjengelig for forskerne i prosjektet. Dataene blir oppbevart av Helse Midt-Norge IT i maksimalt fem år. Du har rett til innsikt i dine data.

Hvordan deltar du i studien?

Hvis du ønsker å delta ta kontakt med Stina Fjærli Hammernes, Tel: 72 46 33 30, StinaFjaerli.Hammernes@froya.kommune.no, på helsestasjonen eller ta direkte kontakt med forsker Tanja Plasil, Tanja.plasil@stolav.no på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital. Da vil du bli kontaktet for å avtale et tidspunkt for intervju. Samtykkeerklæringen kan du sende per post, gi muntlig samtykke tidens intervju, eller du kan signere den på helsestasjon, Sørveien 17B, 7260 Sistranda. Intervjuet blir gjennomført via Zoom eller Skype, og du vil motta en lenke og all nødvendig informasjon før intervjuet.

Tusen takk for at du ønsker å bidra i denne viktige forskningen!

For mer informasjon ta kontakt med Tanja Plasil, Tanja.plasil@stolav.no.

Would you like to participate in a study about public health in a rural society?

If you are living in Frøya and have children in kindergarten or school age, you might want to help us by participating in an interview about food traditions, sport, infrastructure and public health services.

What is the study about?

In this study St Olav Hospital Trondheim, NTNU and Frøya Kommune are co-operating to find out more about food traditions, physical activity, infrastructure and accessibility of public health services in Frøya. This study is part of a larger study called KOMPASS (Prevention and treatment of overweight and obesity among children living in rural communities). Children in rural areas are at a greater risk to develop overweight and obesity, which can cause health problems in later life. Therefore, it is important to learn more about the causes for this so that locally adapted measures can be set in place.

How can you help?

To find out more about public health in Frøya we ask you to participate in a digital interview (via Zoom or Skype) and to answer some questions about your food habits and physical activity, and about your experiences with the public health services and your thoughts about the infrastructure and possibilities in Frøya. The interview will take about 1 to 1,5 hours and can be done in English, Norwegian, Spanish, Dutch, German or if necessary with a translator.

What happens with the data?

We will tape the interview but all data will be anonymized and are only accessible to the researchers. These data will be kept by Helse Midt-Norge

IT for a maximum of five years. You have the right to get insight in the data you have delivered.

Your participation is voluntary. You will be asked to sign a letter of consent. You can retract this consent at any time (before publication) without having to give a reason.

How to participate?

If you want to participate you can indicate this to Stina Fjærli Hammernes, Tel: 72 46 33 30, StinaFjaerli.Hammernes@froya.kommune.no at the helsestasjon or contact Tanja Plasil, St Olavs Hospital, tanja.plasil@stolav.no. You will then be contacted to agree on a time for the interview. The letter of consent can be sent by post, you can give your consent during the interview or you can sign the letter at the helsestasjon, Sørveien 17B, 7260 Sistranda. The interview will be held via Zoom or Skype and you will receive the necessary link and information before the interview.

Thank you very much for participating in this important research!

For more information contact Tanja Plasil, tanja.plasil@stolav.no.

VEDLEGG 4. SAMTYKKEERKLÆRING, NORSK VERSJON

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE OG MINE BARN UNDER 16 ÅR SINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg kan du kontakte forsker Tanja Plasil, e-post tanja.plasil@stolav.no.

Samtykkeerklæringen kan du sende per post, til Tanja Plasil, St. Olavs Hospital HF, Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, Postboks 3250, Torgarden, 7006 Trondheim. Du kan også gi muntlig samtykke i forbindelse med intervjuet, eller du kan signere den på helsestasjon, Sørveien 17B, 7260 Sistranda.

_____	_____
Sted og dato	Deltakers signatur
Navn med trykte bokstaver:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Mailadresse:	_____

Jeg (forsker) bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

-----	-----
Sted og dato	Forskers signatur

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har rett til å få utlevert en kopi av personopplysningene som registreres, og du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsdato eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forskerne Tanja Plasil (St Olav) og Line Merethe Oldervoll (NTNU) som har tilgang til denne listen. Helse Midt-Norge IT er databehandler i prosjektet. Opplysningene om deg vil bli oppbevart i inntil 5 år av dokumentasjonshensyn og etter vilkår fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Prosjektsslutt er juni 2021.

VEDLEGG 5. SAMTYKKEERKLÆRING, ENGELSK VERSJON

I AGREE TO PARTICIPATE IN THE PROJECT AND THAT MY AND MY CHILDREN UNDER THE AGE OF 16 THEIR PERSONAL INFORMATION ARE USED AS DESCRIBED

It is voluntary to participate in the project. You can withdraw your consent at any time and without giving any reason. If you withdraw from the project, you can demand that the collected information be deleted, unless the information has already been included in analyzes or used in scientific publications. If you later wish to withdraw, you can contact researcher Tanja Plasil, e-mail tanja.plasil@stolav.no.

You can send the declaration of consent by post, to Tanja Plasil, St. Olavs Hospital HF, Regional Center for Obesity Research and Innovation, PO Box 3250, Torgarden, 7006 Trondheim. You can also give oral consent during the interview, or you can sign this form at the health station, Sørveien 17B, 7260 Sistranda.

_____	_____
Place and date	Signature
Name in capital letters:	_____
Address:	_____
Phone number:	_____
Mailadresse:	_____

I, researcher, confirm that I have given the necessary information:

-----	-----
Date and place	Researcher's signature

The information registered about you will only be used for the purpose of the project. You have the right to access the information that is registered about you and the right to have any errors in the information corrected. You have the right to receive a copy of the personal data that is registered, and you also have the right to have be informed about the security measures when processing the data. All information will be used without name and date of birth or other directly recognizable information. Only a code links you to your information. Only researchers Tanja Plasil (St Olav) and Line Merethe Oldervoll (NTNU) have access to this code.

Helse Midt-Norge IT is the data processor in the project. The information about you will be stored for up to 5 years for documentation purposes and on terms from the Regional Committees for Medical and Health Research Ethics. Project end is June 2021.

VEDLEGG 6. INTERVJUGUIDE

INTERVJUGUIDE FORELDRE, versjon 3, januar 2021

Tema og bakgrunn

Denne semistrukturerte intervjuguiden er utarbeidet i forbindelse med arbeidspakke 3 i prosjektet KOMPASS, hvor en har mål om å få dybdeinnsikt i hvordan kulturelle praksiser og bosted kan spille inn på folkehelsen i rurale strøk.

- Kosthold/fysisk aktivitet
- Tanke og vaner bygd/by
- Tilgang til/bruk av helsetjeneste/tilbud

Form

Tanja Plasil og Line Oldervoll skal gjennomføre intervjuene.

Familier bor alle i Frøya. Familier blir kontaktet via brev først og ringt etterpå å avtale tidspoeng. 7 familier har meldt seg på (3 familier trakk seg tilbake allerede). Far og mor skal bli intervjuet separat.

På grunn av koronasituasjonen skal intervjuer være via zoom og informanter skal bli informert om dette i brevet. Brevet inneholder også et samtykkeskjema som alle informanter må underskrive og sende tilbake.

Et intervju vil vare i cirka 1-2 timer og skal bli en uformell samtale. Innledningsvis skal intervjuer gi informasjon om prosjektet KOMPASS og tema som skal undersøkes i intervjuet, og sjekke at intervjuobjektet har forstått informasjonsskrivet.

Intervjuer tar skriftlige notater samtidig med intervju og er ansvarlig for lydopptak med båndopptaker. Intervjuene transkriberes deretter til tekst av en masterstudent

Resultatene fra intervjustudien skal presenteres i en rapport og muligens i en vitenskapelig artikkel som oppsummerer hovedfunn fra KOMPASS-studien.

Intervjuet

Sosiale forhold

- Alder
- Hvor mange barn ha du?
- Er du gift, samboer, skilt?
- Utdanning og arbeid – hva driver du med?
- Fritidsinteresser

Fysiske omgivelser

- Hvor lenge bor du allerede i Frøya?
- Dersom du har bodd på Frøya lenge – på hvilken måte har Frøya forandret seg siden du var liten når det gjelder de fysiske omgivelsene?
- Jeg har aldri vært i Frøya? Fortell meg litt om Frøya – hvordan ser det ut? (Hvordan ville du ha beskrevet de fysiske omgivelsene der du bor? (Det vil si naturen, hvordan folk bor, infrastruktur/veier, offentlige bygg, husene folk bor i)

Identitet og fellesskapsfølelse

- Hva vil du si er forskjellen for deg å bo på bygda eller i byen – fordeler/ulempe
- Finnes det en egen "Frøya-kultur" og i så fall hva kjennetegner denne?
- Hvordan tror du en Trondhjemmer vil beskrive en som bor på Frøya?
- Hvordan tror du byfolk beskriver folk som bor på bygda generelt?

Fysisk aktivitet

- Jobber du i nærheten hvor du bor? Hvor lenge er det til jobb?
- Hvordan dra du til jobb/skole/venner? Bil, sykkel, går, buss?
- Hva er fysisk aktivitet for deg? Hva forbinder du med fysisk aktivitet?
- Hvilke fysiske aktiviteter driver du med? På jobb? I fritid?
- Hvilke fysiske aktiviteter holder ditt barn/dine barn på med? (både organisert og ikke-organisert fysisk aktivitet)
- Er det lett å være fysisk aktiv i Frøya? Har dere et godt tilbud for dette?
- Er det avhengig av hvor på Frøya folk bor? (Altså gjør de ulike aktiviteter dersom de bor mer sentrumsnært enn utenfor sentrum?)
- Vet du om hvilke organiserte tilbud for fysisk aktivitet som finnes for barn i området hvor dere bor?
- På hvilken måte er barna som bor her fysisk aktive som ikke har med organiserte aktiviteter å gjøre?
- Deltar barn og unge i gårdsarbeid, fiske eller liknende oppgaver i området der dere bor?
- Hvilke aktiviteter driver barn og unge med som ikke innebærer fysisk aktivitet?
- Tror du barn og unge som vokser opp der dere bor er mer fysisk aktive enn barn i byen?

Kosthold foreldrene

- Hvem lager generelt mat hos dere?
- Hvilken slags mat lager du?
- Hva er et typisk hverdagsrett?

- Hva er et typisk rett i helga?
- Er det forskjell på hverdager og helg i forhold til hva man spiser?
- Hva er vanlig å severe når dere får besøk?
- Hvordan mat serveres ved offentlige tilstelninger?
 - o Dugnader
 - o Konfirmasjon
 - o Dåp
 - o Andre «spesielle» dager
- Er det noe som anses som typisk «kosemat»?
- Hva er sunn mat for deg?
- Kjøper du mange ferdigretter eller lager du mat fra bunnen av?
- Foretrekke du «ekte» eller lett produkter? Lokale produkter?
- Er det en spesiell mattradisjon i Frøya? På hvilken måte er maten man spiser knyttet til «skikk og bruk»?
 - Hva tenker du er forskjellen mellom mat/kosthold i by og bygda?
 - Hva er typisk by-mat/kosthold for deg?
 - Tenker du at du har samme tilgang til (sunn) mat som i byen? (avstand til butikk, utvalg)
 - Hvordan er utvalg i matbutikkene?
 - Er det lett og kjøper ferske produkter? Lokale produkter? Vegetariske produkter?

Kosthold barn

- Hva er favorittrett av barnet ditt/barn dine?
- Er barnet/barna dine med å bestemme hva som skal spises til ulike måltider?
- Hjelper barn noen ganger å lage mat?
- Er det matpakke på skole/barnehage?
- Matpakke – hva finnes i barnets matpakke? Er barnet/barna med å bestemme dette?
- Har ideer om kosthold for barn endret seg siden du var liten?
- For eksempel – hvis barna dine er på besøk hos besteforeldrene spiser de der, og i så fall hva?

Kroppspress og livsstil

- Har du noen tanker om at kroppsformen til befolkningen i Norge har endret seg? Hvorfor tror du det har vært en slik endring?
 - Hvordan kroppsform har et frisk, sunt barn?
 - Tror du det er mest kroppspress på bygda eller i byen blant barn og unge?
 - Føler du at det er mye kroppspress blant barn og unge på Frøya?

- Hva tenker du om slankekurer?
- Hva legger du i begrepet «en sunn livsstil»?
- Hva legger du i begrepet livsstilsendring?
- Hva tenker du er forskjellen mellom livsstilen i by versus bygda?

Folkehelsen og tilgang til helsehjelp

- Hvis du har spørsmål om kosthold, helse relatert til livstil/ernæring hvem spør om dette eller hvor innhenter du informasjon?
- Har dere god tilgang til helsesykepleier (helsesøster), fastlege og spesialisthelsetjenesten (sykehuset)?
- Kjenner du om kostholds kampanjer eller kampanjer for fysisk aktivitet fra helsemyndighetene?
- Føler du at du får noe ut av slike kampanjer, hva tenker du er fornuftig å ta til seg?
- Har du hatt eller har du barn som får helsehjelp på grunn av overvekt, eller har du valgt å ikke ta imot behandling?
- Hvorfor valgte du å ikke ta imot behandling?
- Føler du at bygda blir sett og hørt i generell helsepolitikk?
- Har du noen andre innspill til utfordringer du mener det finnes på der dere bor når det gjelder kosthold og muligheter for fysisk aktivitet og som vi ikke allerede har pratet om?
- Har du selv noen forslag til tiltak som kan bedre folkehelsen til barn og unge og voksne som bor på Frøya?

