

Anna Spjelkavik

# Utforming og bruk av skolehelsetjenesten for familier med barn og ungdom i 3. og 8. trinn med overvekt/fedme i Trondheim.

Masteroppgave i Klinisk helsevitenskap

Veileder: Rønnaug Astri Ødegård

Medveileder: Betty Johanne Pettersen

August 2022



Anna Spjelkavik

# **Utforming og bruk av skolehelsetjenesten for familier med barn og ungdom i 3. og 8. trinn med overvekt/fedme i Trondheim.**

Masteroppgave i Klinisk helsevitenskap  
Veileder: Rønnaug Astri Ødegård  
Medveileder: Betty Johanne Pettersen  
August 2022

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



Kunnskap for en bedre verden



## **Sammendrag**

Andelen barn og unge som lever med overvekt eller fedme i verden og i Norge øker. I tråd med nasjonale retningslinjer gjennomføres vekt- og måling av barn i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Gjennom skolehelsetjenesten, spesielt hos helsesykepleiere, kan barn, ungdom og deres foreldre få oppfølging ved avvikende utvikling i vekt/høyde.

## **Problemstilling**

Hva innebærer veiledningen skolehelsetjenesten tilbyr barn/unge med overvekt/fedme, og hvor stor andel barn/ungdommer og med overvekt/fedme mottar veiledning fra skolehelsetjenesten i Trondheim kommune?

## **Metode**

Kvantitativ forskning med to substudier. Substudie 1 er et spørreskjema om innholdet i oppfølgingstilbudet ved overvekt/fedme sendt ut til alle helsesykepleiere. Substudie 2 er deskriptiv og beskriver forekomst av overvekt og fedme samt andel som mottar til oppfølging i 3. og 8. trinn for årene 2016-2021 Trondheim kommune.

## **Resultater**

Det er flere av foreldrene/foresatte og barn på 3. trinn som mottar oppfølging av overvekt og fedme enn det er hos ungdommene med overvekt/fedme på 8. trinn. Ved begge skoletrinn er det en større andel barn/unge med fedme som mottar oppfølging enn barn/unge med overvekt. Oppfølgingen er ikke standardisert. Helsesykepleiere mener de samarbeider godt med flertallet av sine samarbeidspartnere, men samarbeidet med andre i kun halvparten av elevenes oppfølging. Samarbeid med fastlege fungerer mindre godt. Et godt samarbeid med foreldre/foresatte sees på som viktig for at effekten av oppfølgingen skal bli best mulig.

## **Konklusjon**

Det er en noe større andel barn med overvekt/fedme i 3. klasse som mottar oppfølging i skolehelsetjenesten enn ungdom i 8. trinn. Flertallet barn/unge med fedme mottar oppfølging. Ifølge helsesykepleiernes oppfatning er både foreldre/foresatte og barn/unge fornøyde med oppfølgingen i noen grad, men foreldrene er mer fornøyde enn barna/ungdommene.

**Nøkkelord:** skolehelsetjenesten, overvekt, fedme, barn, ungdom, helsesykepleier.

## **Abstract**

The number of children and adolescents living with overweight or obesity in the world and Norway is increasing. Weight- and height-measurements of children, and guidance related to deviation from the growth curve, is carried out by the school health services. Through the school health services, and more specifically by public school health nurses, the children and adolescents with overweight or obesity can receive this guidance.

## **Research question**

What does the guidance provided for children/adolescents with overweight/obesity by the school health service contain, and how many children/adolescents with overweight/obesity receive guidance from the school health service in Trondheim kommune.

## **Method**

Quantitative research with two sub-studies. In the first sub-study a survey about the guidance of children/adolescents with overweight/obesity was sent to all school nurses. The second sub-study describes the prevalence of children/adolescents with overweight/obesity, and the number that receive guidance in the 3rd and 8th grade during 2016-2021 in Trondheim kommune.

## **Results**

There are more parents of overweight/obese 3rd grade children who receive guidance than the overweight adolescents in 8th grade. More children/adolescents with obesity receive guidance. The guidance is not standardised. The school health nurses feel they cooperate well with their collaborating partners, but only cooperate with others in half of the students' cases. The cooperation with the GP is less successful. A good cooperation with the parents is seen as important in order to receive the best effect of the guidance.

## **Conclusion**

There is a larger number of children with overweight/obesity in the 3rd grade who receive guidance than adolescents in 8th grade. According to the school nurses both the parents of the children and the children/youths themselves are content with the guidance to some degree, but the parents are more content than the children/adolescents.

**Keywords:** school health services, overweight, obesity, children, youth, school health nurse, public health nurse.

## **Forord**

Arbeidet med denne masteroppgaven har lært meg utrolig mye, og jeg er stolt over å ha gjennomført denne studien innenfor et så interessant og viktig tema.

Jeg vil si takk til mine to veiledere Rønnaug Astri Ødegård og Betty Johanne Pettersen for å ha bidratt med hjelp, støtte og ikke minst kunnskap i prosessen med denne masteroppgaven. Deres engasjement har vært utrolig god hjelp. Videre sender jeg en takk til helsesykepleiere i Trondheim kommune, både for den viktige jobben de gjør, og for at de deltok i denne studien. Jeg vil også takke Nina og Anders hos Trondheim kommune for all hjelp. Takk til NTNU for å ha gitt meg mange flotte år på universitetet og mye kunnskap om tema jeg brenner for, som jeg vil bære med meg videre inn i arbeidslivet. Til slutt vil jeg takke alle mine nærmeste rundt meg, for deres tålmodighet og for at dere alltid stiller opp når det trengs.

Anna Spjelkavik,

Trondheim, august 2022.



# Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Problemstilling og avgrensning av oppgaven	10
1.3 Oppgavens oppbygning	11
2. Skolehelsetjenesten og arbeid med overvekt/fedme	12
2.1 Helseyskepleiere	13
2.2 Høyde- og vekt-målinger i skolen	14
2.3 Forebyggende arbeid	15
2.4 Oppfølging ved avvik i vekstkurve	18
2.5 Behandling av barn og unge med overvekt eller fedme	18
2.6 Tidligere forskning	19
3. Metode	22
3.1 Spørreskjema	22
3.2 Høyde- og vektmåling	24
3.3 Litteratursøk	24
3.4 Utvalg	24
3.5 Behandling av data og analysemetoder	25
3.6 Forskningsetikk	26
4. Resultat	28
4.1 I hvilken grad foreldre/foresatte ønsker oppfølging	28
4.2 Innholdet i oppfølgingen	29
4.3 Overvekt og fedme hos barn og unge i Trondheim	37
4.4 Andel som bruker tjenesten	37
5. Diskusjon	39
5.1 Hovedfunn	39
5.2 Metodediskusjon	43
6. Konklusjon	48

Referanseliste

Vedlegg

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Overvekt og fedme kan defineres som en unormal mengde fettvev i kroppen som påvirker helsen. Antall mennesker som lever med overvekt og fedme i verden i dag er nesten tredoblet siden 1975 (WHO, 2021). Dette gjelder ikke bare den voksne befolkningen, men også barn og unge. Mellom 2000 og 2016 økte andelen barn og unge med overvekt i verden fra 1 av 10 til 1 av 5 (Unicef, 2019). I 2016 levde 340 millioner barn og unge i alderen 5-19 år med overvekt eller fedme (WHO, 2021). I Norge er det registrert at 15-20 prosent av barn i alderen 8-15 år har overvekt eller fedme, samt 1 av 4 ungdommer i alderen 13-19 år (FHI, 2022a). I samsvar med dette viste resultatene fra helseundersøkelsen i Trøndelag (Ung-HUNT4) at andelen ungdommer i alderen 13-19 år med overvekt og fedme i Trøndelag ligger på 17 prosent hos gutter og 18 prosent hos jenter, og 7 prosent hadde fedme. Samlet hadde rundt 1 av 4 ungdommer i alderen 13-19 år overvekt eller fedme i Trøndelag (FHI, 2022a). Økningen hos barn har flatet ut, men andelen ungdommer med overvekt øker, og det er en høyere andel ungdommer som lever med overvekt eller fedme enn barn. Denne utviklingen fortsetter opp mot voksenalder, og det er flere ungdommer i videregående skole som lever med overvekt/fedme enn i ungdomsskolen (FHI, 2022a).

Slik vi lever i verden i dag er det flere som dør av komplikasjoner knyttet til overvekt og fedme enn det er mennesker som dør av årsaker knyttet til undervekt. Disse komplikasjonene inkluderer hjerte- og karsykdom, diabetes og andre kroniske sykdommer (WHO, 2021). I Norge fører disse komplikasjonene til ca. 2400 årlige dødsfall (FHI, 2022a). Overvekt og fedme kan forhindres og konsekvensene reverseres, i likhet med de sykdommene og helseplagene det fører med seg. Endring i kosthold og aktivitetsnivå er tiltak som kan utføres på individnivå (WHO, 2021).

Alle barn mellom 0-5 år skal tilbys oppfølging i helsestasjonene i form av helsestasjonsprogrammet, som omfatter 14 konsultasjoner inkludert et hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2022). Når barna blir eldre er det skolehelsetjenesten som tilbyr gratis hjelp. Tilbudet gis til alle elever ved barneskole, ungdomsskole og videregående skole, i alderen 6-20 år. Gjennom skolehelsetjenesten kan barn og ungdom få hjelp av blant annet helsepsykiatere, skoleleger og psykolog (Helsenorge, 2020). Vekt- og høydemåling av barn/unge, og oppfølging knyttet til avvik i vekstkurve er en sentral del av både helsestasjonen og skolehelsetjenestens arbeid (Helsedirektoratet, 2022).

I alderen 0-5 år utføres veiing og måling av barnet av helsesykepleier ved helsestasjonene under de faste konsultasjonene (ibid., 2022). Ved skolestart og på 3. og 8. skoletrinn utfører helsesykepleiere i skolehelsetjenesten høyde- og vekt-målinger av barn i Norge. Disse målingene hos helsestasjonene og i skolehelsetjenesten gir en god mulighet til å oppdage avvik i vekstkurver, slik at man kan iverksette forebyggende tiltak tidlig i samarbeid med barnet/ungdommens foreldre/foresatte (Craigie et al., 2011). Videre har skolen og skolehelsetjenesten mulighet til å undervise barn om riktig kosthold og daglig aktivitet, hvilket kan virke forebyggende (Da Silveira et al., 2013).

Skolehelsetjenesten skal tilby opplysning og undervisning i foreldremøter, og bistå i den grad skolen ønsker det. De barna og ungdommene som lever med overvekt eller fedme får tilbud om oppfølging fra skolehelsetjenesten, primært av helsesykepleier (Helsedirektoratet, 2022). Det er vesentlig at hele familien til barnet/ungdommen involveres i forebyggende tiltak og behandling av overvekt/fedme, da barnet ikke kan ta ansvar for, eller gjennomføre livsstilsendringer på egenhånd. Samarbeid med frisklivssentraler kan også være nyttig (Helsedirektoratet, 2019a).

Til tross for at avvik i vekstkurven hos barn kan oppdages i et tidlig stadium, samt at overvekt og fedme kan reverseres ved livsstilsendringer, er det fremdeles en stor andel barn og unge som lever med overvekt og fedme i dag. I denne masteroppgaven vil utformingen av oppfølgingen helsesykepleiere tilbyr barn/unge med overvekt/fedme og deres familier/foresatte kartlegges. I hvilken grad familier takker ja og mottar oppfølging vil også undersøkes.

### **1.1.1 Kroppsmasseindeks (KMI)**

For å definere overvekt og fedme brukes oftest kroppsmasseindeks (KMI) og midjemål som verktøy. KMI er beregnet som kroppsvekt dividert med kvadratet av høyden, og er det målet som man oftest bruker for å beskrive vektforhold i en befolkning. Overvekt for voksne er definert som KMI mellom 25 og 30 kg/m<sup>2</sup>, og fedme er definert som KMI på 30 kg/m<sup>2</sup> eller over. KMI beregnes på samme måte hos voksne og barn, men vurderingen av indeksen er forskjellig. Hos barn bruker man kjønns- og aldersjusterte KMI-grenser, kalt iso-KMI (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Grenseverdien hos barn er iso-KMI over 25 kg/m<sup>2</sup> for overvekt, og iso-KMI over 30 kg/m<sup>2</sup> for fedme (Helsedirektoratet, 2010, s. 15). KMI-en hos

barn øker i første leveår, synker så frem til 5-7-årsalderen, og r stiger deretter gradvis opp til voksne verdier ved 18 års alder. Det tidspunktet KMI-en begynner å stige kalles fedmevendepunktet (adiposity rebound). Om et barn når fedmevendepunktet i tidlig alder kan dette medføre økt risiko for overvekt i voksen alder. Fedmevendepunkt kan derfor brukes som en indikator, og kan vise om det er behov for forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2019a). KMI kan noen ganger gi misvisende mål hos enkeltpersoner, men er svært utbredt både i klinisk bruk og i forskning. Der KMI gir misvisende tall kan en bruke midjemål for å avgjøre om en person har bukfedme. For voksne er midjemål over 88 centimeter hos kvinner, og over 102 centimeter hos menn definert som bukfedme (FHI, 2022a). Hos barn defineres bukfedme som livvidde delt på høyde. Om livvidden er mer enn halvparten av høyden defineres det som bukfedme (Maffeis, Benzato & Talamini, 2007).

### **1.1.2 Årsaker til overvekt og fedme**

Overvekt og fedme skyldes et samspill mellom biologiske, psykososiale- og miljømessige faktorer, og er et resultat av positiv energibalanse over tid. Det vil si at man spiser flere kalorier enn det kroppen forbrenner i løpet av en dag i en lengre periode. Et usunt kosthold og inaktivitet er de vanligste årsakene til overvekt hos barn (Helsedirektoratet, 2010, s. 21-23). Undersøkelser av kostholdet til norske barn i alderen 9-13 viste at halvparten spiser mer sukker enn anbefalt og 85 prosent spiser for mye mettet fett (Jalil & Skille, 2019). Selv om inntaket av sukker hos barn og unge har gått ned de siste årene, er inntaket fortsatt for høyt (FHI, 2022b). Økningen av markedsføring og salg av usunne matvarer og sukkerholdige drikker er sterkt assosiert med økningen av overvekt og fedme hos barn og unge (Unicef, 2019).

Vi lever i et samfunn som i stor grad eksponeres for mat, og som samtidig er tilrettelagt slik at man lett kan unngå fysisk aktivitet. Analyser viser at usunt kosthold og inaktivitet er to av de 10 største risikofaktorene og årsakene til sykdom og tidlig død i Norge (FHI, 2018).

Resultater fra forskning gjennomført i Norge viser at de barna som har en høyere KMI enn andre, bruker mer tid på stillesittende aktiviteter (Norum, 2008). I Norge i dag er barn generelt mindre aktive enn tidligere, og det er færre som er med på organisert idrett (Løge, 2018). Økt mengde fysisk aktivitet kan ikke reversere en overvekt eller fedme alene, men fordelene er likevel store. Mer fysisk aktivitet kan senke eller forhindre de metabolske komplikasjonene overvekt og fedme medfører, som for eksempel diabetes type 2, hjerte- og karsykdom og høyt blodtrykk. Fysisk aktivitet kan også forbedre beintettheten og ha en

positiv effekt på den psykiske helsen (Pradinuk, Chanoine & Goldman, 2011). Studier på fjerdeklassinger viser at kun 45 minutter daglig fysisk aktivitet med medium intensitet, i kombinasjon med et sunt kosthold, reduserer KMI-en hos barn med overvekt, samt fører til økt muskelmasse. Det er viktig å merke seg at resultatet kun gjaldt der fysisk aktivitet var kombinert med et sunt kosthold, en oppnådde ikke de samme resultatene ved kun økning av fysisk aktivitet (Dahle & Farbrot, 2021).

Barn som utvikler overvekt og fedme viser ofte tegn til dette i tidlig alder. Barn og ungdom som har foreldre eller søsken med overvekt har større risiko for å utvikle overvekt (Helsedirektoratet, 2019a). Ulike tvillingstudier, familiestudier og adopsjonsstudier viser at KMI har en arvelig komponent, og at genene man arver har en betydning for kroppsvekten (Loos & Bouchard, 2003). En del barn vil på grunn av de genene de har arvet ha en større risiko for å utvikle overvekt og fedme. I de fleste tilfeller er det samspillet mellom genene og miljøet man lever i som fører til overvekt og fedme (Brandkvist et al., 2020), men det finnes også noen få tilfeller hvor genene spiller den største rollen (Friedmann, 2003).

Barn i dag sover i gjennomsnitt mindre enn før (Carter, Taylor, Williams, et al., 2011). Forskning viser at det er en sammenheng mellom lite søvn og overvekt og fedme hos barn. Unge barn med alvorlig fedme legger seg i gjennomsnitt senere enn normalvektige barn, og barn med fedme har flere søvnproblemer. Resultater fra enkelte studier viser videre at barn som legger seg senere bruker mer tid foran en skjerm og mindre tid til fysisk aktivitet (Skjåkødegård, et. al., 2020). FLAME-studien gjennomført i New Zealand viser at det er større risiko for at unge barn som ikke får nok søvn får en overvekt (Carter, Taylor, Williams, et al., 2011).

Andelen barn som lever med overvekt og fedme varierer etter landsdel og utdanningsnivå (Biehl, et al., 2013). Det som før hovedsakelig var et problem i rike land, er nå et større problem for land med lav inntekt (WHO, 2021). Sosiale ulikheter fører til ulikheter i helse, og studier viser en økning i sosial ulikhet i forhold til forekomst av overvekt og fedme. Både menn og kvinner med lavere utdanning rapporterer om dårligere livskvalitet, mindre fysisk aktivitet og et mindre sunt kosthold enn kvinner og menn med høyere utdanning (HUNT forskningscenter, s. 19-22). Barn og unge med overvekt eller fedme kommer vanligvis fra familier med lavere sosioøkonomisk status (Unicef, 2019). Dette gjelder også i Norge. Barnevekststudien ved Folkehelseinstituttet viser at overvekt og fedme hos barn og unge i

Norge fordeler seg ulikt. Det var store forskjeller mellom landsdelene, men også ulikheter mellom barn og unge fra små kommuner sammenlignet med barn og unge i større kommuner. Forekomsten av overvekt eller fedme var halvannen til dobbelt så høy blant barn og unge i de små kommunene sammenlignet med hos barn og unge i større kommuner (Biehl, et al., 2013). Studier viser at mennesker med høyere utdanning har et sunnere kosthold enn de med lav utdanning (Meltzer, 2021). Barnevekststudien viser at forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge var 30 prosent høyere blant de barna som hadde mødre med lav utdanning, sammenlignet med de barna som hadde mødre med høyere utdanning (Biehl, et al., 2013). Videre fant man at det er 50 prosent større andel med overvekt eller fedme blant de barna som har skilte foreldre, sammenlignet med barn og unge som har gifte foreldre (FHI, 2014).

### **1.1.3 Konsekvenser av overvekt og fedme**

1 av 3 barn i verden er feilernært, vokser dårligere og utvikler overvekt på grunn av dette (Unicef, 2019). Overvekt og fedme hos barn assosiert med luftveisproblemer ved søvn, astma, for tidlig fysiologisk modenhet og diabetes (Ievers-Landis & Redline, 2007 ; Oude, et al., 2009). Barn med fedme opplever også flere psykiske plager og mobbing, og har en økt risiko for drop-out fra videregående skole (De Ridder, Pape, Johnsen, et. al., 2013). Ifølge nyere studier har en stor andel ungdommer med overvekt eller fedme allerede utviklet høyt blodsukker eller høyt blodtrykk, hvilket er risikofaktorer for hjerte- og karsykdom (Dahle & Farbrot, 2021). Videre medfører fedme hos barn- og ungdom en økt risiko for å ha fedme senere i voksenlivet. Studier viser at det er fem ganger mer sannsynlig at barn og unge med fedme også har fedme i voksen alder, sammenlignet med normalvektige barn og unge. 55 prosent av barn med fedme har også fedme som voksne, og 80 prosent av ungdom med fedme vil fortsatt ha fedme når de blir voksne (Simmonds, Llewellyn, Owen & Woolacott, 2016).

Det å leve med overvekt eller fedme i lang tid medfører risiko for tilleggssykdom. Det øker risikoen for hjerte- og karsykdom, i hovedsak hjertesykdom og slag, i tillegg til diabetes type 2, slitasjegikt og noen former for kreft. Disse sykdommene kan forårsake tidlig død. Risikoen for sykdom og helseproblemer begynner å øke selv når en kun har en liten overvekt, og risikoen og problemene øker i takt med at overvekten blir større (WHO, 2013). Barn og unge med overvekt/fedme er mer inaktive enn normalvektige barn og unge, og kan i tillegg til fysiske plager oppleve psykiske plager som følge av overvekt/fedme (Dietz, 1998). Dette inkluderer blant annet sosiale vansker og atferdsvansker som angstlidelser, spiseforstyrrelser og depresjon. Studier viser at barn og unge med overvekt deltar mindre sosialt, har færre

venner og har større risiko for å bli utsatt for mobbing enn normalvektige barn og ungdom (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004). En studie gjennomført blant 10-11 åringer viste at når barn skulle velge hvem de ville ha som venn basert på ulike bilder, ble barn med overvekt rangert som minst attraktive sammenlignet med normalvektige barn (Latner & Stunkard, 2003). Videre har barn og unge med overvekt/fedme en større risiko for å droppe ut av skolen på videregående. Den mest alvorlige konsekvensen av overvekt/fedme hos barn/unge er risikoen for at overvekten/fedmen blir med inn i voksen alder, sammen med de tilhørende komplikasjonene. Dette har negativ effekt på helsen, men også på sosial deltagelse og diskriminering i arbeidslivet (Lundborg, Nystedt & Rooth, 2010).

## **1.2 Problemstilling og avgrensning av oppgaven**

Hovedtemaet i denne oppgaven er helsesykepleieres arbeid med barn og unge med overvekt/fedme i Trondheim kommune, hvordan tilbudet om oppfølging er utformet og hvordan helsesykepleiere arbeider med oppfølging av barn og unge vil undersøkes. Videre vil det undersøkes hvor mange barn og ungdom med overvekt og fedme som sammen med sine familier mottar oppfølging i skolehelsetjenesten. Problemstillingen i oppgaven er: *Hva innebærer veiledningen skolehelsetjenesten tilbyr barn/unge med overvekt/fedme, og hvor stor andel barn/ungdommer og med overvekt/fedme mottar veiledning fra skolehelsetjenesten i Trondheim kommune?* Det ble også satt opp en rekke forskningsspørsmål:

Av de familiene med barn/ungdom som har overvekt eller fedme som blir tilbudt oppfølging i skolehelsetjenesten, sier flertallet ja til veiledning? Er det flere familier med barn/ungdom som har fedme som mottar oppfølging enn det er familier med barn/ungdom med overvekt? Mottar de ulike familiene og barna/ungdommene ulik oppfølging, eller er det en standardisert veiledning som utføres av helsesykepleierne? Hvordan blir effekten av oppfølgingen påvirket av foreldrene/foresatte?

Det overordnede målet med oppgaven er å bidra til å forbedre oppfølgingen for barn og unge med overvekt og fedme i skolehelsetjenesten. Hvordan oppfølgingen familiene med barn og unge med overvekt eller fedme mottar er utformet vil kartlegges, samt hvor mange barn/unge som benytter seg av tilbudet. Målet er å få et bedre innblikk i hvordan helsesykepleiere arbeider med å følge opp barn og unge med overvekt/fedme og undersøke hva oppfølging i skolehelsetjenesten innebærer. Hvordan helsesykepleiere informerer foreldre/foresatte om barnets utvikling vil undersøkes, samt hvor ofte barnet/ungdommen eventuelt møter

helsesykepleieren under oppfølgingen. I tillegg vil det undersøkes hvem helsesykepleierne samarbeider med og hvilke verktøy de bruker, samt hvilke hindringer de møter i sitt arbeid.

Oppgaven er avgrenset til skolehelsetjenesten. Den fokuserer på hovedaktivitetene knyttet til forebygging av overvekt og fedme hos barn og unge i skolealder i form av gjennomføring og oppfølging av veiing og måling i henhold til nasjonale retningslinjer. Spørreskjema ble kun sendt ut til helsesykepleiere som arbeider ved skoler i Trondheim kommune. Dataene som inneholdt høyde- og vektmålinger inneholdt målinger utført ved 3. og 8. trinn på skoler i Trondheim kommune.

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

I innledningen (kapittel 1) er bakgrunnsinformasjon om overvekt og fedme beskrevet, samt problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensning av oppgaven. Videre følger et kapittel med utdypende informasjon om skolehelsetjenesten, helsesykepleiere og skolehelsetjenestens arbeid med barn og unge. I kapittel 3 gjøres det rede for de forskningsmetodiske valgene. Resultatene presenteres i kapittel 4 og drøftes i kapittel 5. Konklusjonen gies i det siste kapitlet.



## **2. Skolehelsetjenestens arbeid med barn/unge med overvekt/fedme**

Skolehelsetjenestens formål er å fremme fysisk og psykisk helse, og arbeide for å forebygge sykdommer og skader. Skolehelsetjenesten skal blant annet tilby helseopplysning, helseundersøkelser, veiledning og rådgivning med oppfølging og eventuell henvisning. Tjenesten skal samarbeide med skolen for å skape et godt fysisk og psykososialt miljø for elevene. Dette bør gjøres ved at skolehelsetjenesten deltar i skolens arbeid med å planlegge tiltak både på universelt og individuelt nivå. Skolehelsetjenesten skal jobbe sammen med skolen om blant annet undervisning, foreldremøter, psykososialt miljø, måltider, fysisk aktivitet, helsesamtaler, skolestartundersøkelsen og oppfølgende samtaler. Når det gjelder samarbeid med kommunale tjenester er det skolen som i følge retningslinjene har ansvar for å initiere samarbeid. Om en elev har fysiske eller psykiske vansker er det altså skolen som tar kontakt med kommunale tjenester, men skolehelsetjenesten vil også være en sentral del av samarbeidet. Skolehelsetjenesten skal skaffe oversikt over elevenes helse ved å utføre sine arbeidsoppgaver, som inkluderer høyde- og vektmålinger, ha kontakt med elevene og deres foreldre/foresatte, og ved å bruke tilgjengelige verktøy for å skaffe informasjon. Oversikten de får over elevenes helse skal brukes i arbeidet om å utvikle tiltak for å fremme helse og trivsel i skolen, samt sendes til kommunen for å bidra til kommunens oversikt over helsetilstand (Helsedirektoratet, 2019b). Helseesykepleierne utgjør den største andelen av ansatte i antall og har de mest definerte arbeidsoppgavene i skolehelsetjenesten, også i arbeidet knyttet til overvekt/fedme.

I Trondheim kommune er det etablert en samarbeidsavtale mellom skolehelsetjenesten og skolen (Trondheim kommune, 2017). Dette skal resultere i at skolen responderer på de helseutfordringene som presenteres, slik som høy forekomst av overvekt, og deretter tilpasse et helsefremmende miljø for elevene. Det er laget et forløp for forebygging, påvisning og oppfølging ved vekstavvik hos barn i barne- og ungdomsskolen. Målgruppen for forløpet er barn og unge i skolealder og deres foresatte. Friskliv og mestring, fastlegene og St. Olavs hospital er oppført som viktige samarbeidspartnere. Ifølge forløpet skal helseesykepleier i starten av oppfølgingen gjennomføre en kartleggingssamtale. Denne samtalen ligger til grunne for henvisning til fastlege og veiledning til livsstilsendring for hele familien. Ved mistanke om spiseforstyrrelser og ved fedme skal fastlege kontaktes etter avtale med foresatte. Videre i oppfølgingen skal det settes mål ut fra kartlagte utfordringer, samt ut fra barnet/ungdommens og foreldrene/foresattes behov og ønsker.

Kommunens koordinerende enhet er en viktig samarbeidspartner som skal arbeide både med helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Videre skal skolehelsetjenesten ha et samarbeid med kommunens folkehelsekoordinator, slik at både skolehelsetjenesten og helsestasjonene bidrar til kommunens oversikt over folkehelse (Helsedirektoratet, 2019b).

## **2.1 Helsesykepleiere**

Helsesykepleiere er sykepleiere med spesialisert videreutdanning i forebyggende og helsefremmende arbeid blant barn og unge. Helsesykepleiere har kunnskap om medisin (somatikk), psykologi og tilhørende helsetiltak, og kan være veiledere for barn og unge, samt deres foreldre. Helsesykepleiere arbeider i skolehelsetjenesten eller ved helsestasjoner for barn eller ungdom. Slik det er i dag jobber man mye selvstendig som helsesykepleier. Det er ofte ikke flere enn én helsesykepleier på en skole, og mange helsesykepleiere arbeider på mer enn ett sted (Lassemo & Melby, 2020, s. 29).

Det er ikke satt et minstekrav til hvor mange helsesykepleiere som bør utdannes hvert år. En anbefaling ble satt i 2010, basert på de oppgavene tjenesten hadde ansvar for den gang (Helsedirektoratet, 2021). I Norge mangler det over 2000 helsesykepleiere, og de siste årene har det vært vanskelig å rekruttere flere (Andersen, Laholt & Clancy, 2022). Regjeringen har etablert et nasjonalt system for å følge med på behovet for sykepleiere og helsesykepleiere (Helsedirektoratet, 2021).

Det nasjonale behovet er beregnet av Helsedirektoratet til å være 2257 årsverk i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016, s. 19-26). I Trøndelag ligger behovet av helsesykepleiere på rundt 475 årsverk, mens eksisterende antall årsverk er rundt 300. Det er viktig å understreke at dette er beregnende tall, som kan underestimere det faktiske behovet til fylket (Lassemo & Melby, 2020, s. 15-17). Det er svært ulik fordeling av helsesykepleieres årsverk i de ulike fylkene i Norge. På nasjonalt nivå er det rundt 23 årsverk per 10 000 innbygger i alderen 0-20 år, men på fylkesnivå varierer dette mellom 19 og 30 årsverk per innbygger i denne aldersgruppen. På grunn av dette har fylkene ulike forutsetninger. Folkerike fylker med de største byene har flest årsverk. Trøndelag ligger over det nasjonale nivået med 28 årsverk per 10 000 innbygger på 0-20 år (Helsedirektoratet, 2021).

Det har vært en jevn økning i antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten siden 2010, og i 2021 økte årsverket med 65 prosent. Dette er en større økning enn normalt, men

den er misvisende. I det korona-pandemien rammet landet satte flere kommuner inn midlertidig ansatt personell for å bistå med korona-vaksinering. Disse stillingene ble registrert som stillinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det ble registrert 6650 årsverk i 2021, men det faktiske tallet helsesykepleiere ikke inkludert de som arbeidet med oppgaver relatert til pandemien var 3100. Dette er allikevel en jevn økning siden 2010 på 59 prosent (Thonstad, Ekornrud & Stølan, 2022). I 2022 ble det bevilget 952,5 millioner kroner til å styrke helsefremmende og forebyggende tjenester for barn og unge. I tillegg til dette er 379,7 millioner kroner øremerkede midler til helsestasjonene og skolehelsetjenesten. De øremerkede midlene ble fordelt etter søknad (Regjeringen, 2022).

En undersøkelse utført av SINTEF viser at mange helsesykepleiere mener det er for få stillinger og for lite ressurser til å dekke arbeidsoppgavene. Oppgavene tildelt helsesykepleiere blir stadig flere og mer omfattende, og som et resultat må flere oppgaver nedprioriteres. Dette har ført til et stort arbeidspress i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som fører til at færre helsesykepleiere ønsker å arbeide der (Lassemo & Melby, 2020). Skolehelsetjenesten oppgaver inkluderer skolestartundersøkelse, undervisning om fysisk, psykisk og seksuell helse, veiing og måling og vaksinering. Yrkesgrupper i skolehelsetjenesten inkluderer helsesykepleiere og skolelege, samt fysioterapeut og psykolog i noen tilfeller (Helsedirektoratet, 2020).

## **2.2 Høyde- og vektmålinger i skolen**

Ifølge retningslinjene til helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør alle barn og unge få målt vekt og høyde ved skolestart, ved 3. trinn og ved 8. trinn. Medisinsk godkjente vekter skal brukes, og ved vurdering av vekt og høyde benytter man vekstkurver fra Vekststudien i Bergen som referanse (Helsedirektoratet, 2019a). Man måler høyde og vekt da det er enkle metoder, både for å innhente data og for å følge opp barnet. Denne metoden gjør det også mulig å fange opp avvik i vekst tidlig. Disse målingene kan danne grunnlag for planlegging og iverksetting av forebyggende tiltak i grunnskolen. Informasjon om årsaken til målingene, samt informasjon om selve utførelsen gis til foreldre og barn før undersøkelsene slik at de er forberedt også med tanke på potensiell oppfølging av denne. Disse regelmessige helseundersøkelsene med målinger gir ikke bare informasjon om barn og unges vekst, men også om deres helse og ernæringstilstand. Dataene kan brukes til å avdekke avvik innen vekst eller mistanke om eventuell sykdom som bør følges opp, og videre til å opprette personrettede tiltak. Videre kan dataene brukes til helseovervåkning, for å følge utviklingen og registrere

vekst blant alle barn i Norge over tid, som igjen gir et godt grunnlag for å utarbeide nasjonale forebyggende og målrettede tiltak. Det vil også gjøre det mulig å evaluere effekten av iverksatte tiltak.

Målinger ved skolestart foregår ved den såkalte Skolestartundersøkelsen i løpet av første skoleår. Den gjør det mulig å analysere utviklingen hos barn helt fra småbarnsalder. Disse dataene gir også viktige før-data for evaluering av tiltak iverksatt i barneskole og ungdomsskole. Målingene ved 3. trinn gir en vurdering av prepubertal status, og er også viktige for å kunne oppdage usunne levevaner koblet til vekstavvik. Målinger ved 8. trinn gjør det mulig å starte en samtale om puberteten, og hvordan dette påvirker kroppen. Videre vil det vise hvordan barns vekstutvikling har vært på barneskolen (Helsedirektoratet, 2019a).

### **2.3 Forebyggende arbeid**

Det er utfordrende å behandle en allerede etablert overvekt eller fedme hos barn, og det er enda vanskeligere i voksen alder. Fedme er krevende å behandle både for helsetjenesten og pasienten, og behandlingen har varierende resultat (Proietto, 2011). Forebyggende arbeid bør derfor prioriteres blant barn og unge (Trondheim kommune, 2021). Det har blitt utarbeidet nasjonale føringer for befolkningsrettede tiltak. Disse tiltakene inkluderer en handlingsplan for bedre kosthold, bedre miljø og bedre helse hos barn og unge. Tiltakene er samlet i fem ulike tiltaksområder, disse er: måltidsglede, gode og enkle valg, kommunikasjon og kunnskap, mat og ernæring i helse- og omsorgstjenesten, og forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7).

Det er laget en strategi for å redusere sosiale helseforskjeller i Norge, i den ble det bestemt at folkehelsearbeidet i tiden fremover skal rettes mot å løfte resten av befolkningen opp til det samme nivået som de med den beste helsen. Det er et sammensatt problem som krever en omfattende løsning. Barn og unges levekår og oppvekstmiljø påvirker utdanningsløp og arbeid senere i livet, hvilket påvirker hvilken helse man har i voksen alder. Hvilke ressurser man har i oppveksten; sunt kosthold og fysisk aktivitet har også en direkte betydning for helsen senere i livet. Helseforskjellene går hardest utover de gruppene med lav inntekt og kort utdanning, og disse gruppene må derfor prioriteres i det det settes inn tiltak. Tiltakene omfatter å skjerpe progressiv beskatning, sørge for levelig arbeidsinntekt for alle, heve barnetrygden, øke satser for økonomisk og sosial trygghet, og evaluere insentivpolitikk for å forhindre økende antall fattige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Ifølge loven har

spesielt kommunene ansvar for å iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak. For å nå barn og unge bør disse iverksettes ved helsestasjon, barnehage, skole og i nærmiljøet.

For barnet og ungdommen er familien den aller mest vesentlige ressursen. Det er viktig at foreldrene/foresatte kan lære og gi barnet det en trenger for en sunn oppvekst. Kunnskap om hva som er et godt kosthold og mulighet til fysisk aktivitet kan lettest læres i hjemmet. Ved helsestasjonene og i skolehelsetjenesten får foreldre/foresatte veiledning som kan øke deres forståelse av hva som er et sunt kosthold og god mengde fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010, s. 33).

Det er satt en nasjonal målsetning om at alle barn og unge skal ha muligheten til å kunne gå eller sykle trygt på skoleveien. Barnas transportplan skal gi barn gode muligheter til å være aktive og selvstendige trafikanter og ta hensyn til barn og unge når areal- og transport planlegges. En ramme på 500 millioner kroner er nå i 2022 prioritert til tiltak som bedrer barn og unges trafiksikkerhet, blant annet lokalt arbeid for å skape trygge skoleveier og nærmiljøer. Underveis i arbeidet har barn og unge selv fått komme med innspill (Samferdselsdepartementet, 2021). Videre er det satt i gang tiltak om økt satsning på fysisk aktivitet i skolen. Dette omhandler økt intensitet i kroppsøvingstimene, samt utvikling av skolens uteområder. Barn og unge bruker mye tid i skolegården både i skoletiden og gjennom skolefritidsordningen. Det er viktig at uteområdet og lekeapparatene har god kvalitet og muliggjør fysisk aktivitet, lek og spill. Det er viktig med varierte tilbud, slik at alle barn og unge kan finne noe de trives med som gjør at fysisk aktivitet oppfattes som gøy. Kommunen og fylkeskommunen har ansvaret for de fysiske omgivelsene (Helsedirektoratet, 2010, s. 34).

Nyere forskning viser at effekten fysisk aktivitet har i forebygging og behandling av overvekt og fedme er mindre enn tidligere antatt. Det at så mange av tiltakene for å forebygge overvekt og fedme i Norge i dag fokuserer nettopp på fysisk aktivitet kan derfor være problematisk. Når målet er å redusere overvekt er det endring i kosthold som er den vesentlige faktoren (Johns, Hartmann-Boyce, Jebb & Aveyard, 2014).

Skolehelsetjenesten skal, i følge retningslinjene, bidra i skolens undervisning dersom skolen ønsker det. Dette kan innebære både undervisning om temaer som allerede er i skolens læreplan, eller temaer som er knyttet til utfordringer som har oppstått blant elevene. Andre arbeidsmetoder er veiledning og rådgivning, helseundersøkelser og screening (Glavin og

Kvarme, 2003). Skolehelsetjenesten, og spesielt helsesykepleiere, har kompetanse og forventes ofte å undervise i temaer som søvn, kosthold, fysisk aktivitet, pubertet og seksuell helse, psykisk helse og kropp. Kunnskap og undervisning om sunt kosthold, aktivitet og trening og kroppens utvikling i puberteten er sentrale i arbeidet mot forebygging av overvekt og fedme. Undervisningen bør knyttes sammen med temaene man tar opp i Skolestartundersøkelsen og i helsesamtaler som utføres ved 8. trinn (Helsedirektoratet, 2019b).

Skolehelsetjenesten er sterkt anbefalt å hjelpe til med å utvikle gode rammer rundt måltidene på skolen, samt å bidra til mattilbudet. Norge har nasjonale faglige retningslinjer for mat og måltider i skolen, og skolehelsetjenesten bør sørge for at disse følges. Retningslinjene innebærer blant annet at elevene har nok måltider, god nok tid til å spise, en ordning som sikrer frukt eller grønnsaker og melk, tilgang til kaldt vann, og tilbud om sunne matvarer. Videre står det i retningslinjene at sukkerholdig drikke og snacks ikke bør tilbys. Helsesykepleiere bør informere om retningslinjene på foreldremøter og i klasserommene, samt snakke om kosthold i helsesamtaler (Helsedirektoratet, 2019b).

Skolehelsetjenesten er også anbefalt å bidra til kunnskap om helse og fysisk aktivitet. Skolehelsetjenesten bør arbeide for at det skal være en mulighet for barn og unge å være fysisk aktive på skolen, og på vei til og fra skolen. Temaet fysisk aktivitet og stillesitting bør tas opp både i undervisningen av elver og i foreldremøter. Skolehelsetjenesten bør støtte forslag som fører til en tryggere skolevei, og skolegårder med utstyr som gjør at fysisk aktivitet er mulig. Helsesykepleiere bør også sette seg inn i hvilke lokale tilbud som finnes, slik at man kan informere barn og foreldre/foresatte om disse (Helsedirektoratet, 2019b).

Ved 1. og 8. trinn bør alle barn og ungdommer få tilbud om en helsesamtale med helsesykepleier. Dette tilbys i forbindelse med Skolestartundersøkelsen på 1. trinn og høyde- og vektmåling på 8. trinn. I helsesamtalen ved 1. trinn skal foreldrene være med, men i 8. trinn skal ungdommen snakke med helsesykepleier alene. I helsesamtalen bør man snakke om blant annet søvnvaner, fysisk aktivitet, fritidsaktiviteter og kosthold. Helsesamtalen på 8. trinn bør fremme sunne helsevalg og omhandle temaer som søvn, kosthold, fysisk aktivitet og mestring. Foreldre skal informeres om helsesamtalene, samt veiing og måling. Før samtalene bør helsesykepleier være kjent med barnet/ungdommens journal. Samtalen bør vare i rundt 30 minutter og den skal være en dialog med barnet/ungdommen og foreldre om vaner og livsstil.

Helsesykepleier bør støtte opp under gode vaner, og gi råd for å bli kvitt uvaner. Om noe er spesielt utfordrende bør barnet/ungdommen og foreldre/foresatte få videre veiledning (Helsedirektoratet, 2019a).

#### **2.4 Oppfølging ved avvik i vekstkurve**

Samtidig som foreldre/foresatte får informasjon om at veiingen og målingen skal finne sted informeres de om at barn og ungdom med avvik i vekstkurve kommer til å få tilbud om oppfølging og veiledning. Overvekt og fedme er ofte et vanskelig tema å snakke om, og det er viktig at helsesøster er respektfull i samtalen (Helsedirektoratet, 2010, s. 39).

Skolehelsetjenesten skal ha rutiner som sikrer samarbeid med barn og ungdoms fastleger. Barnet/ungdommen og dens foreldre/foresatte må samtykke til slikt arbeid i slike tilfeller (Helsedirektoratet, 2019b).

I den første samtalen med familien og barnet/ungdommen bør fokuset være å kartlegge. Helsesykepleier bør undersøke hva familien trenger og ønsker hjelp med, i tillegg til hvilke tanker og følelser både familien og barnet/ungdommen har til barnet/ungdommens overvekt eller fedme. Videre bør det undersøkes hvilke erfaringer de har med vektutvikling, både hos seg selv og hos barnet/ungdommen. Det bør kartlegges om de har prøvd behandling tidligere, hvilke ressurser de har tilgjengelig og hva de trenger for å gjennomføre endringer i livsstil (Helsedirektoratet, 2010, s. 40).

Dersom målingene bekrefter at barnet/ungdommen har fedme skal flere faggrupper involveres, og det vil være nødvendig med mer utredning. De som bør involveres er barneverntjenesten, fastlege, fysioterapeut, kontaktlærer, kroppsøvingslærer, skolen, rektor, sosiallærer, ergoterapeut og klinisk ernæringsfysiolog (Helsedirektoratet, 2010, s. 51). Samtale og undersøkelse hos fastlegen anbefales sterkt når et barn/ungdom har fedme. Fastlegen bør utføre en medisinsk utredning og vurdere om man skal henvise saken til spesialisthelsetjenesten (Ibid., s. 52).

#### **2.5 Behandling av barn og unge med overvekt/fedme**

Det er ofte mer utfordrende å behandle overvekt eller fedme i voksen alder, og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge er derfor viktig (Steinsbekk, 2012). Barn med fedme i Norge behandles etter internasjonale retningslinjer, og behandlingen ved sykehus følger nasjonale retningslinjer (St. Olavs hospital, 2020). De internasjonale retningslinjene

omhandler tiltak som fokuserer på endring av kosthold, økt fysisk aktivitet, adferdsterapi og involvering av hele familien. Barn med fedme får behandling sammen med familien gjennom primærhelsetjenesten. Fastlegen henviser til behandling ved sykehus om det er nødvendig (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Behandling av fedme tar lang tid, og det krever stor innsats både fra barnet/ungdommen, familien, fastlege og skolehelsetjenesten. Fedme er klassifisert som en kronisk sykdom, og personen med fedme kan ofte trenge støtte resten av livet (Burki, 2021).

Barn har lettere for å endre levevaner og kosthold enn voksne (Steinsbekk, 2012). Målet med kostholdsendring er ikke bare å gå ned i vekt, men også å skape matvaner som gir en god utvikling og helse videre i livet. Studier viser at det er endring i kostholdet som er det mest effektive tiltaket i behandling av overvekt og fedme både hos barn og voksne (Steinsbekk, 2012). Barnet og familien mottar informasjon og opplæring i hva som er sunne matvarer, gode porsjonsstørrelser, måltidsvaner og usunne matvaner. Fokuset skal ikke kun ligge på det å spise mindre mengder mat, men også på å spise sunnere. Det anbefales at man inkluderer frukt og grønnsaker i alle måltider, spiser grovere brødvarer, velger magre meieri- og kjøttprodukter og slutter å drikke sukkerholdige drikker.

Å øke mengden fysisk aktivitet kan bidra til vekttap og reduserer helserisikoene forbundet med fedme (Jakicic & Davis, 2011). Fysisk aktivitet er slik en viktig del av behandlingen da det innen livsstilsendringer er et mål å redusere stillesitting for å opprettholde et vekttap, i tillegg til at det er positivt for å oppnå god helse (Steinsbekk, 2012). Det er viktig å høre på hva barnet sier og ønsker, da man må finne aktiviteter som barnet liker og som motiverer. Man bør sette realistiske mål, og fokusere på å øke fysisk aktivitet brukt i hverdagsaktiviteter fremfor trening. Enkle tiltak kan være å gå/sykle til skolen, redusere skjermtid og oppfordre til faste familieaktiviteter. For barn er det mange muligheter for å være sosial om man kan delta på aktiviteter, og det er derfor viktig og motiverende for barnet å være fysisk aktiv (Helsedirektoratet, 2010, s. 43-50).

## **2.6 Tidligere forskning**

### **2.6.1 Foreldres respons på tilbud om veiledning**

I en studie fra 2017 fant man at flertallet av foreldrene som deltok var uforberedte på å få beskjeden om at barnet deres hadde en overvekt eller fedme (Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). De følte at barnets vektøkning var en kritikk både av barnet selv, og av dem som



foreldre. Foreldrene følte at de hadde mislyktes, og det å ha et barn med overvekt opplevdes som skamfullt. De opplevde at det var deres ferdigheter som foreldre som ble kritisert når helsesykepleier påpekte barnets vekt. Opplevelsen av dette var enda sterkere om foreldrene selv hadde en overvekt. Foreldrene ønsket videre å beskytte barnet, og ville derfor ikke delta i veiledningssamtale eller aktivitetstilbud, da dette ville bety at barnet ville være assosiert med overvekt. De ville heller ikke la barnet snakke alene med helsesykepleier. Videre mener de fleste foreldre at det ikke ville være bra for barnet å ha for mye fokus på vekten, da de var bekymret for at barnet kunne få dårlig selvbilde og utvikle spiseforstyrrelser. De foreldrene som selv hadde en overvekt og som tidligere hadde forsøkt å gå ned i vekt uten å lykkes ønsket ikke at barna skulle gå igjennom det samme (ibid., 2017).

### **2.6.2 Helsesykepleieres samarbeid med foreldre**

Det finnes også tidligere studier som undersøker helsesykepleieres erfaringer og utfordringer i samarbeidet med foreldrene til barn med overvekt (Bergan, 2013). En kvalitativ studie av helsesykepleieres erfaringer knyttet til veiledning av foreldre ble gjennomført i 2013, hvor åtte helsesykepleiere med bred erfaring fra arbeid med barn med overvekt eller fedme ble intervjuet. Helsesykepleiere har faglige retningslinjer de forholder seg til, og som de bruker for å oppdage overvekt eller utvikling av overvekt hos barn. Retningslinjene inneholder også standardiserte vekstkurver og forklaringer på hvordan helsesykepleiere skal handle om det oppdages avvik. Flere helsesykepleiere synes disse retningslinjene gir en faglig trygghet i arbeidet. Møter med familier med barn med overvekt oppleves derimot som krevende av helsesykepleiere. En utfordring er at foreldrene selv ofte har utfordringer med overvekt, og at de ikke alltid oppfatter at sitt eget barn har overvekt. For å forklare barnets overvekt til foreldrene fant flere helsesykepleiere det nyttig å bruke visuelle hjelpemidler i form av en vekstkurve. I denne kurven blir det lett synlig hvor barnet ligger, om det er normalvektig eller har overvekt eller fedme. Ved å bruke denne kurven følte helsesykepleiere at de kunne stille seg nøytrale og objektive til barnets vekt, og bedre unngå en offensiv holdning fra barnets foreldre. Helsesykepleierne mente også det var svært viktig å gå forsiktig frem. Tiden mellom målingene utført i grunnskolen kan være en utfordring. At barna kun veies i 3. og 8. klasse fører til at det i perioden mellom klassetrinnene kan komme store endringer som ikke oppdages tidlig nok. Helsesykepleierne ønsket å oppdage utviklingen av overvekt tidlig, da dette ville gjøre det lettere for barnet å redusere vekten eller sørge for at vekten stabiliseres. De mente det er viktig at barnet aldri skal slankes, men heller vokse inn i kurven sin. Det å starte med å snakke om kosthold tidlig oppleves som viktig, samt det å gjøre det naturlig å

skulle snakke om vekt. Helseesykepleiere anså det som nødvendig å kartlegge motivasjonen både hos foreldre og barnet for at det skulle kunne gjøres endringer (Bergan, 2013).

### **2.6.3 Skolehelsetjenesten**

Forskning viser at en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste kan føre til økt bruk av tjenesten hos barn og unge. Dette gjelder spesielt barn og ungdom i grupper med lav sosioøkonomisk bakgrunn, eller de med psykososiale risikofaktorer. Undersøkelser av effekten av helsefremmende skoler og helsefremmende tiltak i skolen viser at tiltak for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet var mest effektive. Videre ble det konkludert med at sammensatte tiltak er de mest effektive. Tiltakene kan ha en positiv betydning både for helsen og atferden til barn og ungdom i skolen (Dahm, Landmark & Reinar, 2010).

Foreldrene er viktige når det gjelder å oppnå livsstilsendringer, som endring i kosthold og økt fysisk aktivitet. En studie av barn med fedme i alderen 2-18 år viser at familiebasert oppfølging reduserer vektoppgang hos barn og unge (Kelishadi, et al., 2012). Videre viser en randomisert kontrollert studie gjennomført i 2014-2018 blant barn i alderen 6-18 år at barn med familieorientert behandling i helsetjenesten hadde signifikant bedre resultater i vektnedgang enn barn med annen behandling (Skjåkødegård, et al., 2022). For at familiene skal oppnå livsstilsendringer er det nødvendig med nok kunnskap, samt en kartlegging av motivasjon og tilgjengelige ressurser. Her vil helseesykepleier kunne være en viktig støttespiller for familien og barnet. Det er viktig at foreldre og barn mottar informasjon om målinger på forhånd, og det finnes lite forskning som tyder på at veiing av barn er skadelig. Hvordan helseesykepleieren kommuniserer med foreldrene har stor betydning for oppfølgingen (Hardy, et al., 2019). Oppfølgingen etter målingene har som mål å legge til rette for en sunnere livsstil, samt å øke kunnskapen rundt overvekt hos foreldre og barn. Skolen vil være et godt sted å iverksette tiltak mot utvikling av overvekt og fedme, og skolene skal legge til rette for en sunn livsstil for alle (Helsedirektoratet, 2010, s. 34).

Det finnes få studier som undersøker hvordan oppfølgingen av barn og unge med overvekt og fedme gjennomføres i skolehelsetjenesten, og hvor mange barn/unge som mottar oppfølging eller behandling av overvekt eller fedme. Denne studien undersøker nettopp dette, samt hvor nyttig helseesykepleiere opplever at foreldre/foresatte og barn/unge synes oppfølgingen er.

### **3. Metode**

Det er valgt en kvantitativ tilnærming i denne masteroppgaven, med noen innslag av kvalitative data. Kvantitativ metode gir oss muligheten til å samle inn en stor mengde materiale, for så å se sammenhenger og tendenser i dataene. Ved å kartlegge størrelsen og detaljene rundt et fenomen, kan man vurdere hvorvidt resultatene kan gjelde for et større utvalg eller en populasjon. Kvantitativ forskning beskriver om noe finner sted, og om det er et mønster i dataene som er innsamlet. Kvalitativ forskning gir oss mer innblikk i hvorfor eller på hvilken måte noe skjer (Johannessen et al., 2015). Det finnes positive og negative sider ved både kvalitativ og kvantitativ metode. Ved å bruke kvalitativ metode får en gått mer i dybden, og slik får man et mer dekkende bilde av temaet man forsker på. Ulempen er at det ikke er noen fasitsvar, og det er vanskeligere å avgjøre om funnene er gyldige for flere enn intervjuobjektene. Ved kvantitativ metode samler man mindre informasjon om deltakerne. Funnene blir mer pålitelige jo større og mer tilfeldig utvalget er. Denne metoden egner seg godt til å sammenligne store mengder data, men en ulempe er at man ikke får vite noe om bakgrunnen for svarene til deltakerne (Grønmo, 2021., Grønmo, 2020). Arbeidet med denne oppgaven har en gitt en bedre innsikt i hvordan helsesykepleiere arbeider ved å benytte meg litt av kvalitativ metode i tillegg til kvantitativ. Bruk av både kvantitative og kvalitative data kalles metodetriangulering. Dette innebærer at man benytter ulike metoder for å belyse problemstillingen og studere fenomener fra ulike synsvinkler (Grønmo, 2004).

For å oppnå best mulig resultater ble det samlet inn data fra to ulike kilder, og datamaterialet er slik delt inn i to substudier: helsesykepleierstudien og oppfølgingsstudien. I helsesykepleierstudien ble det benyttet et spørreskjema for å samle inn data om helsesykepleierens erfaringer. I oppfølgingsstudien ble det benyttet datamateriale som inneholdt skolehelsetjenestens høyde- og vektmålinger av barn og unge i 3. og 8. klasse i Trondheim kommune fra årene 2016-2021, samt hvor mange som hadde avtalt oppfølging. Disse dataene ble brukt til å finne forekomst av overvekt/fedme blant barn/unge og hvor stor andel det var avtalt oppfølging for. Begge substudiene er deskriptive tverrsnittstudier, hvor målet var å beskrive hvilke mønstre og ulikheter som finnes i skolehelsetjenesten og klassetrinnene på et gitt tidspunkt.

#### **3.1 Spørreskjema**

Spørreskjemaet i helsesykepleierstudien ble utarbeidet i samarbeid med veileder, kommuneoverlege og avdelingsledere for skolehelsetjenesten i Trondheim, med innspill fra

en gruppe helsesykepleiere. Spørsmålene og formuleringene i spørreskjemaet ble justert for å unngå spørsmål og formuleringer som kunne lede til feilkilder og svekke reliabiliteten, samt å styrke validiteten til spørreskjemaet.

Variablene i spørreskjemaet som ble sendt ut er i hovedsak kvantitative. Dataene og resultatet presenteres i form av frekvenstabeller. For å undersøke nærmere hva helsesykepleierne opplever som positivt eller utfordrende i sitt arbeid ble det stilt noen spørsmål med rom for åpne svar. Her ble det altså hentet inn en del kvalitativ data. Bruk av både kvantitative og kvalitative data kalles metodetriangulering. Dette innebærer at man benytter ulike metoder for å belyse problemstillingen og studere fenomener fra ulike synsvinkler (Grønmo, 2004).

Trondheim kommune sendte ut spørreskjemaet via dataprogrammet Questback til alle helsesykepleiere i Trondheim kommune, til sammen 86 stk. Spørreundersøkelsen ble sendt ut den 23. mars og lukket den 1. mai. På grunn av få svar ble det etter noen uker sendt ut en purring. Det kom til sammen inn 28 svar. Dette tilsvarer en svarprosent på 33.

Spørreskjemaet omfattet flere ulike tema, se vedlegg 1. Helsesykepleiere jobber ofte på flere ulike trinn, og det ble stilt spørsmål slik at en kunne krysse av på flere ulike alternativer. Deretter fulgte spørsmål om hvem helsesykepleierne samarbeider med, hvordan foreldre informeres om bekymring knyttet til høyde- og vektutvikling og i hvilken grad barna/ungdommen og foreldre/foresatte ønsker oppfølging. Vi spurte også om hvilke verktøy helsesykepleiere bruker i oppfølgingen av barn og unge med overvekt/fedme, hvor mange konsultasjoner helsesykepleier har med foreldre/foresatte og/eller barnet/ungdommen under oppfølgingen, samt helsesykepleiernes oppfatning av nytte av oppfølgingen. Det var også inkludert spørsmål om eventuelle forskjeller mellom oppfølging ved overvekt og ved fedme.

Til slutt ble det stilt spørsmål om hva som er utfordrende og hva som fungerer bra i helsesykepleiernes arbeid med barn og unge med overvekt, og hvilke ressurser som eventuelt mangler. Det ble også spurt om hva som fungerte bra i helsesykepleiernes arbeid med familier som har barn/unge med overvekt/fedme og hvilke ressurser helsesykepleieren mener trengs for at arbeidet skal kunne bli bedre i fremtiden. For at åpne spørsmål skal kunne brukes i spørreskjema, må en passe på konteksten spørsmålet stilles i slik at en er sikker på at svarene er den kunnskapen en vil komme frem til. Det var tilstrekkelig plass til at helsesykepleierne fikk gi svar med sine egne ord (Malerud, 2017, s. 205).

### 3.2 Høyde- og vektmåling

Denne studien inkluderer et datasett med manuell logging utført av helsesykepleiere av høyde- og vektmålinger av barn og ungdom i Trondheim kommune, hvor det også var angitt om det var etablert avtale om oppfølging av barnet/ungdommen der det er overvekt eller fedme. Disse dataene er grunnlaget for substudie 2, oppfølgingsstudien.

### 3.3 Litteratursøk

For å finne tidligere studier omkring temaet ble det gjennomført et litteratursøk. Inklusjonskriteriene var forskningsartikler og studier som omhandlet barn og ungdom med overvekt eller fedme, skolehelsetjenesten eller helsesykepleiere og som var publisert i perioden 2007-2022. Se PICOT-skjema for norske søkeord og MeSH-ord.

Tabell 1. PICOT-skjema for litteratursøk.

	Norske søkeord	Engelske tekstord	MeSH-ord
<b>Problem</b>	Helsesykepleier Overvekt Fedme Skolehelsetjenesten	School nurse Overweight Obesity School health service	Nurses, public health Overweight Obesity School health service
<b>Intervensjon</b>	Oppfølging Behandling	Follow up Treatment	Duty to follow up Treatments
<b>Comparison</b>			
<b>Outcome</b>	Effekt Opplevelse	Effect Experience	
<b>Time/type</b>	Både kvalitative og kvantitative studier		

Søkene ble gjennomført i Pubmed og Cochrane Library. Søkene ble gjennomført mellom januar og august 2022. Videre har jeg søkt etter masteroppgaver som har studert tema omkring skolehelsetjenesten, overvekt og fedme hos barn, og fastlegers arbeid med overvekt og fedme. I tillegg har jeg brukt nettsidene til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

### 3.4 Utvalg

Populasjonen denne studien rekrutterte fra var alle barn i 3. og 8. klassetrinn over fem skoleår. Prosentandelen av de som inngikk i studien er angitt i tabell 2. Høyest antall registrerte barn ved 3. trinn kommer fra skoleårene 2017/18 og 2018/19. Henholdsvis 56 og 67 prosent av

målingene av elevene ved trinnene 3. og 8. trinn de gjeldende årene er registrert. Fra skoleåret 2019/20 er rundt en tredjedel av målingene registrert. Fra skoleårene 2016/17 og 2020/21 er kun 5 og 8 prosent av høyde- og vektmålingene på trinnet med i datasettet. Når det gjelder data innsamlet på 8. trinn er det mest fra skoleårene 2017/18, 2018/19 og 2019/20, hvor i gjennomsnitt 38 prosent av høyde- og vektmålingene av elevene er inkludert i dataen. I skoleåret 2019/20 er 16 prosent av målingene inkludert, og i 2020/21 ble ingen data fra 8. klassetrinn innrapportert.

Tabell 2. Andel av skoleelevers høyde- og vektmålinger som inngår i denne studien.

Skoleår	3. trinn			8. trinn		
	Andel elever	Totalt antall*	Prosentandel elever	Andel elever	Totalt antall	Prosentandel elever
2016/17	106	2137	5%	-	-	-
2017/18	1225	2195	56%	712	1859	38%
2018/19	1523	2260	67%	735	1889	39%
2019/20	737	2159	34%	688	1855	37%
2020/21	164	2138	8%	294	1883	16%

\*Antall elever hentet fra Utdanningsdirektoratets register (Udir, 2022).

Høyde- og vektmålinger av elever ved 3. og 8. trinn hos skoler i Trondheim kommune ble gjennomført av de ansatte helsesykepleierne i kommunen. Det ble tilsendt tall over totalt antall skoler og elever ved de ulike skoleårene fra Trondheim kommune. Det er 65 barne- og ungdomsskoler i Trondheim kommune, og 59 av disse sendte inn tall fra høyde- og vektmålingene. Dette tilsvarer en deltakerprosent på 91 prosent hva gjelder skoler. I helsesykepleierstudien er utvalget helsesykepleiere i skolehelsetjenesten ansatt i Trondheim. Av disse responderte 33%. I oppfølgingsstudien var utvalget barn og unge ved 3. og 8. trinn i Trondheim kommune. Svarprosenten var 31 prosent.

### 3.5 Behandling av data og analysemetoder

Dataen tilhørende oppfølgingsstudien ble samlet inn via skjema fylt ut manuelt av helsesykepleierne, se vedlegg 3. Datamaterialet ble registrert i Microsoft Excel for så å bli overført til og analysert ved hjelp av den 27. utgaven av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Variablene fra skjemaet som ble lagt inn i SPSS var skole, skoletrinn,

skoleår, bydel, høyde- og vektmålinger, kjønn og avtale om oppfølging. For å beregne IsoKMI-kategorier brukte jeg tabellen for Iso-KMI av Cole, et al., (2007). Iso-KMI baseres på alder, kjønn og KMI. For 3. trinn er KMI 17,7-20,5 tilsvarende overvekt hos jenter, og KMI 17,9-20,6 hos gutter. Hos jenter er KMI over 20,5 kategorisert som fedme, og hos gutter er KMI over 20,6 kategorisert som fedme hos denne aldersgruppen. Hos jenter i 8. trinn er KMI 21,7-26,7 overvekt, og hos gutter er KMI 21,2-26 overvekt. KMI på over 26,7 hos jenter, og over 26 hos gutter tilsvarer fedme i denne alderen (Cole, et al., 2007). Verdiene innenfor fedme ble behandlet som en kategori, og ikke delt opp i mild og alvorlig fedme, da ønsket var å undersøke skolehelsetjenestens håndtering av alle barn/unge med fedme i henhold til de nasjonale retningslinjene.

Den statistiske bearbeidingen av dataene er begrenset til å beregne andeler. Dette valget ble gjort på basert på den lave svarprosenten i begge sub-studiene. En transparent og beskrivende fremstilling av data ble vurdert som mer hensiktsmessig med de data som var til rådighet. Det ene skoleåret 2018/2019 hadde flere deltakere enn de andre. Jeg gjennomførte en sensitivitetsanalyse i form av en kji-kvadrattest for å undersøke om andelen som fikk oppfølging i dette året ved de forskjellige skoletrinnene var ulik de andre. Resultatet var statistisk signifikant. Andelen elever i 3. og 8. trinn som fikk oppfølging i skoleåret 18/19 både ved overvekt og fedme var høyere enn gjennomsnittet for andre skoleår.

De kvalitative dataene fra spørreskjema ble registrert i Microsoft Excel og analysert med innholdsanalyse (Grønmo, 2020). Alle svarene fra de åpne spørsmålene ble gjennomgått. Det ble notert hvilke faktorer som gikk igjen hos flere, men de faktorene som ble nevnt av et fåtall er også tatt med i oppgaven. Om kvalitativ data skal kunne brukes må analysen gjennomføres metodisk forsvarlig (Malterud, 2017, s. 204). På grunn av dette ble det ikke formuleringen på svarene omgjort, da det reduserer sjansen for at meningen i svaret mistolkes. Den kvalitative dataen presenteres noen steder i tabeller, hvor svarene på spørsmålene er blitt sortert inn i ulike kategorier. Dette var mulig da de samme faktorene ble gjentatt av flere. Videre er den kvalitative dataen beskrevet i teksten, ved oppsummering av svarene fra helsesykepleierne sammen med utplukkede utsagn. Noen steder er utsagnene med som eksempel på det flere helsesykepleiere har svart, og noen steder er det skrevet utsagn som et fåtall eller kun én helsesykepleier har svart. Om det er flertall eller få som står for svarene blir nevnt i teksten.

### 3.6 Forskningsetikk

Etiske spørsmål er en del av forskningsprosessen. Det finnes både internasjonale og nasjonale retningslinjer for god forskningsetikk. Fire grunnleggende prinsipper bør overholdes til enhver tid underveis i forskningen: man må respektere deltakerne, positive konsekvenser bør følge forskningsaktiviteten, forskningen skal gjennomføres på en rettferdig måte, og man skal opptre ansvarlig i offentlighet og ovenfor kollegaer.

Det ble samlet inn data ved spørreundersøkelse, og det måtte tas flere etiske hensyn i forhold til dataoppbevaring, informert samtykke og konfidensialitet. Spørsmålene i spørreundersøkelsen ble formulert slik at deltakerne ikke kan identifiseres. Alle svar er slik anonyme. Spørreundersøkelsen inneholdt ingen spørsmål om personlige opplysninger og det er derfor ikke krav om meldeplikt til NSD. Studien innebærer ikke medisinske forsøk, og det er derfor ingen krav om søknad til Regional Etisk Komité (REK). Alle svarene på spørreundersøkelsen ble samlet inn elektronisk. All data i studier skal oppbevares på en trygg måte, i NTNU Nice, for å forhindre innsyn eller manipulering. Kommuneoverlege Betty Pettersen har tilgang til SPSS-filen, og Anders Abelgaard i Trondheim kommune har tilgang til grunndata.

Alle helsesykepleierne som ble invitert til å delta fikk informasjon om bakgrunnen og formålet til masteroppgaven, samt at det var frivillig å svare på spørreundersøkelsen. De fikk også opplyst at alle ble holdt anonyme, og at de svarene som inneholdt navn på arbeidsplass kun ble benyttet av kommunen til statistikk, og ikke i denne studien.

Ved forskning hvor barn og unge er i fokus er det viktig å tilpasse metoden og innholdet i forskningen til barnets alder og situasjon. I følge forskningsetisk komité har barn krav på beskyttelse. Hensyn til konfidensialiteten til deltakerne er viktig uansett hvilken alder deltakeren har (Backe-Hansen, 2009). Personvernet i denne oppgaven er sikret ved at all persondata fra barn og unge er anonymisert, og all data ble behandlet som konfidensiell. Data innhentet ved spørreskjema til helsesykepleiere er også anonymisert, og det var frivillig å svare på spørsmålene i spørreskjemaet. Dataen er organisert slik at klassetrinn kan identifiseres, men navn på skole er ikke brukt og det er derfor ikke personidentifiserbare data.



## Resultat

Her presenteres funnene fra både spørreundersøkelsen og oppfølgingsstudien. Først beskrives resultatene fra helsesykepleierstudien, innholdet i helsesykepleiernes oppfølging av barn og unge med overvekt/fedme. Deretter fremstilles resultatene fra oppfølgingsstudien, fordelingen av elever ved 3. og 8. trinn i Trondheim kommune i KMI-kategorier og antallet som har mottatt oppfølging av overvekt og/eller fedme.

I alt svarte 28 helsesykepleiere på spørreskjemaet. Enkelte helsesykepleiere arbeider ved flere klassetrinn, og er slik talt dobbelt. Fordeling i henhold til klassetrinn er vist i tabell 3. Det er en overvekt av sykepleiere fra barneskoletrinnene som har svart. Flertallet av helsesykepleiere som har svart, 71 prosent, jobber i bydelene Lerkendal og Heimdal. Et fåtall fra Midtbyen og Østbyen har svart, henholdsvis 11 og 18 prosent.

Tabell 3. Fordeling av de helsesykepleiere i henhold til klassetrinn.

Skoletrinn	Antall (prosentandel)
1.-7. trinn	18 (64%)
8.-10. trinn	7 (25%)
1.-10. trinn	2 (7%)
Videregående skole	3 (11%)

### 4.1 I hvilken grad foreldrene/foresatte ønsker oppfølging

Ifølge helsesykepleierne er det ingen av foreldrene til barn/unge med overvekt eller fedme som ønsket oppfølging i liten grad, se tabell 4. Av foreldrene til barn/unge med overvekt mente helsesykepleierne at nær 30 prosent ønsket oppfølging i mindre grad, og en tredjedel av helsesykepleierne svarte at de mener foreldrene/foresatte i noen grad ønsket oppfølging. Nær 30 prosent sa foreldrene/foresatte ønsket oppfølging i større grad, og ifølge helsesykepleierne ønsket kun 7 prosent av foreldrene/foresatte oppfølging i stor grad. Det var helsesykepleiernes opplevelse at en større andel av foreldrene/foresatte til barn/unge med fedme ønsket oppfølging enn foreldrene/foresatte til barn/unge med overvekt. En tredjedel av helsesykepleierne svarte at foreldre/foresatte til barn/unge med fedme ønsket oppfølging i noen grad og nær 15 prosent i mindre grad. Ifølge helsesykepleierne ønsker den største andelen av foreldre/foresatte med barn/unge med fedme oppfølging i større grad, og 11 prosent i stor grad.

Tabell 4. Helseysykepleiernes oppfattelse av foreldre/foresattes ønske om oppfølging.

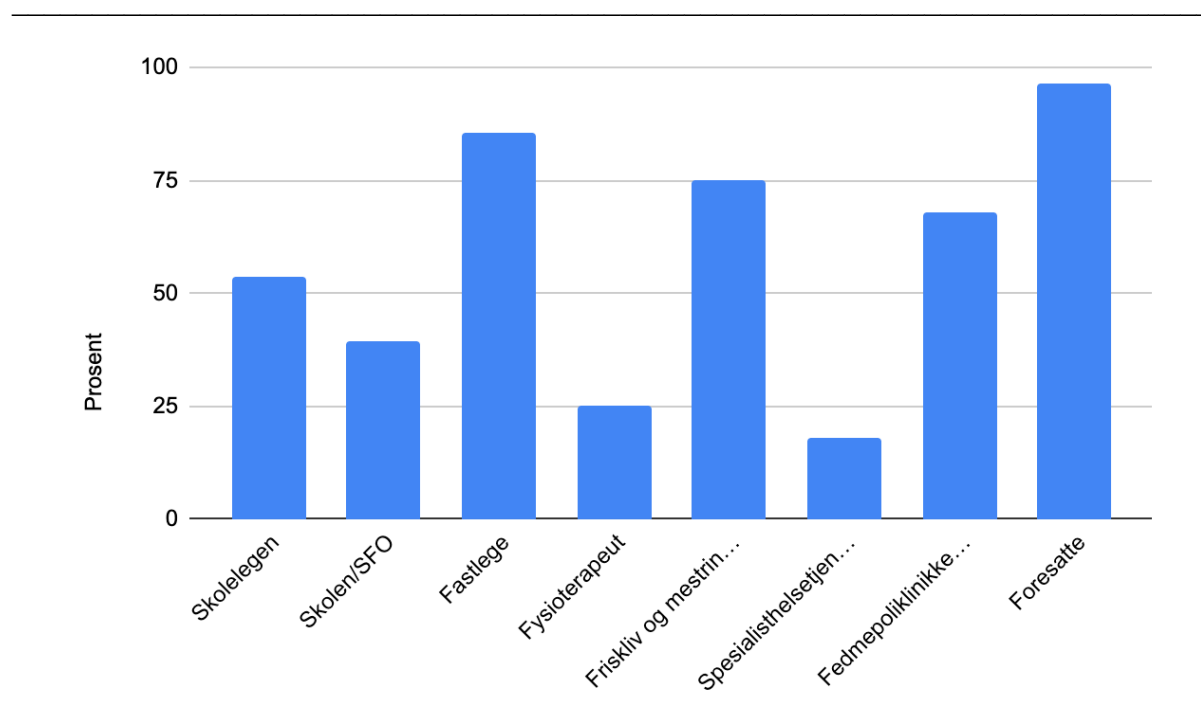
	I liten grad	I mindre grad	I noen grad	I større grad	I stor grad
<b>Overvekt IsoKMI ≤ 25 - 29,9</b>	0%	29,6%	33,3%	29,6%	7,4%
<b>Fedme IsoKMI ≤ 30</b>	0%	14,8%	33,3%	40,7%	11,1%

#### 4.2 Innholdet i oppfølgingen

Ett av spørsmålene i spørreskjemaet omfattet hvordan foreldre og foresatte ble informert om avvik i barnet/ungdommens vekstkurve. Her svarte nesten samtlige, 96,4 prosent, at de informerer foreldrene/foresatte over telefon. Kun 0,7 prosent holdt et møte med foreldrene hvor de delte denne informasjonen. Vel 3 prosent svarte at de ikke informerte foreldrene/foresatte da eleven var over 16 år eller eldre.

Under oppfølgingen samarbeider helseysykepleierne med mange ulike aktører, både på kommunalt nivå og med spesialisthelsetjenesten, se figur 1. Flertallet samarbeider med barnet/ungdommens foreldre/foresatte. Videre samarbeider de aller fleste med fastlege og Friskliv og mestring for barn og unge. Nær 68 prosent samarbeidet med fedmepoliklinikken ved St. Olavs hospital. Kun halvparten svarte at de samarbeidet med skolelege, og under halvparten samarbeidet med skolen/SFO under oppfølgingen. En fjerdedel hadde et samarbeid med fysioterapeut.

Figur 1. Helsesykepleiernes samarbeidspartnere.



Når det kom til spørsmålet om hvilke verktøy som brukes under oppfølgingen svarte samtlige helsesykepleiere at de brukte journaldata, retningslinjer fra Helsedirektoratet og Kostverktøyet ([www.kostverktoyet.no](http://www.kostverktoyet.no)). Kostverktøyet er et digitalt verktøy utviklet av St. Olavs hospital som en nettside med blant annet oppskrifter, matplaner, faktaark, øvelser og samtaleverktøy for familier med barn/unge med overvekt eller fedme (Kostverktøyet, 2021). Nesten alle svarte at de også brukte Trondheim kommunes forløp for forebygging, påvisning og oppfølging ved vekstavvik hos barn i barne- og ungdomsskolen, og informasjon fra Helsenorge.no.

På spørsmål om oppfølging svarte samtlige helsesykepleiere at de gjennomførte telefonsamtaler med foreldrene/foresatte både hos elever i 3. og 8. trinn, se tabell 5. De fleste gjennomførte veiing og måling av barnet/ungdommen alene. I oppfølgingen av ungdom i 8. trinn er det færre møter som holdes med foreldre og ungdom sammen enn det er ved oppfølging av barn i 3. trinn. Videre er det flere samtaler med ungdommen alene, og færre samtaler med foreldrene/foresatte alene enn ved oppfølging i 3. trinn. En del gjennomførte samtaler med foreldre/foresatte i tillegg til samtaler med foreldre/foresatte sammen med barnet. Relativt få gjennomførte møter med barn i 3. trinn alene.

Litt over halvparten av helsesykepleierne svarte at deres oppfølging var en del av et samarbeid. Her var det mulig å utdype svaret og det ble blant annet forklart at foreldre ofte takker nei til annen oppfølging enn hos helsesykepleier, og at det derfor ikke er alle som gjennomfører samarbeid med andre. Det ble også skrevet av noen helsesykepleiere at de bruker alle formene for samtaler og møter, men at det varierer mellom de ulike familiene og justeres etter hvor lenge familien har blitt fulgt opp.

Samtlige helsesykepleiere bruker telefonsamtaler i sitt arbeid. Ved spørsmål om hva som fungerer bra og dårlig i arbeidet, svarte derimot flere at det fungerer bedre å ha møter med foreldrene/foresatte på kontoret. Dette både fordi det er lettere å føre en god samtale, samt at man kan ta i bruk visuelle hjelpemidler.

*Tabell 5. Helsesykepleieres bruk av verktøy og metoder i oppfølging av barn/ungdom med overvekt eller fedme i henholdsvis 3. og 8. trinn.*

Verktøy og metoder	Prosentandel helsesykepleiere som bruker de angitte metodene i 3. trinn	Prosentandel helsesykepleiere som bruker de angitte metodene i 8. trinn
Telefonsamtaler med foreldre	100%	100%
Samtaler (oppmøte) med foresatte og barn/ungdom	42,1%	33,3%
Samtaler (oppmøte) med foresatte	78,9%	55,6%
Samtaler med barnet/ungdommen alene	15,8%	55,6%
Veiing og måling av barnet alene	94,7%	88,9%
Oppfølgingen er en del av et samarbeid	52,6%	55,6%
Annet:	10,5% Ofte takker foreldre nei til annen oppfølging enn hos helsesykepleier / egentlig alle svarene, men justeres etter familien som følges opp.	-

#### 4.2.4 Antall konsultasjoner

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner helsesykepleiere gjennomfører var 3,6 per familie, med en variasjon fra 1-15. Oppfølgingen tilpasses individuelt, og slik følges noen opp over mye lengre tid enn andre. Det ble oppgitt at det er veldig avhengig av hva foreldrene ønsker,

hvordan vektutviklingen er og hvor alvorlig vekstavviket er. Noen ønsker bare å møtes et par ganger, mens andre har regelmessige møter over flere år. Antallet konsultasjoner hos en helsesykepleier kunne variere fra 1-15.

#### 4.2.5 Ulikheter i oppfølging av overvekt og fedme

I oppfølging av barn/ungdom som har utviklet fedme skal fastlege involveres, i henhold til nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2022b). I svarene på de åpne spørsmålene sier nær en tredjedel av helsesykepleierne at barn/ungdom med fedme får en annen oppfølging enn barn/ungdom med overvekt, se tabell 6. Nesten én av fem svarte at de gjennomfører lik oppfølging hos barn/ungdom med fedme og barn/unge med overvekt. Videre skrev nær en tredjedel av helsesykepleierne at om barnet/ungdommen har fedme anbefaler de foreldrene å kontakte fastlege, da det er foreldrene som må ta denne beslutningen og selv skaffe time hos legen. En liten andel av helsesykepleierne skrev at de opplevde at deres rolle ble mindre i oppfølgingen når fastlege ble involvert. Dette fordi fastlegen da tok ansvar for å følge opp barnet/ungdommen. Ikke alle opplevde dette, i følge 11 prosent av helsesykepleierne var deres opplevelse at fastlegen kun gjør en medisinsk vurdering, og at resten av oppfølgingen gjennomføres av helsesykepleierne.

Tabell 6. Ulikheter i oppfølgingen av barn/unge med overvekt i forhold til barn/unge med fedme.

Komponenter*		
Lik/ulik oppfølging	Involvering av fastlege	Egen rolle
Ulik oppfølging av barn/ungdom med overvekt i forhold til barn med fedme	Anbefaler foreldre/foresatte å kontakte fastlege ved fedme	Kan ha mindre rolle i oppfølging av barn/unge med fedme
Lik oppfølging av barn/unge med overvekt og fedme	Fastlege gjennomfører kun en medisinsk vurdering	

\*Svar på åpne spørsmål er delt inn i ulike kategorier basert på faktorer som gjentas.

#### 4.2.6 Opplevelse av om oppfølgingen er nyttig eller ikke

På spørsmålet om oppfølgingen opplevdes nyttig svarte den største andelen helsesykepleiere at foreldrene/foresatte opplevde oppfølgingen som nyttig i noen grad, se tabell 7. Selv om ingen foreldre i følge helsesykepleierne mente oppfølgingen er unyttig, var det også svært få som syntes den er nyttig i stor grad. Helsesykepleierne uttrykte at barn/unge syntes

oppfølgingen var mindre nyttig enn hva foreldrene/foresatte syntes, og at svært få barn/ungdommer opplever oppfølgingen som nyttig i større eller stor grad.

*Tabell 7. I hvilken grad opplever helsesykepleiere at foreldre/foresatte eller barna/ungdommene synes oppfølgingen er nyttig?*

	I liten grad	I mindre grad	I noen grad	I større grad	I stor grad
Foreldre/foresatte	0%	7,4%	44,4%	37%	11,1%
Barn/unge	4,2%	37,5%	45,8%	8,3%	4,2%

#### **4.2.7 utfordringer i helsesykepleiernes arbeid med barn/unge med overvekt/fedme**

Det ble stilt et åpent spørsmål om hvilke utfordringer helsesykepleierne møter på i sitt arbeid med barn/unge med overvekt og fedme. Helsesykepleierne kunne også på dette spørsmålet oppgi et kort svar som vist i tabell 8. En stor andel svarte at de opplever det som en utfordring når foreldrene/foresatte eller barnet/ungdommen ikke ser på overvekten som et problem. Foreldre/foresatte går ofte i forsvarsposisjon, spesielt om de selv har utfordringer i forhold til vekt og følelser omkring mat. Flere helsesykepleiere skrev at det er spesielt utfordrende når det er barnet/ungdommen selv som ikke opplever overvekten som et problem. Det føles vanskelig for helsesykepleierne å problematisere noe barnet/ungdommen opplever seg som normal. I slike tilfeller ønsker ofte ikke foreldrene eller barnet/ungdommen veiledning eller hjelp.

Noen oppga at foreldre var en utfordring også av andre grunner, som at foreldrene ikke ønsker å legge fokus på vekten til barnet og at de er bekymret for at dette skal ha en negativ effekt. Enkelte foreldre tror det vil gå over av seg selv, og at barnet vil vokse det av seg. Videre, er det foreldre som ønsker å klare det selv uten hjelp fra skolehelsetjenesten. De mener de selv har nok kunnskap og kan klare å gjennomføre endringer på egenhånd.

Utfordringer knyttet til når barnet/ungdommen eller foreldre/foresatte ikke viser vilje til endring ble ofte gjentatt. Foreldrene mangler i mange tilfeller motivasjon til å gjennomføre livsstilsendringer. Barna/ungdommen selv kan også ha liten vilje til å gå ned i vekt, eller liten vilje når det gjelder å endre livsstil og vaner.

Videre ble det oppgitt at tabu og stigma knyttet til overvekt og fedme var en utfordring. Det at flere av barna/ungdommene føler på mye skam knyttet til vekten kan gjøre det vanskelig for helsesykepleierne. Det å snakke med ungdommer om kropp og helse på en god måte kan være utfordrende på grunn av dette. En del av barna har også psykiske plager som helsesykepleier må ta hensyn til i oppfølgingen.

Det var også en andel helsesykepleiere som nevnte at samarbeidet med fastlege opplevdes som en utfordring, da de hadde dårlige erfaringer med hvordan dette hadde fungert tidligere. Noen nevnte at det er for lite oppfølging hos fastlegen, og at helsesykepleierne må ta ansvar for å informere foreldre om blant annet kommunens tilbud om oppfølging ved Friskliv og mestring for barn og unge, og om Fedmepoliklinikken ved St Olavs hospital.

Tabell 8. *Utfordringer i helsesykepleiernes arbeid med barn og unge med overvekt eller fedme.*

Komponenter*			
Samarbeid med barnet/ ungdommen	Samarbeid med foreldre	Involvering av fastlege	Tabu og stigma
Liten vilje til endring i livsstil	Opplever at foreldre/foresatte ikke ønsker veiledning	Dårlig erfaring med samarbeid med fastlege	Utfordringer knyttet til tabu og stigma omkring fedme og overvekt
	Opplever at foreldre/foresatte eller barnet/ungdommen ikke ser på overvekten som et problem		

\*Svar på åpent spørsmål er delt inn i ulike kategorier basert på faktorer som gjentas.

#### 4.2.8 Hva fungerer bra i arbeidet med barn/unge med overvekt/fedme

De fleste helsesykepleierne som besvarte åpent spørsmål om hva som fungerte bra uttrykte at engasjerte foreldre var en positiv faktor i arbeidet. Det at foreldrene stiller spørsmål, ønsker å tilegne seg kunnskap og gjennomfører kostholdsendringer i hjemmet til barnet/ungdommen gjør at oppfølgingen fungerer bra.

Det å ha møter med foreldrene på kontoret, og ikke bare over telefon, ble også nevnt som noe som fungerer bra, da det fører til en bedre samtale. Under møter på kontoret kan man også ta i bruk visuelle hjelpemidler, og blant annet studere barnet/ungdommens percentilkurve. Det å ta seg god tid under samtalene med foreldrene fører til en felles forståelse og en god samtale. Det ble også nevnt at helsesamtalene som utføres med ungdommer på ungdomsskolen fungerer bra.

Videre nevnte flere at de var fornøyde med hvordan samarbeidet med andre samarbeidspartnere fungerer. Spesielt samarbeidet med Friskliv og mestring for barn og unge og Fedmepoliklinikken ved St. Olavs blir gjentatt av flere. Det ble også nevnt at det å kunne samarbeide med fastlege eller skolelege, og diskutere utviklingen og planen videre med dem var positivt for arbeidet.

En del helsesykepleiere nevnte også at resultater av livsstilsendringer og tiltak som gjennomføres gir økt motivasjon hos både barn/ungdom og foreldre/foresatte. I det man ser at endringene man gjør har en positiv effekt på barnet/ungdommens vekstkurve og at vekten nærmer seg normalvekt blir samarbeidet og arbeidet med helsesykepleier bedre.

Flere helsesykepleiere utdypet svaret og skrev at det som fungerer godt for en familie ikke nødvendigvis fungerer bra for andre.

*Tabell 9. Komponenter i arbeidet med barn/unge med overvekt/fedme som oppleves som viktige av helsesykepleier.*

Komponenter*		
Samarbeid med andre	Samarbeid med foreldre	Annet
Samarbeid med helsesykepleiernes samarbeidspartnere fungerer fint	Engasjerte foreldre	Helsesamtaler med barnet/ungdommen
	God dialog med foreldre og barnet/ungdommen	
	Fysiske møter med foreldrene	

*\*Svar på åpne spørsmål er delt inn i ulike kategorier basert på faktorer som gjentas.*



#### **4.2.9 Hvilke ressurser trengs for at arbeidet forbedres**

På åpent spørsmål om hvilke ressurser helsesykepleierne ønsker seg for at arbeidet deres med barn og unge med overvekt og fedme kan bli bedre, svarte en stor andel at de ønsker mer tid og flere ansatte i skolehelsetjenesten, da det er lite tid til å gjennomføre god oppfølging. Om alle skal få den best mulige oppfølgingen er dette svært tidkrevende. Det å gjennomføre veiing og måling av barn tar også mye tid. Samarbeidet mellom helsesykepleiere bør også struktureres for å kunne bli mer effektivt.

Videre ble det nevnt at helsesykepleierne ønsker tettere samarbeid med ernæringsfysiolog, skolelege, fedmepoliklinikken og Friskliv og mestring for barn og unge. Samarbeidspartnerne bør være mer tilgjengelige og samarbeidet bør være tettere. Samarbeidet med fastlege bør forbedres.

En del av helsesykepleierne skrev at de ønsket at foreldrene og barna/ungdommene kunne ha tilgang til mer informasjon. Foreldrene burde få mer informasjon om sunn livsstil og kosthold når barna er yngre, og barna bør lære mer om dette i skolen for å bygge gode vaner tidlig. Helsesykepleierne skrev at de selv ønsker de hadde mer kunnskap om temaet, og om hvordan man kan gjennomføre oppfølgingen på best mulig måte.

Noen av helsesykepleierne skrev i tillegg at en større endring på samfunnsnivå er nødvendig for at deres arbeid skal bli bedre, da overvekt og fedme blant barn og unge er et omfattende samfunnsproblem. Noen skrev at det blant annet bør være enklere for barn og unge å være i fysisk aktivitet ved at ulike aktivitetstilbud er lett tilgjengelig i nærområdet.

#### **4.2.10 Etterspurt hjelp som ikke tilbys**

En stor del av de familiene helsesykepleierne arbeidet med hadde etterspurt hjelp utover det skolehelsetjenesten tilbyr i form av sunnere mat på SFO, samt mer undervisning om ernæring og kosthold til elevene på skolen. En del av foreldrene ønsket også en samtale med ernæringsfysiolog, eller ungdomsgrupper hos Friskliv og mestring.

Noen av foreldrene hadde også uttrykt ønske om hyppigere oppfølging enn helsesykepleier har kapasitet til å gjennomføre.

### 4.3 Overvekt og fedme blant barn og unge i Trondheim

Dataene i dennes studien viste at de fleste barn og ungdommer i Trondheim kommune er normalvektige, se tabell 10. Deltakerprosenten var på 31 prosent, hvilket er lavt, og resultatene er derfor ikke overførbare i stor grad. Ifølge vekt-og høydemålingene er andelen med overvekt er like stor blant barn i 3. trinn og ungdommer i 8. trinn, men det er en høyere andel barn som har fedme enn det er ungdommer. Rundt 1 av 4 barn har en overvekt eller fedme, og litt over 1 av 5 ungdommer. Det er en noe høyere andel barn med overvekt i bydelen Heimdal, færrest barn med overvekt finner vi i Midtbyen. Det er ikke store forskjeller mellom de ulike bydelene hos ungdommene.

Tabell 10. Andel elever i hver KMI-kategori ved de ulike trinnene.

	Lerkendal		Heimdal		Midtbyen		Østbyen		Totalt	
	3. trinn	8. trinn	3. trinn	8. trinn	3. trinn	8. trinn	3. trinn	8. trinn	3. trinn	8. trinn
<b>Normalvekt (IsoKMI &gt; 24,9)*</b>	75%	76%	69%	72%	75%	77%	76%	76%	74%	75%
<b>IsoKMI 25 - 29.9</b>	17%	18%	19%	18%	16%	18%	17%	18%	17%	18%
<b>IsoKMI &gt; = 30</b>	7%	5%	10%	4%	5%	3%	4%	4%	7%	4%
<b>Andel deltakere i hh. til klassetrinn og bydel**</b>	30%	23%	51%	40%	29%	17%	37%	29%	36%	27%

\* Grenseverdier for KMI-kategorier hentet fra Helsedirektoratet.

\*\* Andel KMI-verdier registrert av totalt antall elever i henhold til klassetrinn og bydel.

### 4.4 Andel som bruker tjenesten

Det er en noe større andel barn med overvekt/fedme som mottar oppfølging i 3. trinn enn i 8. trinn, se tabell 11. Nær 40 prosent av barn i 3. trinn i Trondheim kommune mottar oppfølging ved overvekt, og nær 80 ved fedme. I 8. trinn mottar 1 av 3 av ungdommene med overvekt oppfølging, og 3 av 4 med fedme mottar oppfølging. Hos barn i 3. trinn er det færre som mottar oppfølging i Midtbyen enn i de andre bydelene. Hos ungdommer i 8. trinn er det færre i Midtbyen og Østbyen som mottar oppfølging enn i de andre bydelene.

Tabell 11. Andel elever som mottar oppfølging ved de ulike trinnene.

Bydel	Skoletrinn	% som deltok i studien	Andel elever med overvekt med avtale om oppfølging*	Andel elever med fedme med avtale om oppfølging*
Lerkendal	3. trinn	30%	42%	89%
	8. trinn	23%	40%	88%
Heimdal	3. trinn	51%	43%	77%
	8. trinn	40%	38%	84%
Midtbyen	3. trinn	29%	23%	69%
	8. trinn	17%	23%	75%
Østbyen	3. trinn	37%	37%	81%
	8. trinn	29%	27%	65%

\*Andel av innrapporterte observasjoner.

## 5. Diskusjon

I den følgende delen vil hovedfunnene drøftes opp mot tidligere forskning. Videre vil metoden drøftes, samt styrker og svakheter ved studien.

### 5.1 Hovedfunn

Denne studien viser at en stor andel av de barna/ungdommene med fedme som ble rapportert inn, mottar oppfølging av helsesykepleier i Trondheim kommune. Nær 80 prosent av barn i 3. trinn med fedme mottar oppfølging. Hos ungdommer i 8. trinn mottar 75 prosent av ungdommene med fedme oppfølging. Det at så mange barn og unge mottar oppfølging i Trondheim kommune er et funn i denne studien. En studie av barn/unge på venteliste til behandling for fedme viser at det er en økning i tilfeller av overvekt som ikke behandles (Danielsen, et al., 2013). I primærhelsetjenesten er tilbudet begrenset, da både fastleger og skolehelsetjenesten ofte har få ledige timer og ressurser (Stokkeland, 2019). Denne mangelen på ressurser har ført til at det er store lokale forskjeller i om barn/unge får oppfølging, og i hvordan oppfølgingen foregår (NSF, 2015, s. 38). En studie av andelen voksne med fedme som mottok behandling for fedme i USA viste at kun 6,4% av deltakerne mottok behandling hos lege, selv om 80% ønsket å gå ned i vekt (Stokes, et al., 2018). Tilsvarende studie i England viste at kun 3% av voksne med overvekt eller fedme fikk behandling for dette hos sin fastlege (Henderson, 2022). Studier av antall som mottar oppfølging av overvekt fedme er ikke gjennomført i Norge.

Det er flere med familier med barn/unge med fedme som får oppfølging enn det er familier med barn/unge med overvekt. Det er naturlig da fedme er mer alvorlig for helsen enn en overvekt. Barnet/ungdommen kan ha utviklet helseplager som følge av vekten og ha fått en fedme-diagnose. Det at fedme nå er kategorisert som en kronisk sykdom med en diagnose er et viktig steg for at flere foreldre med barn/unge med fedme skal kunne forstå alvoret tilknyttet denne tilstanden (Farpour-Lambert, et al., 2015). Ifølge helsesykepleierne ønsket samtlige av foreldrene til barn og unge med overvekt og fedme oppfølging, men det var flere foreldre/foresatte til barn/unge med fedme som ønsket oppfølging i stor grad i forhold til foreldre/foresatte til barn/unge med overvekt.

Det at det er noe flere som mottar oppfølging ved 3. trinn enn 8. trinn kan forklares ved at foreldrene/foresatte tar avgjørelser for barn ved 3. trinn, mens ved 8. trinn har ungdommen selv mer innflytelse på om hen vil ha oppfølging eller ikke. Ifølge helsesykepleierne er det

færre barn/unge som oppfatter oppfølgingen som nyttig enn foreldre/foresatte. Lavere deltakelse av ungdommer ved 8. trinn kan derfor forklares av at de ikke synes oppfølgingen er nyttig i stor grad i kombinasjon med at de selv får bestemme om de vil motta veiledning.

Det er mer stigma og skam knyttet til overvekt og fedme i ungdomsalderen enn i barneskolealder hvilket kan ha bidratt til at færre 8.klassinger tok imot hjelpetilbud. En studie av ungdom som søkte behandling knyttet til overvekt viste at 70 prosent ble mobbet på grunn av vekten (Pont, et al., 2017). Studier viser at overvektige utsettes for både stigmatisering og diskriminering (Ueland, 2019). Barn og ungdom opplever stigma ikke bare fra jevnaldrende, men også fra lærere, foreldre, helsevesenet og sosiale media (Haqq, et al., 2021). Dette fører blant annet til at man blir skamfull for vekten man har, og studier viser at diskriminering og skammen som følge av denne gjør individer mindre motiverte for endringer knyttet til vekttaap (Pont, et al., 2017). Stigmaet kan føre til overspising, sosial isolasjon, at man unngår helsevesenet, økt inaktivitet og vektøkning. Hos ungdom spesielt påvirker også stigmaet livskvaliteten (Ibid., 2017).

Studien viser at holdes i større grad møter uten foreldre/foresatte med ungdommene ved 8. trinn enn med barn ved 3. trinn. Dette er naturlig da ungdommer ved 8. trinn er eldre og mer selvstendige. Det at det i denne alderen er mer skam knyttet til temaet kan også gjøre at det er lettere for ungdommen å snakke om vekten uten andre enn helsesykepleier til stede. I retningslinjene er det nevnt at skolehelsetjenesten skal samarbeide med foreldrene i oppfølgingen av barnet/ungdommen, men det er ikke skrevet i hvilken grad det er anbefalt at foreldrene deltar (Helsedirektoratet, 2022b).

Neste hovedfunn er at helsesykepleier ofte, i mer enn halvparten av tilfellene, blir stående alene om oppfølgingen. Disse tallene forsterkes av de kvalitative svarene på de åpne spørsmålene.

Helsesykepleierne drar frem samhandling med samarbeidspartnere som noe som er positivt i arbeidet, men de svarte også at de skulle ønske samarbeidet var enda tettere og mer tilgjengelig. Spesielt samarbeidet med Friskliv og mestring for barn og unge blir sett på som positivt. Friskliv og mestring for barn og unge i Trondheim tilbyr støttesamtaler for foreldre med barn i førskolealder og grunnskolealder, samt helsesamtaler for ungdom i alderen 16-18 år (Trondheim kommune, 2022). Dette er slik et fint tilbud for de foreldrene/foresatte som

etterspør mer tid og støtte enn helsesykepleierne har mulighet til å gi. Overvekt er den hyppigste årsaken til henvisning til Friskliv og mestring nasjonalt (Blom, 2015). Flere studier har undersøkt endringer i selvopplevd helse etter en oppfølgingsperiode hos Friskliv og mestring og funnet signifikante positive endringer hos voksne. Effekten hos barn er ikke blitt studert (Ibid., 2015).

Selv om helsesykepleierne svarte at de er fornøyde med sine samarbeidspartnere, samarbeider de med andre i kun halvparten av elevenes oppfølging. Helsesykepleierne blir altså stående mer alene i oppfølgingen av barn/unge enn anbefalingen i den nasjonale retningslinjen tilsier (Helsedirektoratet, 2022b). Utilstrekkelig samarbeid med fastlege trekkes fram av de fleste informantene. Fastlege skal ifølge retningslinjene involveres i oppfølgingen i tilfeller der barnet/ungdommen har fedme, men få helsesykepleiere svarte at dette blir gjennomført. Flere forklarer at deres erfaring er at fastlege kun gjør en medisinsk vurdering før ansvaret for oppfølging føres tilbake helsesykepleier. En studie gjennomført i Bergen viste at fastleger gir lite oppmerksomhet til pasienter med overvekt eller fedme, og ofte har lite kunnskap om tilgjengelige ressurser for fedmebehandling. Slik ble ansvaret for å finne informasjon om tilgjengelige behandlinger lagt på pasienten selv (Malterud & Ulriksen, 2010). I en studie av holdninger og behandling av pasienter med fedme i Tyskland, svarte fastleger selv at kvaliteten på medisinsk behandling for pasienter med fedme er under gjennomsnittet. Videre viste studien at fastlegene hadde en stigmatiserende holdning mot pasientene med fedme, og at denne stigmatiseringen påvirket behandlingen (Schwenke, et al., 2020). Det foreligger ingen norske studier om hvor mange som får oppfølging hos fastlege på grunn av overvekt eller fedme i Norge, eller i hvilken grad denne oppfølgingen er i henhold til retningslinjenes anbefaling om tverrfaglig samarbeid. I tillegg til å oppfordre til livsstilsendringer har fastlege hos voksne med fedme muligheten til å skrive ut medisiner eller henvise til fedmeoperasjon. Fra 2021 kan barn fra 12 år og oppover få foreskrevet medisiner mot fedme, men dette gjaldt ikke da denne studien ble gjennomført. Fedmekirurgi utføres ikke på barn i Norge.

Helsesykepleierne beskriver at samarbeidet med foreldrene/foresatte har mye å si for hvordan oppfølgingen foregår, og for hvor effektiv hjelpen er. Hvordan samarbeidet med foreldrene fungerer, og om de oppnår en god dialog med helsesykepleier i starten har mye å si. Her kan det bli etisk vanskelig å gjennomføre arbeidet som helsesykepleier da det blir vanskelig å hjelpe barnet/ungdommen på best måte samtidig som man tar hensyn til foreldrene/foresattes ønsker. I en tidligere studie av helsesykepleieres arbeid fant man at helsesykepleiere synes

det er hensiktsmessig å kartlegge motivasjonen for livsstilsendring både hos barn og foreldre for å sikre en god oppfølging (Bergan, 2013). Svarene fra helsesykepleierne i helsesykepleierstudien antyder at arbeidet fungerer vesentlig bedre om foreldrene/foresatte er motiverte og engasjerte, og på lik måte at arbeidet blir utfordrende når foreldrene/foresatte ikke ønsker å samarbeide med skolehelsetjenesten. Arbeidet fungerer godt når foreldre/foresatte er villige til å tilegne seg kunnskap, gjøre livsstilsendringer og engasjere seg i oppfølgingen.

Det er gjennomført en rekke studier blant helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og deres samarbeid med foreldre og familier i behandling. En studie gjort på den familiebaserte livsstilsbehandlingen som ble gitt ved Sykehuset i Vestfold fra 2012-2016 viste at barn og unge i alderen 3-18 år etter ett år med familiebasert oppfølging oppnådde moderate reduksjoner i vekt og midjemål (Skodvin, et al., 2020). Det var her en stor individuell variasjon, og flere barn oppnådde en god effekt. Halvparten av barna fikk stabilisert vekten. I likhet med det helsesykepleierne svarte på spørreskjema, var også oppfølgingstiden i denne studien individualisert. Oppfølgingstiden var forkortet ved god respons og forlenget der det ble oppfattet som nødvendig (Ibid., 2020). At hele familien er involvert i livsstilsendringer er avgjørende for at behandlingen skal ha god effekt, da barn lærer atferd i familiesammenheng (Aarskog & Bjerknes, 2004). En oppsummering av 35 studier med over 5000 deltakere konkluderte med at familiebasert behandling har en positiv effekt, og kan føre til vektnedgang hos barn og unge med overvekt og fedme (Wilson, et al., 2002). Ved litteratursøk tilknyttet denne studien ble det ikke funnet noen studier omkring helsesykepleiere og deres samarbeid med fastlege.

Det tredje hovedfunnet omhandler hvor nyttig foreldre og barn/unge mener oppfølgingen er. Ifølge helsesykepleierne mente et fåtall av foreldre/foresatte og barn/unge at oppfølgingen var lite nyttig. Det var også få som i følge helsesykepleierne mente den var veldig nyttig. Ifølge helsesykepleierne mener rundt halvparten av foreldrene og barna/ungdommene at oppfølgingen er nyttig i noen grad. Dette viser at selv om det er et stort antall som mottar oppfølging, er det fortsatt rom for forbedring av innholdet i oppfølgingen. Det er gjennomført få studier på effekten av skolehelsetjenestens oppfølging ved overvekt og fedme hos barn. En studie av ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten viser at ungdom opplevde hjelpen som viktig for deres psykiske helse, og at de ønsket seg enda mer synlige helsesykepleiere og en mer tilgjengelig skolehelsetjeneste (Høifødt, 2015). I en studie i

Sverige fant man at flertallet av helsesykepleiere hadde positive opplevelser når det gjaldt å sette i gang tiltak for å behandle barn med overvekt. Alle familiene som deltok mente at oppfølgingen hadde positiv effekt, og flere syntes støtten de fikk fra helsesykepleier var god. Selv om familiene hadde gjennomført livsstilsendringer etter første møte med helsesykepleier og hadde god effekt, hadde flertallet faktorer de påpekte at de var misfornøyd med når det gjaldt oppfølgingen. Dette viser at selv om oppfølging i skolehelsetjenesten har en positiv effekt, er det også forbedringspotensiale (Melin & Lenner, 2008).

Det er også verdt å nevne at flere helsesykepleiere føler de møter på etiske utfordringer i sitt arbeid. I noen tilfeller oppfatter ikke foreldrene/foresatte eller barnet/ungdommen overvekten som et problem. Dette samsvarer med tidligere gjennomførte studier, hvor man fant at en stor andel foreldre er uforberedte på beskjeden om at deres barn har en overvekt (Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). Her er det utfordrende å være den som problematiserer vekten, da man som helsesykepleier ikke vil være den som skaper bekymringer, spesielt hos barnet/ungdommen. Det å kommentere barnet/ungdommens vekt føles som kritikk for mange foreldre (Ibid., 2017), og helsesykepleiere har erfart at det å fortelle om barnets overvekt fører til sinne og tristhet hos foreldrene (Thorstensson, et. al., 2017). Når helsesykepleier er den som begynner å omtale vekten som et problem vil mange foreldre derfor forsøke å beskytte barnet fra skolehelsetjenesten ved å takke nei til oppfølging og samtaler med helsesykepleier (Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017).

Samtlige helsesykepleiere informerer foreldre/foresatte om barnet/ungdommens avvik i vekstkurve over telefon. Under nedstegningen som følge av koronapandemien ble det gjort flere studier på hvordan mennesker reagerer på å få potensielt dårlige nyheter over telefon, fremfor ansikt til ansikt. Å få dårlig nytt over telefon er ikke assosiert med negative psykososiale konsekvenser sammenlignet med å få dårlig nytt levert ansikt til ansikt (Bodtger et al., 2021). Flere mener det trengs spesifikk trening i hvordan man leverer dårlige nyheter over telefon for at det skal gjøres på best mulig måte med tanke på psyken til mottakeren (Collini, Parker & Oliver, 2021). På spørreskjema nevne ingen av helsesykepleierne at de opplevde telefonsamtalen som vanskelig, men flere nevnte at de ønsket at de hadde mer kunnskap om hvordan de skulle gjennomføre oppfølgingen på best mulig måte. Flere mente de oppnådde en bedre samtale med foreldre/foresatte på fysiske møter enn på telefon.



## **5.2 Metodediskusjon**

Helsesykepleiernes arbeidsoppgaver i skolehelsetjenesten er blant annet avhengig av hvilken skole og trinn de arbeider ved, og arbeidshverdagen vil slik variere mellom helsesykepleiere. Den oppfølgingen foreldre/foresatte og barn/unge med overvekt eller fedme mottar vil variere avhengig av helsesykepleiers kapasitet, familiens ønske og barnet/ungdommens situasjon. En standardisert objektiv tilnærming til innholdet i oppfølgingen vil derfor være vanskelig å gjennomføre. Det krever identiske målinger ved flere arbeidsplasser, og målingene må representere hele yrkesgruppen. En subjektiv tilnærming, som anvendt i denne studien er enklere å bruke som måleverktøy, men vil kunne være påvirket av både individuelle og sosialt betingede egenskaper.

En studie har høy reliabilitet om den kan gjennomføres på nytt ved et senere tidspunkt, eller gjennomføres under noen andres ansvar, og man fortsatt oppnår det samme resultatet. Ulike faktorer som kan påvirke reliabiliteten er konsistens, nøyaktighet og stabilitet (Kleven & Hjordemaal, 2018). I denne studien avhenger reliabiliteten av nøyaktigheten og kvalitetskontrollen utført under utformingen av spørreskjemaet og innsamling av høyde- og vektmaalinger. Når det gjelder konsistens omhandler dette hvordan dataen kan påvirkes av den som tolker dem. Resultatet bør være det samme uavhengig av hvem som analyserer og leser dataen. Dette er mer utfordrende ved kvalitativ data enn kvantitativ. For å analysere kvalitativ data tas meningskoding, meningsfortetting og meningsfortolkning i bruk. Disse er i praksis forbundet med hverandre. Dataen er tolket ved tre ulike nivåer: selvforståelsesnivået, common sense-nivået og teoretisk forståelsesnivå. Ved å tolke dataen på disse nivåene er det kommet frem til en sammenfatning av forskerens, informantens og allmennhetens forståelse av svarene som er blitt gitt (Drageset & Ellingsen, 2011).

### **5.2.1 Metodetriangulering**

Man bør alltid være kritisk til metoden man har brukt, og hvorvidt denne metoden gir god nok kunnskap i forhold til problemstillingen. I denne studien ble det brukt metodetriangulering, da studien tok i bruk både fra kvalitativ og kvantitativ metode for å besvare problemstillingen. Bruk av ulike metoder førte til at jeg gjennomgikk den innsamlede dataen ved ulike analyser, som ga en dypere forståelse.

Kvalitativ metode gir oss mer innblikk i hvorfor eller på hvilken måte noe skjer (Johannessen, et al., 2015). Denne metoden ble tatt i bruk i studien slik at man fikk gått mer i dybden. De

kvalitative dataene fra spørreskjemaet ble fordelt i ulike kategorier, og de ulike faktorene som ble nevnt som svar ble talt opp. Slik kunne man angi hvilke faktorer flertallet gjenga som svar på spørsmålene. Ved dokumentanalyse av de kvalitative dataene ble det vurdert om materialet inneholdt tilstrekkelig relevante data for å kunne belyse problemstillingen. Flere av helsesykepleierne ga utfyllende svar, hvilket ga relevante svar på forskningsspørsmålene (Malterud, 2017, s. 71-72).

Høyde- og vektmaalinger ble samlet inn ved kvantitativ metode da det var store mengder kvantitativ data. Kvantitativ metode gjør det mulig å analysere dataen og se etter trender i dataene. Hvor pålitelig dataen er uttrykkes i form av reliabilitet, og i hvilken grad dataen er gyldig uttrykkes i form av validitet. Datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av samme skjema for registrering, se vedlegg 3, av helsesykepleierne som arbeider ved de ulike skolene. Dataen er relevant for problemstillingen som skal belyses, og det er slik grunn til å tro at datainnsamlingen har høy reliabilitet og validitet.

### **5.2.2 Spørreskjema**

I utviklingen av spørreskjemaet ble det sørget for at alle spørsmål ble stilt på en nøytral måte. Skjemaet ble utarbeidet sammen med kommuneoverlege og det ble tatt kontakt med noen i målgruppen for å sikre at spørsmålene var relevante og at korrekte termer ble brukt, i tillegg til å få noen innspill på om det var andre faktorer som burde undersøkes. I forskning er det ideelt å bruke vitenskapelige validerte spørreskjema, men i denne studien måtte det utarbeides et målrettet spørreskjema for å få svar på forskningsspørsmålene. Spørreskjemaet inneholdt åpne spørsmål, og da helsesykepleierne var anonyme ga det en bedre mulighet til å svare på sensitive spørsmål og formidle det som var negativt. Stabilitet omhandler hvordan dataen påvirkes av de som svarte på spørreundersøkelsen, og hvordan deres forhold var i det de svarte på spørsmålene. Spørreskjemaet ble sendt ut 24. mars, og helsesykepleierne kunne svare på spørsmålene digitalt, når og hvor de ønsket frem til fristen den 1. mai. Risikoen for feil på grunn av stabilitet er derfor liten i denne studien. Kvalitative data skaffet ved spørreskjema er ikke like solide som intervjudata, da svarene kan bli overfladiske og tvetydige. Dataen i vår studie må derfor tolkes med forbehold og kritisk vurdering av styrken til informasjonen er vesentlig for en forsvarlig analyse (Malterud, 2017, s. 71-72).

På spørsmål om i hvilken grad helsesykepleierne opplevde at foreldrene ønsket oppfølging var det ingen av helsesykepleierne som svarte alternativ "i liten grad". Dette kan tolkes som at

helsesykepleierne representert i denne studien alltid opplevde at foreldrene ønsket oppfølging. Dette stemmer derimot ikke, da flere i senere spørsmål uttrykte at noen foreldre ikke ønsket å delta i oppfølging av sitt barn/ungdom, men heller gjennomføre livsstilsendringer på egenhånd. Flere helsesykepleiere svarte også at noen foreldre ikke mente barnet/ungdommen hadde en overvekt, og derfor ikke ønsket oppfølging. Det kan tenkes at helsesykepleierne tolket spørsmålet om i hvilken grad foreldre ønsket oppfølging til å gjelde kun de som hadde sagt ja til tilbudet, men dette er et tegn på metodesvakheter da spørsmålet tydelig ble stilt på en uklar måte.

### **5.2.3 Innsamling av høyde- og vektmålinger**

Skjemaene som inneholdt barn og unges høyde- og vektmålinger var fylt ut av helsesykepleierne selv. Hos en del av elevene manglet skoletrinn, høyde eller vekt, hvilket gjorde det umulig å regne ut isoKMI. Det var også en del registreringer som inneholdt skrivefeil. På grunn av dette ble en del data ekskludert fra studien. Det er ellers ingen grunn til å tro at det er svakheter ved materialet. Høyde- og vektmålingene ble gjennomført i årene før denne studien, og helsesykepleierne var derfor ikke klar over at målingene skulle studeres i øyeblikket de ble registrert.

### **5.2.4 Utvalg**

For å sikre høy validitet i oppgaven ble det forsøkt å sikre et representativt utvalg, samt oppnå en høy svarprosent for å sikre mot skjevheter grunnet frafall. Det er totalt 28 helsesykepleiere fra ulike skoler som har deltatt i undersøkelsen. Det er ingen grunn til å anta at disse helsesykepleierne og skolene skiller seg vesentlig fra andre i landet, og man kan derfor betrakte utvalget som representativt. Samtidig kan man ikke utelukke at disse helsesykepleierne valgte å svare på undersøkelsen på grunn av egen interesse for temaet. Svarprosenten endte på 33 prosent, som ikke sikrer mot skjevheter på grunn av frafall. Det er vanlig at man mister deltakere til frafall blant annet fordi man ikke oppnår kontakt, eller at personene ikke ønsker å delta. Det var utfordrende å oppnå et større utvalg, da dette var et masterprosjekt med kapasitetsbegrensninger både i form av tid og ressurser. Med bakgrunn i utvalgets størrelse og svarprosenten kan man ikke generalisere resultatene fra undersøkelsen, men dataene kan vise en sammenheng og generelle tendenser i skolehelsetjenesten i det gitte utvalget.

I oppfølgingsstudien hadde helsesykepleierne selv fylt ut skjema med høyde- og vektmålinger. En del av disse dataene manglet kjønn, alder, høyde eller vekt, hvilket gjorde at dataen ikke kunne brukes til å regne ut isoKMI. Totalt 34 prosent av 3. klassingene og 26 prosent av 8. klassingenes mål ble registrert og brukt til å regne isoKMI fra de deltakende skolene. Enkelte skoleår hadde langt lavere svarprosent enn andre. Dette er også en lavere svarprosent som ikke sikrer mot skjevheter. På grunn av at utvalget var en så liten andel kunne det ikke antas at prosentandelene var korrekte, og det var derfor ikke hensiktsmessig å utføre statistiske analyser av ulikheter i forekomst av overvekt/fedme i ulike bydeler eller på andeler som fikk oppfølging. Videre er det heller ikke her grunn til å tro at barna/ungdommene skiller seg stort fra andre barn/unge i landet, og utvalget er slik representativt. Da studien var retrospektiv, og dataen allerede samlet inn i tidligere skoleår, var det ikke mulig å oppnå en større svarprosent. Resultatene kan heller ikke her generaliseres, men viser en tendensen til fordelingen i isoKMI-kategorier hos barn og unge i Trondheim kommune.

## 6. Konklusjon

Resultatene viser at det er en noe større andel barn med overvekt/fedme i 3. klasse som mottar oppfølging i skolehelsetjenesten enn ungdom i 8. trinn, av de som ble rapportert inn til denne studien. Ved begge klassetrinn er det en større andel barn/unge med fedme som mottar oppfølging enn barn/unge med overvekt. Det som kommer frem tydelig i denne studien er at foreldre og barn/unge ifølge helsesykepleierne opplever at oppfølgingen kun er noe nyttig. Ifølge helsesykepleiere er flertallet av foreldre/foresatte og barn/unge fornøyd med oppfølgingen i medium grad. Foreldrene er mer fornøyde enn barna/ungdommene. Helsesykepleiere mener de samarbeider godt med flertallet av sine samarbeidspartnere, og at dette er positivt i deres arbeid. Samarbeid med fastlege fungerer derimot mindre godt, og oppleves som en utfordring. Selv om de mener de samarbeider godt, samarbeider de med andre i kun 50 prosent av elevenes oppfølging. Det vil si at de i halvparten av tilfellene er alene i oppfølgingen av barn/unge med overvekt/fedme. Et godt samarbeid med foreldre/foresatte sees på som viktig for at effekten av oppfølgingen skal bli best mulig.

Denne studien kan brukes til videre forbedring og utvikling av skolehelsetjenesten, men det trengs mer forskning omkring temaet. Det er tidligere ikke gjort mye forskning i feltet. Videre forskning på overvekt og fedme hos barn, skolehelsetjenesten og oppfølging ved helsesykepleiere vil kunne benytte resultatene fra denne studien.

## Referanseliste:

- Aarskog, D. & Bjerknes, R. (2004). *Overvekt og fedme hos barn og unge*. *Pediatrisk endokrinologi*. 2004;18:6-23.
- Andersen, Laholt & Clancy. (30. mars, 2022) *Hva gjør en helsesykepleier?* Hentet fra: <https://sykepleien.no/fag/2022/03/hva-gjor-en-helsesykepleier>
- Backe-Hansen, E. (2009, 1. september) *Barn*. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>
- Bergan, J. (2013). *Å spille på lag med foreldrene. En studie av helsesøsters erfaringer og utfordringer i samarbeidet med foreldre til overvektige barn*. (Masteroppgave). Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra: [https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/1774/Bergan\\_Jannicke\\_S271006\\_MAES400.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/1774/Bergan_Jannicke_S271006_MAES400.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Biehl, A., Hovengen, R., Groholt, E. K., Hjelmæsæth, J., Strand, B. H. & Meyer, H. E. (2013). *Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study*. *BMC Public Health*, 13, 842.
- Blom, E. E. (2015, desember). *En kunnskapsoppsummering om frisklivssentraler i Norge*. Hentet fra: <https://mestring.no/wp-content/uploads/2015/12/Blom.pdf>
- Bodtger, U., Marsaa, K., Siersma, V., Bang, C. W., Høegholm, A. & Brodersen, J. *Breaking potentially bad news of cancer workup to well-informed patients by telephone versus in-person: A randomised controlled trial on psychosocial consequences*. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021 Sep;30(5):e13435. doi: [10.1111/ecc.13435](https://doi.org/10.1111/ecc.13435). Epub 2021 May 14. PMID: 33989444.
- Brandkvist M., Bjørngaard J. H., Ødegård R. A., Brumpton B., Smith G. D., Åsvold B. O., Sund E. R., Kvaløy K., Willer C. J., Vie G. Å. *Genetic associations with temporal shifts in obesity and severe obesity during the obesity epidemic in Norway: A longitudinal population-based cohort (the HUNT Study)*. *PLoS Med*. 2020 Dec 14;17(12):e1003452. doi: [10.1371/journal.pmed.1003452](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003452). PMID: 33315864; PMCID: PMC7735641.
- Burki, T. (2021, 1. juni). *European Commission classifies obesity as a chronic disease*. Hentet fra: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(21\)00145-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(21)00145-5/fulltext)
- Carter, P. J., Taylor, B. J., Williams, S. M. & Taylor, R. W. (2011, 26. mai). *Longitudinal analysis of sleep in relation to BMI and body fat in children: the FLAME study*. Hentet fra: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d2712>
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000, 6. mai). *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10797032/>
- Cole T. J., Júlíusson P. B., Hjelmæsæth, J., Bjerknes, R. & Roelants, M. (2007). *Iso-KMI-tabeller overvekt*. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*;137: doi: 10.4045/tidsskr.17.0570. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/IS-1736-isoKMI-tabell-over-og-undervekt.pdf/\\_attachment/inline/a6abdc1-274e-48c7-afac-a9fd8ead469a:ccf46a452d14da0ea1e2c46d2c31d9271f0e7551/IS-1736-isoKMI-20tabell-over-og-undervekt.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/IS-1736-isoKMI-tabell-over-og-undervekt.pdf/_attachment/inline/a6abdc1-274e-48c7-afac-a9fd8ead469a:ccf46a452d14da0ea1e2c46d2c31d9271f0e7551/IS-1736-isoKMI-20tabell-over-og-undervekt.pdf)
- Collini, A., Parker, H. & Oliver, A. *Training for difficult conversations and breaking bad news over the phone in the emergency department*. *Emerg Med J*. 2021 Feb;38(2):151-154. doi: [10.1136/emered-2020-210141](https://doi.org/10.1136/emered-2020-210141). Epub 2020 Dec 3. PMID: 33273038.

- Craigie A. M., Lake A. A., Kelly S. A., Adamson A. J., Mathers J. C. *Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review*. *Maturitas*. 2011 Nov;70(3):266-84. doi: [10.1016/j.maturitas.2011.08.005](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.005). Epub 2011 Sep 15. PMID: 21920682.
- Dahle, M. L. & Farbro, A. (2021, 31. juli). *Hvordan forebygge overvekt hos barn?* Hentet fra: <https://forskning.no/barn-og-ungdom-forebyggende-helse-hovskolen-kristiania/hvordan-forebygge-overvekt-hos-barn/1889513>
- Dahm, K. T., Landmark, B. & Reinar, L.M. (2010, juni.) *Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Hentet fra: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport\\_2010\\_17\\_effekter-av-skolehelsetjenesten-pa-barn-og-unges-helse-og-oppvekstvilkar.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport_2010_17_effekter-av-skolehelsetjenesten-pa-barn-og-unges-helse-og-oppvekstvilkar.pdf)
- Danielsen, Y. S., Nordhus, I. H., Júlíusson, P. B., Mæhle, M. & Pallesen, S. (2012). *Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7-13): A randomised waiting list controlled trial*. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2012.06.003>
- Da Silveira, J. A. C., Taddei, J. A. de A. C., Guerra, P. H. & Nobre, M. R. C. (2013). *The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: A meta-analysis of randomized controlled community trials*. *Preventive Medicine*, 2013(56), 237-243. Hentet fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743513000248>
- De Ridder, K. A. A., Pape, K., Johnsen, R., Holmen, T. L., Westin, S. & Bjørngaard, J. H. (2013, 23. september). *Adolescent Health and High School Dropout: A Prospective Cohort Study of 9000 Norwegian Adolescents (The Young-HUNT)*. Hentet fra: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074954>
- Dietz, W. H. (1998). *Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease*. *Pediatrics*, 101 (3), 518–525.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011, 1. februar) *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju>
- FHI. (2015, 6. mai). *Overvekt blant barn ulikt fordelt i befolkningen*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2014/overvekt-blant-barn-ulikt-fordelt-i/>
- FHI. (2014, 5. juni). *Flere overvektige barn i familier med skilte foreldre*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2014/flere-overvektige-barn-i-familier-m/>
- FHI. (2017, 3. januar). *Overvekt og fedme i Noreg*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- FHI. (2018, 10. august). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>
- FHI. (2022a, 1. juli). *Overvekt og fedme i Noreg*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>
- FHI. (2022b, 16. juni). *Kosthold og overvekt hos barn og unge bekymrer*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kosthold-og-overvekt-hos-barn-og-unge-bekymrer/>
- Friedmann, J. M. (2003, 7. februar). *A war on obesity, not the obese*. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12574619/>
- Frisky. (2018, 27. august). *Dette interaktive kartet viser fylkene med mest overvekt*. <https://frisky.no/overvekt/>

- Galvin, K. & Kvarme, L.G. (2003). Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap. Oslo: Akribe AS
- Grønmo, S. *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget, 2004.
- Grønmo, S. (2020, 5. oktober). *Innholdsanalyse*. Store norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/innholdsanalyse>
- Grønmo, S. (2020, 3. november). *Kvalitativ metode*. Store norske leksikon. Hentet fra: [https://snl.no/kvalitativ\\_metode](https://snl.no/kvalitativ_metode)
- Grønmo, S. (2021, 7. november). *Kvantitativ metode*. Store norske leksikon. Hentet fra: [https://snl.no/kvantitativ\\_metode](https://snl.no/kvantitativ_metode)
- Hanssen-Baueer, M. W & Knutsen, I. R. (2017). *How parents react when their child is overweight*. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.61920](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61920)
- Haqq, A. M., Kebbe, M., Tna, Q., Manco, M. & Salas, X. S. (2021, 20. mai). *The Complexity and Stigma of Pediatric Obesity*. DOI: [10.1089/chi.2021.0003](https://doi.org/10.1089/chi.2021.0003)
- Hardy, K., Hooker, L., Ridgway, L. & Edvardsson, K. (2019). *Australian parents' experiences when discussing their child's overweight and obesity with the Maternal and Child Health nurse: A qualitative study*. BMC public health. Doi: <https://doi.org/10.1111/JOCN.14956>
- Haugli, M. (2015). *Helsesøster sine utfordringer i skolehelsetjenesten. En kvalitativ studie av hvilke utfordringer helsesøster møter i arbeidet med barn og unges psykososiale vansker*. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/10037/9003>
- Helsebiblioteket. (2019, 18. januar). *Overvekt - hvordan gå ned i vekt*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/mage-og-tarm/overvekt-hvordan-ga-ned-i-vekt>
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/overvekt-og-fedme>
- Helsedirektoratet. (2016, oktober). *Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjeneste/n/Kartlegging%20av%20%C3%A5rsverk%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/\\_attachment/inline/d51d1c70-b201-49f8-a70f-5aa47ab4c35d:ab599975aadfce8b89db06e11fe2b2624b38af92/Kartlegging%20av%20%C3%A5rsverk%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjeneste/n/Kartlegging%20av%20%C3%A5rsverk%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/d51d1c70-b201-49f8-a70f-5aa47ab4c35d:ab599975aadfce8b89db06e11fe2b2624b38af92/Kartlegging%20av%20%C3%A5rsverk%20i%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019a, 11. november). *Helseundersøkelse og helsesamtale*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/helseundersokelse-og-helsesamtale#veiing-og-maling-skolehelsetjenesten-bor-male-vekt-og-hoyde-pa-barn-og-unge-sammendrag>
- Helsedirektoratet. (2019b, 11. november). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/samhandling-med-skole#systemrettet-samarbeid-skolehelsetjenesten-bor-ha-et-systemrettet-samarbeid-med-skolen-sammendrag>
- Helsedirektoratet. (2021, 26. november). *Tilgang på og behov for helsesykepleiere*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-helsesykepleiere/innledning/oppsu-mmering-av-sentrale-funn>



- Helsedirektoratet. (2022, 10. mai). *Helsestasjon 0-5 år*. Hentet fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#helsestasjonsprogrammet-alle-barn-05-ar-bor-fa-tilbud-om-regelmessige-konsultasjoner-pa-helsestasjonen>
- Helsenorge. (2020, 10. januar). *Skolehelsetjenesten*. Hentet fra:  
<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/skolehelsetjenesten/#hva-er-skolehelsetjenesten>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. (I-1177 B). Helse- og omsorgsdepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan\\_kosthold\\_2017-2021.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf)
- HUNT forskningscenter. (2011). *Folkehelse i endring*. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08).  
Levanger: Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.
- HUNT forskningscenter. (2019). *Folkehelseutfordringer i Trøndelag*. ISBN 978-82-91725-16-1. Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Hentet fra:  
<https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Folkehelseutfordringer+i+Tr%C3%B8ndelag+2019.pdf/153c78b4-ad78-4b5a-a65b-2c1b9ff1252b>
- Høifødt, V. (2015). *Skolehelsetjenesten i et brukerperspektiv. En kvalitativ studie av ungdoms erfaringer og behov i møte med skolehelsetjenesten*. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/294384>
- Ievers-Landis, C. E. & Redline S. (2007). *Pediatric sleep apnea: implications of the epidemic of childhood overweight*. *Am J Respir Crit Care Med*, 175(5). DOI: [10.1164/rccm.200606-790PP](https://doi.org/10.1164/rccm.200606-790PP)
- Jakicic, J. M. & Davis, K. K. (2011, 15. oktober). *Obesity and physical activity*. Pubmed. DOI: [10.1016/j.psc.2011.08.009](https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.08.009)
- Jalil, H. & Skille, Ø. B. (2019, 16. oktober). *Utfordrende å snakke med barn om overvekt*. Hentet fra:  
[https://www.nrk.no/norge/unicef-rapport\\_-norge-blant-landene-som-har-utfordringer-med-fedme-og-overvekt-1.14742477](https://www.nrk.no/norge/unicef-rapport_-norge-blant-landene-som-har-utfordringer-med-fedme-og-overvekt-1.14742477)
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F. & Pickett, W. (2004). *Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children*. *Pediatrics*, 113 (5), 1187–1194.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johns, D. J., Hartmann-Boyce, J., Jebb, S. A., Aveyard, P.; Behavioural Weight Management Review Group. *Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons*. *J Acad Nutr Diet*. 2014 Oct;114(10):1557-68. doi: [10.1016/j.jand.2014.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.07.005). PMID: 25257365; PMCID: PMC4180002.
- Kelishadi, R., Malekhamadi, M., Hashemiour, M., Soghrati, M., Soghrati, M., Mirmoghtadaee, P., Ghatrehsamani, S., Poursafa, P. & Khavarian, N. (2012) *Can a trail of motivational lifestyle counseling be effective for controlling childhood obesity and the associated cardiometabolic risk factors?* *Pediatrics and Neonatology* Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2012.01.005>

- Kleven, T. A. & Hjordemaal, F. R. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering.* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kostverktøyet. (2021). Hentet fra: <https://www.kostverktoyet.no/>
- Farpour-Lambert, N. J., Baker, J. L., Hassapidou, M., Holm, J. C., Nowicka, P., O'Malley, G. & Weiss, R. *Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care--a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO).* *Obes Facts.* 2015;8(5):342-9. doi: [10.1159/000441483](https://doi.org/10.1159/000441483). Epub 2015 Oct 16. PMID: 26469067; PMCID: PMC5644867.
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020, 21. desember). *Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.* Hentet fra: [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020\\_01346\\_rapport-part-1---signert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf)
- Latner, J. D. & Stunkard, A. J. (2003). *Getting worse: The stigmatization of obese children.* *Obesity Research,* 11 (3), 452–456.
- Loos, R. J. F. & Bouchard, C. (2003, november). *Obesity - is it a genetic disorder?* Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14535962/>
- Lundborg, P., Nystedt, P. & Rooth, D. (2010, juni). *No Country for Fat Men? Obesity, Earnings, Skills, and Health Among 450 000 Swedish Men.* DOI: [10.2139/ssrn.1556563](https://doi.org/10.2139/ssrn.1556563)
- Løge, I. (2018, 29. oktober). *Overvekt hos barn.* Hentet fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/pediatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdomme/overvekt-hos-barn/>
- Maffeis, C., Banzato, C. & Talamini, G. (2007, 19. november). *Waist-to-height ratio, a useful index to identify high metabolic risk in overweight children.* Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18206690/>
- Malterud, K. & Ulriksen, K. (2010). *Obesity in general practice.* *Scand J Prim Health Care.* 2010;28(4):205-210. DOI: [10.3109/02813432.2010.526773](https://doi.org/10.3109/02813432.2010.526773)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag.* (4. utg). Universitetsforlaget.
- Melin, A. & Lenner, R. A. (2009, 11. august). *Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study.* DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00651.x>
- Meltzer, H. M. (2021, 30. juni). *Kosthold i Norge.* Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/kosthold/>
- Norsk sykepleierforbund. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig. Rapport om helsestasjon - og skolehelsetjenesten.* Hentet fra: <https://www.norsksykepleierforbund.no/sites/default/files/inline-images/y8hxWNpqLYbpOocHCVUUX9Y7WlfGistpBJS1fxkvWRgnZa2OH.pdf>
- Norum, K. R. (2008). *Mat og helse - et globalt politisk spill.* *Nytt Norsk Tidsskrift* 25 (02), 146-155. Hentet fra: [https://www.idunn.no/nnt/2008/02/mat\\_og\\_helse\\_-\\_et\\_globalt\\_politisk\\_spill](https://www.idunn.no/nnt/2008/02/mat_og_helse_-_et_globalt_politisk_spill)
- Oude, L. H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk R. P., et al. (2009). *Interventions for treating obesity in children.* *Cochrane Database Syst Rev.* DOI: [10.1002/14651858.CD001872.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001872.pub2)
- Pont S. J., Puhl R., Cook S. R. & Slusser W.; SECTION ON OBESITY; OBESITY SOCIETY. *Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity.* *Pediatrics.* 2017 Dec;140(6):e20173034. doi: [10.1542/peds.2017-3034](https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034). Epub 2017 Nov 20. PMID: 29158228.
- Pradinuk, M., Chanoine, J. & Goldman, R. D. (2011, juli). *Obesity and physical activity in children.* Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135442/>

- Proietto, J. *Why is treating obesity so difficult? Justification for the role of bariatric surgery*. Med J Aust. 2011 Aug 1;195(3):144-6. doi: [10.5694/j.1326-5377.2011.tb03242.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03242.x). PMID: 21806533.
- Regjeringen. (2022, 8. april). *313 kommuner får midler til helsestasjon og skolehelsetjeneste i 2022*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/313-kommuner-far-midler-til-helsestasjon-og-skolehelsetjeneste-i-2022/id2908473/>
- Samferdselsdepartementet. (2021, mars). *Nasjonal transportplan 2022-2023*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-20-20202021/id2839503/?ch=9>
- Schwenke, M., Luppia, M., Pabst, A., Welzel, F. D., Löbner, M., Luck-Sikorski, C., Kersting, A., Blüher, M. & Riedel-Heller, S. G. (2020, 17. august). *Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care*. BMC Family Practice. Hentet fra: <https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01239-1>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G. & Woolcott, N. (2016, februar). *Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis*. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26696565/>
- Skodvin, V. A., Lekhal, S., Kommedal, K. G., Benestad, B., Skjåkødegård, H. F., Danielsen, Y. S., Linde, S. F., Roelants, M., Hertel, J. K., Hjelmæsæth, J. & Júlíusson, P. B. (2020, 11. juni). *Livsstilsbehandling av barn og ungdom med alvorlig fedme - resultater etter ett år*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2020/06/originalartikkel/livsstilsbehandling-av-barn-og-ungdom-med-alvorlig-fedme-resultater-etter>
- Skjåkødegård, H. F., Danielsen, Y. S., Frisk, B., Hystad, S. W., Roelants, M., Pallesen, S., Conlon, R. P. K., Wilfley, D. E. & Júlíusson, P. B. (2020, 29. juli). *Beyond sleep duration: Sleep timing as a risk factor for childhood obesity*. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32729172/>
- Skjåkødegård, H. F., Conlon, R. P. K., Hystad, S. W., Roelants, M., Olsson, S. J. G., Frisk, B., Wilfley, D. E., Danielsen, Y. S. & Júlíusson, P. B. (2022, 25. februar). *Family-based treatment of children with severe obesity in a public healthcare setting: results from a randomized controlled trial*. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cob.12513>
- Steinsbekk, S. (2012). *Children in treatment for obesity: Psychological perspectives, physical activity and diet*. [Doktorgradsavhandling]. NTNU. Hentet fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/270770>
- Stokes, A., Collins, J. M., Grant, B. F., Hsiao, C., Johnston, S. S., Ammann, E. M., Berry, K. M., Tong, C. & Scamuffa, R. F. (2018, 6. april). *Prevalence and Determinants of Engagement with Obesity Care in the United States*. DOI: [10.1002/oby.22173](https://doi.org/10.1002/oby.22173)
- Stokkeland, O. (2019). *Behandlingstilbud til barn med overvekt og fedme - er det godt nok?* Hentet fra: [https://www.utposten.no/journal/2019/6/m-592/Behandlingstilbud\\_til\\_barn\\_med\\_overvekt\\_og\\_fedme%E2%80%93er\\_det\\_godt\\_nok](https://www.utposten.no/journal/2019/6/m-592/Behandlingstilbud_til_barn_med_overvekt_og_fedme%E2%80%93er_det_godt_nok)
- SiV. Sykehuset i Vestfold. *Fedme hos barn og unge*. Hentet fra: <https://www.siv.no/behandlinger/fedme-hos-barn-og-unge#oversikt-over-forste-behandlingsar-ved-poliklinikk-sykelig-overvektbarn-og-ungdom>

- Thonstad, M., Ekornrud, T. & Stølan, S. B. C. (2022, 1. april). *Effektene av pandemien preger fortsatt helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet fra:  
<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/effektene-av-pandemi-n-preger-fortsatt-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A. J. & Larsson, M. (2017). *To break the weight gain. A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school*. *Journal of clinical nursing*, 27 (1-2), p.e251-e258. <https://doi.org/10.1111/jocn.13924>
- Trondheim kommune. (2017). *Samarbeidsavtale mellom grunnskolen og skolehelsetjenesten i Trondheim kommune*. Hentet fra:  
<https://fysio.no/content/download/36499/524753/version/1/file/1.5%20Samarbeidsavtale%20skole%20helsetjeneste.pdf>
- Trondheim kommune. (2021). *Overvekt og fedme*. Hentet fra:  
<https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/levekar-og-folkehelse/helsetilstand/overvekt-og-fedme>
- Trondheim kommune. (2022). *Friskliv og mestring*. Hentet fra:  
[https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/aktivitet/friskliv-og-mestring/#barn\\_og\\_uge](https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/aktivitet/friskliv-og-mestring/#barn_og_uge)
- Ueland, V. (2019, 28. mai). *Stigmatisering og skam – en kvalitativ studie om å leve med fedme*. DOI:  
[10.4220/Sykepleienf.2019.77012](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.77012)
- Utdanningsdirektoratet (Udir). (2022). *Tall om elever, skoler, spesialundervisning og særskilt norsk*. Hentet fra:  
<https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-grunnskole/tall-om-elever-og-skoler/>
- WHO. (2013, 14. mars). *Obesity: Health consequences of being overweight*. Hentet fra:  
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/obesity-health-consequences-of-being-overweight>
- WHO. (2020, 1. april). *Obesity and Overweight*. Hentet fra:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO. (2021, 9. juni). *Obesity and Overweight*. Hentet fra:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Wilson, P., O'Meara, S., Summerbell, C. & Kelly, S. *The prevention and treatment of childhood obesity*. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743659/pdf/v012p00065.pdf>

## Vedlegg 1: Spørreskjema

### Informasjon om databehandling

*Denne spørreundersøkelsen sendes ut til helsesykepleiere i Trondheim kommune som jobber i skolehelsetjenesten. Dette gjøres etter samarbeid med avdelingslederne i skolehelsetjenesten.*

*Målet med undersøkelsen er å få innsikt i hvordan helsesykepleierne følger opp barn og ungdom med overvekt/fedme.*

*Informasjonen skal brukes i mitt masterprosjekt våren 2022, og skal videre brukes av Trondheim kommune. Data vil bli oppbevart av Trondheim kommune. Undersøkelsen gir indirekte identifiserbar informasjon, det betyr at den ikke direkte identifiserer personen som svarer, men for de med kjennskap til tjenesten kan de finne ut hvem som har svart. Disse opplysningene vil være anonymisert i masteroppgaven min.*

### Hvordan kontakte oss:

Trondheim kommune  
Betty Pettersen

Klikk på denne koblingen hvis du [ønsker å få mer informasjon om behandlingen av dine personopplysninger](#)

- Jeg godtar behandlingen av mine personopplysninger i henhold til informasjonen gitt her.
- Jeg ønsker ikke å delta.

## Helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og arbeid med barn med overvekt

### 1. Hvilket skoletrinn arbeider du ved?

- 1.-7. trinn
- 8.-10. trinn
- 1.-10. trinn
- Videregående skole

### 2. Hvilken bydel arbeider du i?

- Lerkendal
- Heimdal
- Midtbyen
- Østbyen



- Kostverktøyet
- Retningslinjer fra Helsedirektoratet
- Informasjon fra Helsenorge.no
- Annet:

**8. a) Hvilken oppfølging får barn i 3. trinn med overvekt/fedme og deres foreldre/foresatte ved din arbeidsplass?**

- Telefonsamtaler med foreldre
- Samtaler (oppmøte) med foreldrene/foresatte og barnet
- Samtaler (oppmøte) med foreldrene/foresatte
- Samtaler med barnet alene
- Veing og måling av barnet alene
- Vår oppfølging er en del av et samarbeid med andre (nevnt i spørsmål 5)
- Annet:

**b) Hvilken oppfølging får ungdom i 8. trinn med overvekt/fedme og deres foreldre/foresatte ved din arbeidsplass?**

- Telefonsamtaler med foreldre
- Samtaler (oppmøte) med foreldrene/foresatte og ungdommen
- Samtaler (oppmøte) med foreldrene/foresatte
- Samtaler med ungdommen alene
- Veing og måling av ungdommen alene
- Vår oppfølging er en del av et samarbeid med andre (nevnt i spørsmål 5)
- Annet:

**9. Hvor mange konsultasjoner har du i gjennomsnitt med foreldre/foresatte/barnet/ungdommen når du følger opp barnet/ungdommen for overvekt/fedme?**

Svar:

**10. a) I hvilken grad opplever du at foreldre/foresatte synes denne oppfølgingen er nyttig?**

1	2	3	4	5
I liten grad				I stor grad

**b. I hvilken grad opplever du at barnet/ungdommen synes denne oppfølgingen er nyttig?**

1	2	3	4	5
I liten grad				I stor grad

**11. Hvilke utfordringer møter du i ditt arbeid med barn/unge med overvekt?**

Svar:

**12. Hva fungerer bra i arbeidet med familier som har barn/unge med overvekt/fedme ved din arbeidsplass? F. eks samarbeid med andre, møter med foreldre osv...**

Svar:

**13. Hvilke ressurser mener du trengs for at ditt arbeid med barn/unge og foreldre/foresatte med overvekt kan bli bedre i fremtiden?**

Svar:

**14. Ved fedme skal fastlege involveres. Beskriv eventuelle forskjeller mellom din oppfølging av barn/ungdom ut fra om det gjelder overvekt eller fedme.**

Svar:

**15. Etterspør familiene under oppfølging hjelp som du ikke tilbyr i dag? I så fall hva?**

Svar:



## Vedlegg 2: Mail til avdelingsledere skolehelsetjenesten

Hei Dordi, Lisbeth, Sidsel og Trine,

Etter avtale med Betty Pettersen så hadde det vært fint om dere kunne videresendte denne undersøkelsen til helsesykepleiere i skolehelsetjenesten på deres bydel.

—

Denne spørreundersøkelsen sendes ut til helsesykepleiere i Trondheim kommune som jobber i skolehelsetjenesten. Dette gjøres etter samarbeid med avdelingslederne i skolehelsetjenesten.

Målet med undersøkelsen er å få innsikt i hvordan helsesykepleiere følger opp barn og ungdom med overvekt/fedme.

Svarfrist er 13. April 2022

<https://response.questback.com/trondheimkommune/vekst>

Informasjonen skal brukes i mitt masterprosjekt våren 2022, og skal videre brukes av Trondheim kommune. Data vil bli oppbevart av Trondheim kommune. Undersøkelsen gir indirekte identifiserbar informasjon, det betyr at den ikke direkte identifiserer personen som svarer, men for de med kjennskap til tjenesten kan de finne ut hvem som har svart. Disse opplysningene vil være anonymisert i masteroppgaven min.

Kontaktperson for masteroppgave er Anna Spjelkavik: [annaspjelkavik@gmail.com](mailto:annaspjelkavik@gmail.com)

Kontaktperson i kommunen er Betty Pettersen

Takk for hjelpa!

Vedlegg 3: Skjema for registrering av vekt- og høydemålinger i 3. og 8. klasse.

# VEIING OG MÅLING

SKOLEÅR 19/20

SKOLE: Rye skole

( X )<sub>1</sub> 3.TRINN ( )<sub>2</sub> 8. TRINN

BYDEL: ( )<sub>1</sub> Lerkendal ( X )<sub>2</sub> Heimdal ( )<sub>3</sub> Midtbyen ( )<sub>4</sub> Østbyen

DATO: 05.02.20

HELSESYKEPLEIER (initialer): IM

	KJØNN Jente 1 Gutt 2	VEKT	HØYDE	Ved manglende deltagelse:	Oppfølging avtalt Ja 1 Nei 2
				Fraværende 1 Ønsker ikke delta 2	
1	1	27,1	132,1		2
2	1	28,1	130,5		2
3	2	33,6	146,8		2
4	1	-	-	2	2
5	2	42,3	146,2		1
6	1	30,5	135,5		2
7	2	30,4	138,5		2
8	1	34,4	132,4		1
9	1	31,7	125,2		1
10	2	23,3	133		1
11	1	45,5	137,5		1
12	2	29,1	134,8		2
13	2	30,7	132,3		2
14	1	24,3	132,1		1
15	2	29	134,3		2
16	1	28,8	134,4		2
17	2	27,5	135		2
18					
19					

<p>Hver elev registreres på én linje, anonymisert med 1 for jente og 2 for gutt.  <b>Vekt:</b> skriv vekt i antall kilo, med én desimal.  <b>Høyde:</b> skriv antall cm</p>	<p><b>Ved manglende deltagelse:</b> registrer kjønn og fyll ut 1 hvis ikke på skolen, 2 hvis ønsker ikke delta  <b>Oppfølging:</b> Fyll ut med 1 dersom ja, 2 dersom ikke avtalt</p>	<p>Kopier ark etter hvert som du trenger flere.  <b>Send utfylte ark til Kommuneoverlege Betty Pettersen, Rådhuset, Trondheim så snart du har fylt det ut.</b></p>
---	--	--

