

# Overvekt blant bygdebarn – årsaker og forebygging

En forprosjektrapport



Reidun Heggem  
Anne Margrethe Brigham  
Alexander Zahl-Thanem

RURALIS - Institutt for rural- og regionalforskning  
Universitetssenteret Dragvoll  
N-7491 Trondheim

Telefon: +47 73 82 01 60  
Epost: post@ruralis.no

## **Rapport 7/2017**

Utgivelsesår: 2017

Antall sider: 45

ISSN 1503-2035

**Tittel:** Overvekt blant bygdebarn – årsaker og forebygging. En forprosjektrapport

**Forfatter:** Reidun Heggem, Anne Margrethe Brigham og Alexander Zahl-Thanem

**Utgiver:** RURALIS - Institutt for rural- og regionalforskning

**Utgiversted:** Trondheim

**Prosjekt:** Overvekt blant bygdebarn – årsaker og forebygging

**Prosjektnummer:** 256951/6353.00

**Oppdragsgiver:** Regionalt forskningsfond Midt-Norge

**Oppdragsgivers ref.:** ES559261/256951

### **Kort sammendrag**

Denne rapporten er et resultat av et kvalifiseringsprosjekt hos Regionale forskningsfond Midt-Norge. Prosjektets mål var å frambringe kunnskap om årsaker til og forebygging av overvekt blant barn med spesielt fokus på kontekstuelle variabler som geografi, atferd og kultur. I tillegg hadde prosjektet en målsetning om å frambringe kunnskap om mulige forskjeller i disse faktorene mellom bykommuner og bygdekommuner, og å frambringe kunnskap om utfordringer skolehelsetjenesten støter på i sitt arbeid med barn og overvekt, sett i lys av de aktuelle forklaringsvariablene. Datamaterialet består av kvalitative intervju med 12 aktører (lærere, rektorer, helsesøstre og frisklivskoordinatorer) som i kraft av sin yrkesmessige rolle jobber med overvekt blant barn. Datainnsamlingen foregikk i tre distriktskommuner og en bykommune i Midt-Norge i 2017.

### **Stikkord**

Overvekt, fedme, barn, distriktskommuner, geografi, kultur



## Forord

Denne rapporten er et resultat av et forprosjektet finansiert av Regionalt forskningsfond Midt-Norge (50%) og av Norsk senter for bygdeforskning (50%). I tillegg har 3 distriktskommuner og 1 bykommune i Midt Norge bidratt med egenandel i form av arbeidstid til å delta i prosjektet.

Vi ønsker å takke lærerne, rektorene og helsepersonellet som stilte opp som informanter fra kommunene i dette prosjektet. Vi vil også takke Sør-Trøndelag fylkeskommune v/John Tore Vik for nyttig samarbeid og velvillighet i forhold til å sette oss i kontakt med relevante kommuner og aktører i Trøndelag, og OBECE St Olavs Hospital v/ Ellen Ersfjord for godt samarbeid på tematikken *Overvekt blant bygdebarn*.

Trondheim 01.09.2017

Reidun Heggem, Anne Margrethe Brigham og Alexander Zahl-Thanem



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Innholdsfortegnelse.....	5
1. Innledning .....	7
2. Tidligere forskning .....	9
2.1 Rural overvekt .....	9
3. Sosial ulikhet i helse; sosiologiske perspektiv .....	13
3.1 Den «rurale idyll» vs «rural horrorifisering».....	13
3.2 Bygdehabitus .....	14
4. Nye retningslinjer i forhold til veiing .....	15
5. Metode .....	17
6. Resultat .....	19
6.1 Veiing.....	19
6.2 Komplekse årsaksforhold .....	21
6.3 Forskjeller by/land.....	22
6.3.1 Sosioøkonomiske forskjeller .....	22
6.3.2 Bygdestigma.....	24
6.4 Kommunal organisering/struktur .....	25
6.4.1 Avstand .....	26
6.4.2 Nærhet .....	27
6.5 «Nå skal vi kose oss» .....	28
6.5.1 Sosiale Arrangement; mengde, og distinksjonen mellom hjemmebakst og «kjøpakak».....	29
6.5.2 Å være ei god mor/husmor .....	31
6.6 To-familiesystem .....	32
6.6.1 Generasjonsbolig .....	32
6.6.2 Skilsmissehjem .....	33
6.7 Kroppsideal.....	34

7. Drøfting .....	35
7.1 Rurale briller .....	35
7.2 Avstand og nærhet .....	36
7.3 Sosioøkonomiske og sosiokulturelle forklaringsfaktorer i en rural kontekst .....	37
7.4 Kosthold, tradisjon og identitet .....	37
8. Konklusjon .....	39
Litteraturliste .....	41

# 1. Innledning

Overvekt og fedme er i ferd med å bli en av de mest alvorlige helsetruslene i vår tid, nasjonalt og internasjonalt (WHO 2012). På verdensbasis er tallet på overvektige mer enn fordoblet i løpet av de siste 30 årene. 39% av alle voksne over 18 år, og hele 42 millioner barn under fem år ble i 2014 karakterisert som overvektige av Verdens helseorganisasjon (WHO) (WHO 2016). På grunn av den raske økningen i utbredelsen av overvekt og fedme, har WHO definert utviklingen som en *epidemi* (WHO 2017). Norge er ikke immun mot denne epidemien, og i 2016 kom Folkehelseinstituttet ut med en rapport som viser at 13% av norske gutter og 17% av norske jenter er overvektige<sup>1</sup> (Folkehelseinstituttet 2016). Videre indikerer statistikk at antallet overvektige er *stigende* også i Norge (Folkehelseinstituttet 2013).

Det er behov for økt kunnskap for å reversere denne utviklingen. Overvekt og fedme påvirker barn og unges helse og livskvalitet. Overvektige barn har ofte flere tilleggsvansker som muskel- og skjelettplager, diabetes 2, kreft og hjerte- og karsykdommer (Simmonds et al. 2015). De er også i større grad utsatt for psykiske og sosiale vansker, og har ofte nedsatt livskvalitet på grunn av depresjon, angst, mobbing og få venner. De deltar mindre i fysisk aktivitet og dropper i større grad ut fra skolen (Steinsbekk et al. 2009). I tillegg vet vi at det er en sterk korrelasjon mellom overvekt i barndommen og i voksen alder. «Det gjelder å stoppe vektøkningen, ellers kommer overvektsrelaterte helseproblemer til å sprengte de offentlige helsebudsjettene», uttaler Berg, Strømme og Kulseng i en kronikk i Dagbladet 29.05.2008.

Studier viser at overvektsproblemet er større i rurale enn i urbane områder (Grøholt et al. 2008, Heyerdahl et al. 2012, Biehl et al. 2013, Holmen et al. 2014). Andelen overvektige barn er 50 prosent høyere på landsbygda enn i byene. Prosentdelen med bukfedme følger det samme mønsteret (Biehl et al. 2013). Selv om mye av denne forskjellen kan forklares av sosioøkonomiske forklaringsvariabler som utdanning, yrke og inntekt, indikerer flere studier at ruralt bosted også er en selvstendig risikofaktor for overvekt *i seg selv* (Biehl et al. 2013). I denne rapporten ser vi nærmere på hvilke forhold ved det rurale samfunnet som kan forklare denne selvstendige risikoen.

Årsakene til overvekt og fedme er sammensatte, komplekse og individuelt betinget (Sørensen 1995, Grøholt et al. 2008). Forskning viser at det er miljøendringer, og ikke først og fremst genetiske endringer, som er årsak til den betydelige *økningen* av overvekt i løpet av de siste tiårene (Folkehelseinstituttet 2010). Gitt de enorme negative helsekonsekvensene forbundet med overvekt og fedme, er det er overraskende at man ikke i større grad har funnet tiltak som kan begrense eller snu den negative utviklingen (Maziak et al. 2008). Det eksisterer i dag mye forskning og

---

<sup>1</sup> Definisjonen på barn og unge er her under 18 år.



kunnskap om forekomst og utvikling av overvekt og fedme, likevel er det fortsatt mye usikkerhet knyttet til selve *årsakene* til overvekt (Bouchard 2007).

Ettersom miljøforhold manifesterer seg i folks helseatferd, kan samfunnsvitenskapelig forskning bidra med kunnskap som er viktig i kampen mot overvekt og fedme. Dette innebærer også bidrag til arbeidet med å generere kunnskap om årsaksfaktorer knyttet til forskjeller mellom rurale og urbane områder (Heggem et al. 2014).

## 2. Tidligere forskning

WHO (2012) understreker at den fundamentale årsaken til overvekt/fedme er energibalansen mellom energiinntak og energiforbruk. Likevel er årsakene mangfoldige og komplekse, med store individuelle forskjeller. Berg et al. (2008) synliggjør hvordan en forenklet ligning av energiinntak og energiforbruk ignorerer viktige aspekt ved menneskekroppen og dens interaksjon med miljøet rundt.

I følge Campell et al. (2016), er faktorer knyttet til overvekt og fedme blant barn og unge funnet på flere nivå, fra det individuelle til kommunalt- og lokalsamfunnsnivå, og både biologiske faktorer, og sosiale og geografiske faktorer kan påvirke levetiden. Selv om kosthold og livsstil utvilsomt har bidratt til den voldsomme økningen i overvekt, viser studier at økningen i overvekt kan være forårsaket ved en interaksjon mellom arvelige og miljømessige faktorer (Sørensen 1995, Grøholt et al 2008). Forskning viser at denne interaksjonen mellom arv og miljø er et resultat av den måten ulike genetiske variasjoner interagerer med et risikomiljø på (se for eks. Sørensen 1995, Grøholt et al. 2008). Likevel understreker Folkehelseinstituttet (2010), at det mest sannsynlig er endringer i miljøfaktorene, og ikke genetiske endringer, som har forårsaket signifikante endringer i antallet overvektige de siste tiårene.

Flere studier understreker at fysisk aktivitet, på flere vis, bidrar signifikant til vektreduksjon (se for eksempel Steinbeck 2001). Når det er snakk om kosthold, er resultatene mer sammensatt. Mens kliniske studier på mennesker generelt viser at kostholdsfaktorer er sterkt assosiert med kroppsvekt, viser populasjonsbaserte studier på kosthold og fedme i større grad tvetydige resultat (Popkin et al. 1995). Samtidig kan denne inkonsistensen være et resultat av problemer med å få nøyaktige mål på energiinntak og energiforbruk og andre metodologiske problemer (Popkin et al. 1995, Johnson-Taylor og Everhart 2006). Alt i alt ser det ut til å være en utstrakt vitenskapelig enighet når det gjelder relevansen av energiinntak-/forbruks-ligninga. Dette er også reflektert i WHO's (2012) og Folkehelseinstituttets (2010) anbefalinger i forhold til forebygging og behandling av overvekt/fedme gjennom fysisk aktivitet og et sunt kosthold (mindre mettet fett, sukker og salt, og mer grønnsaker, frukt og kostfiber).

### 2.1 Rural overvekt

At overvekt er et større problem i rurale enn i urbane strøk, finner man ikke bare i internasjonal forskning og statistikk (e.g., Sobal et al. 1996, Liu et al. 2007, Lutfiyya et al. 2007, Watkins and Jacoby 2007, Bruner et al. 2008), men også i norske studier (Svensson et al. 2007, Grøholt et al. 2008, Heyerdahl et al. 2012, Folkehelseinstituttet 2012, Holmen et al. 2014). Avisa Nordlys publiserte i 2013 tall fra Folkehelseinstituttet (2013) som viste at andelen overvektige unge menn i Nord Norge er mye høyere enn i det sentrale Norge. Andelen overvektige barn er 50 prosent høyere på landsbygda enn i byene (Biehl et al. 2013).

Lite forskning er gjort direkte på distinksjonen mellom urbane og rurale områder, mens mye forskning er gjort indirekte via forskning på effekten av sosiokulturelle og sosioøkonomiske faktorer på overvekt/fedme (se for eksempel Rokholm et al. 2010). Ulike norske studier har indikert signifikant sammenheng mellom overvekt og faktorer som egen utdanning, foreldres utdanning, kjønn og bosted (Svensson et al. 2007, Lien et al. 2007, Grøholt et al. 2008, Júlíússon et al. 2010, Heyerdahl et al. 2012). Når det gjelder forskjellene i overvekt mellom urbane og rurale områder, peker nasjonale og internasjonale studier på det faktumet at utdanningsnivået og inntektsnivået er lavere i rurale strøk enn i urbane strøk. Dette er to faktorer som ofte er knyttet til livsstiler som i mindre grad er helsefremmende (Sobal et al. 1996, Ellaway et al. 1997, Fiscella og Williams 2004).

Nyere studier viser imidlertid at ruralt bosted er en selvstendig risikofaktor for å bli overvektig, selv etter å ha kontrollert for sosioøkonomiske variabler (Phillips og McLeroy 2004, Lutfiyya 2007). I søken etter forklaringer på den urbane-rurale forskjellen har et av spørsmålene som har engasjert samfunnsvitere vært hvorvidt variasjonen kan forklares av sosiale karakteristikk og materielle faktorer tilknyttet menneskene som bor der (komposisjonelle forklaringer), eller de sosiale, materielle, miljømessige eller politiske karakteristikkene på området der de bor (kontekstuelle forklaringer) (Sobal et al. 1996, Frohlich et al. 2001, Macintyre et al. 2002, Pearce og Maddison 2011). McIntyre et al. (2002) spesifiserer at både den materielle infrastrukturen, den kollektive sosiale funksjonen og lokal praksis må tas med i en kontekstuell forklaringsramme. Teoretisk polarisering bør imidlertid unngås i og med at dårlig helse og overvekt i et område like gjerne kan skyldes både variabler knyttet til menneskene og variabler knyttet til stedet.

Det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål når det gjelder de urbane/rurale forskjellene i overvekt i Norge. Mens det stadig kontrolleres for komposisjonelle variabler (dvs. egenskaper og karakteristika ved menneskene) i kvantitative analyser, er det vanskeligere å inkludere potensielle kontekstuelle forklaringsfaktorer. Mulige kontekstuelle forklaringer trekkes ofte frem når de komposisjonelle variablene ikke gir tilstrekkelig forklaring, men førstnevnte blir ofte presentert kun som rene spekulasjoner.

Flere studier indikerer imidlertid at ruralt bosted i seg selv utgjør en risikofaktor for overvekt, også når man kontrollerer for sentrale komposisjonelle variabler (Phillips et al. 2004, Lutfiyya et al. 2007, Biehl et al. 2013). Et eksempel her er undersøkelsen utført av Svensson og medarbeidere (2007), som foreslår at den geografiske variasjonen i kroppsmasseindeks muligens skyldes ulike urbane og rurale forskjeller i livsstil og ulik eksponering for et ideal om å være tynn. En annen spekulasjon er at det finnes kulturelt baserte spisemønstre på bygda som preges av store porsjoner og mange måltider med energiladet mat, såkalt «country cooking» (Befort et al. 2012), som skiller seg fra spisemønstre i mer urbane områder. Opprettholdelse av tidligere

generasjoners etablerte energiinntak kombinert med endrede aktivitetsvaner hos den rurale befolkningen, som for eksempel mindre fysisk arbeid og mer biltransport, utgjør en annen mulig forklaring (Biehl et al. 2013).

På bakgrunn av dette blir det tydelig at vi trenger samfunnsvitenskapelig forskning med ekspertise innen forskning på bygdesamfunn og bygdesamfunns sosio-økonomiske, sosio-strukturelle og sosio-kulturelle dynamikker, for å forstå årsakene til overvekt og forskjellene i overvekt mellom by og land.



### 3. Sosial ulikhet i helse; sosiologiske perspektiv

#### 3.1 Den «rurale idyll» vs «rural horrorifisering»

Vi vet at representasjoner av det rurale er med på å forme både politiske og individuelle avgjørelser (Boyle og Halfacree 1998). Myter, bilder og representasjoner av det rurale er sosialt konstruert, men samtidig skaper de materielle realiteter. Alle valgene vi tar og handlingene vi gjennomfører basert på våre oppfatninger, bidrar både i skapelsen av oss selv i tillegg til samfunnet vi er en del av (Boyle og Halfacree 1998, Vik og Villa 2010). Myter og bilder av bygda har vist seg å enten være tett knyttet opp mot «den rurale idyll» (f.eks. Cloke og Milbourne 1992, Little og Austin 1996,) eller til «rural horror» (Bell 1997, 2006), hvor det rurale er portrettert som blant annet maskulint og tungt alkoholisert. Synet på det rurale er også påvirket av bygdas evne til å se utfordringer som vokser fram for å kunne handle proaktivt og forhindre uønskede negative trender. En overflødig idealisering er like skadelig som en ensidig «horrorifisering». Horrorifisering gjør bygda svak i kraft av at det bidrar til en marginalisering, mens idyllisering gjør bygda blind og handlingslammet. Alternativt kan begge synene skape et fundament for kulturell motstand mot de offisielle helsemyndighetene og andre ekspertuttalelser. Narrativer rundt det rurale har innvirkning på evnen til oppriktig å se bygda og folkene som bor der. Dette kan være noe av forklaringen på at rurale helseproblem har fått såpass sparsom oppmerksomhet. I den vestlige verden er «rural idyll» en sentral forestilling (Butler 1998), hvor bygdeliv forstås som sunnere og mer naturlig enn byliv. Fearn (1987) er inne på dette da han foreslår at hovedårsaken til at rurale helseproblem får lite oppmerksomhet er nettopp oppfatningen av at folk i rurale områder er sunnere enn folk i urbane områder (Higgs 1999).

Vi vet at forestillinger om det rurale påvirker politiske så vel som individuelle handlingsvalg. Synet på, og holdninger til, det rurale påvirker også samfunnets evne til å se utfordringene som utvikler seg samt hvordan negative trender håndteres og forebygges. På den ene side eksisterer en forestilling av bygda som *marginalisert* (Bell 1997, Bell 2006), noe som kan skape et grunnlag for en generell *kulturell motstand* mot helsemyndighetene og andres offisielle ekspertkunnskap (Willis 1977, Krange og Skogen 2007). Rådene fra helsemyndighetene blir da oppfattet som et angrep på egne verdier og livsstil. På den annen side kan forestillingen om den *rurale idyllen* (Cloke og Milbourne 1992, Little og Austin 1996) føre til en naiv tro på at folk på bygda er sunnere enn i byene. Helseforskningens spekulasjoner, så vel som våre ruralsosiologiske spekulasjoner, tydeliggjør behovet for mer kunnskap om hva som har betydning for folks helseatferd samt hvordan de legitimerer og forklarer sine livsstilvalg sett opp mot de ulike diskursene for riktig og sunn helseatferd (Higgs 1999).

## 3.2 Bygdehabitus

Bourdieu's teorier kan være nyttige verktøy for å belyse bostedets betydning (kontekstuelle forklaringer) for overvektspromatikken (Bourdieu 1994). Begrepsparet *habitus* og *felt* viser til hvordan individene, gjennom stedlig kulturell innsosialisering, er i besittelse av ulike *basisdisposisjoner*. Disse disposisjonene er *kroppsliggjort* – de er ubevisste og ikke gjort til gjenstand for refleksjon – og ligger til grunn for vår tenkning og praksis. Den vanemessige praksisen, det vi konkret gjør med kroppen, læres primært gjennom sosialisering i familien, men også gjennom utdanning og i yrkeslivet. Smaken, eller det vi foretrekker, kan forstås som en kroppsliggjøring av ulike klassekulturer. Hvilken type mat vi spiser, hva vi interesserer oss for, og hvor mye vi investerer i helse, vil således være avhengig av vår *habitus* (Bourdieu 1994). Når det gjelder forskjellene i overvekt mellom by og bygd, vil det være hensiktsmessig å studere ulike former for *habitus* som eksisterer og utvikles i by- og bygdekontekster.

Bourdieu selv understreker at noen av habitusbegrepets viktigste funksjoner er å vise at menneskers handlinger er et resultat av både ytre «tvang» og det frie valg (Bourdieu 1999, s. 144). Bourdieus begrep *felt*, handler om de sosiale omgivelsene, eller den sosiale konteksten der habitus blir formet. Samtidig er habitus med på å påvirke de samme omgivelsene (McNay 1999). Bourdieu anerkjenner likheten mellom *felt* og *spill*. Ulike spill, som ulike felt, krever forskjellig kompetanse, disposisjoner og ressurser hos deltakerne. Det kreves aktører utstyrt med en habitus som forutsetter kunnskap og anerkjennelse av feltets iboende regler (Bourdieu 1990).

Gjennom oppdragelse og utdanning blir disposisjoner tillært. Habitus er med andre ord ikke bare et produkt av en inkorporering av feltets spilleregler, «...men kan foregripe disse spillereglene, gjennom en umiddelbar oppfattelse av feltet som en forståelig verden som kaller på visse handlinger (Bourdieu og Wacquant 1995 i Aarseth 2009). Aarseth (2009) beskriver habitus' evne til foregripelse på denne måten : «Siden denne meningen genereres innenfor et bestemt materielt handlingsfelt, habitat, føler habitus seg hjemme i det habitat den er produsert i og bor og lever i: Når habitus er hjemme, og står ovenfor forhold som tilsvarer de forholdene den ble produsert under, er habitus «faktisk perfekt tilpassa heilt utan noko slags medviten eller intensjonell søking etter tilpassing» - den har det som «fisken i vatnet» (Bourdieu og Wacquant 1995, s. 114 – 115 i Aarseth 2009).

I denne sammenhengen kan folks habitus, de innsosialiserte reglene som man lever etter, være med på å påvirke livsstilsvalg som kan generere overvekt. I dette prosjektet har vi sett nærmere på om man kan finne en bygdehabitus som medfører valg som igjen utvikler overvekt.

## 4. Nye retningslinjer i forhold til veiing

Frem til 1998 ble barn veid og målt regelmessig på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Fra 1998 anbefalte Statens helsetilsyn å redusere antall rutinemessige høyde- og vektmålinger i forhold til tidligere praksis, som følge av bekymringen at veiing kunne trigge utviklingen av spiseforstyrrelser. Det var også manglende dokumentasjon av kost/nytte-effekt av en slik screening. Veiing og måling av barn i grunnskolen ble bestemt gjeninnført i 2009, hvor Helsedirektoratet i 2010 sendte ut retningslinjer til skolehelsetjenesten der de blant annet anbefaler veiing av elever på tredje og åttende trinn, altså i 8- og 13-årsalderen.

Myndighetenes hovedmål med de faglige retningslinjene for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å bidra til tidlig å identifisere barn og unge med vekstavvik, og redusere de negative konsekvensene dette kan ha for det enkelte individ. På individnivå vil retningslinjene gi mulighet til å oppdage barn som står i fare for å utvikle undervekt, overvekt eller fedme. De vil også gi kriterier for når individer bør/skal henvises fra primærhelsetjenesten til spesial(ist)helsetjenesten. På kommunalt nivå gir retningslinjene et anbefalt program for å følge barn og unges vekstutvikling og å avdekke individuelle vekstavvik eller økt risiko for vekstavvik på et tidlig stadium. På nasjonalt nivå kan retningslinjene blant annet gi muligheter for dokumentasjon av vekstavvik blant barn og unge i Norge, og eventuelle geografiske og sosiale forskjeller (Helsedirektoratet 2010).





## 5. Metode

Gitt at årsakene til de rurale – urbane forskjellene i overvekt er lite utforsket, har dette forprosjektet hatt et *eksplorerende* utgangspunkt. Kvalitativ metode åpner for nettopp en slik eksplorerende innfallsvinkel, og dybdeintervju med de ulike informantene var derfor best egnet for å oppnå kunnskapen som var nødvendig for å svare på prosjektets problemstillinger. Det er gjennomført intervju med 12 aktører som i kraft av sin yrkesmessige rolle jobber med overvekt blant barn. 4 av disse informantene jobber i en by, mens 8 av informantene jobber i ulike distriktskommuner. Vi valgte 3 ulike distriktskommuner og 1 bykommune. Distriktskommunene var alle lokalisert i Trøndelag. I Norge er det i stor grad kommunene, gjennom blant andre helsesøstrene, som har ansvaret for å følge opp de nasjonale retningslinjene som blir gitt i forhold til overvekts-/fedmeproblematikken.

I Norge har kommunen ansvar for helsevesenets førstelinjetjeneste, og kommunen har også et ansvar for å forebygge helseplager og redusere sosiale helseforskjeller (jf. §4, Lov om folkehelsearbeid). Alle barn i Norge går på skolen, og det kommunale folkehelsearbeidet og skoleverket er effektive kanaler for oss til å få kunnskap om forskjellene i utbredelsen av overvekt og fedme blant barn mellom rurale og urbane områder. Vi har derfor valgt å intervjuere lærere, rektorer, helsesøstre og frisklivskoordinatører. *Lærere* og til en viss grad *rektorer* i grunnskolen kommer i tett interaksjon med ungene og kan uttale seg i videre forstand i og med at de observerer barna i skoletida. De kan dermed si noe om hvordan de opplever overvektsproblematikken sett i lys av skolemestring og sosial interaksjon med andre unger. *Skolehelsesøstrene* samler allerede inn data om barns vekt, og har i sin rollebeskrivelse et ansvar for å følge opp de ungene som avviker fra ønskede verdier. I tillegg er det interessant å snakke med helsesøstre fordi de inngår i helsetjenestens førstelinje. Helsesøster har, gjennom helsestasjon- og skolehelsetjenesten, et potensial til å nå fram til alle barn og unge og deres familier. Derfor er de spesielt viktig i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller, deriblant overvekt blant barn og unge. Helsesøstre skal både drive *helsefremmende* og *forebyggende* arbeid.

Et av formålene med dette *forprosjektet*, var å sette fokus på sentrale aktørers forståelse av, og erfaringer med, barn og overvekt ut fra en rural kontekst. Dette gir seg noen utslag i rapporten som bør kommenteres. For det første får rapporten form av å være et dokumentasjonsnotat ved at mange sitater som omhandler samme tema gjengis. Dette er for å dokumentere ulike nyanser som kan være av betydning når man i senere forskningsprosjekt skal gå dypere inn problemstillingene enn hva det er rom for i et forprosjekt som dette. For det andre vil det være synspunkt og holdninger som kommer til uttrykk i sitater som er aktuelle å analysere dypere enn hva dette forprosjektets rammer har gitt anledning til. Dette blir kommentert i teksten, sånn at man kan ta opp tråden i senere forskningsprosjekt.

Intervjuene har ikke omfattet informasjonsutveksling om enkeltbarn. Informantene har uttalt seg på generelt grunnlag. Informantene er anonymisert i likhet med kommunen de representerer. I rapporten vil det kun bli synlig hvorvidt den aktuelle kommunen er en bykommune eller en distriktskommune. Sitatene er derfor merket med enten D for distriktskommune eller B for bykommune. I tillegg vil det bli differensiert mellom R for rektor, L for lærer, H for helsesøster og FK for frisklivskoordinator. I tillegg vil informantene bli nummerert for å skille sitat som kommer fra for eksempel ulike helsesøstre og rektorer. Et sitat fra for eksempel én helsesøster i én distriktskommune vil derfor være merket med DH1, mens sitat fra en annen helsesøster i en annen distriktskommune vil være merket DH2 osv.

## 6. Resultat

Prosjektets mål var å frambringe kunnskap om årsaker og forebygging av overvekt blant barn med spesielt fokus på *geografi, atferd og kultur*, med andre ord kontekstuelle forklaringsfaktorer. Deretter skulle prosjektet sette fokus på mulige forskjeller i disse faktorene mellom bykommuner og bygdekommuner.

Rapportens resultatkapittel starter med å vise noen generelle betraktninger informantene hadde som premiss for de andre faktorene de trakk opp.

### 6.1 Veiging

Som nevnt innledningsvis, ga Helsedirektoratet i 2010 ut «Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten: Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge». Helsedirektoratet anbefaler her rutinemessige målinger av høyde, vekt og hodeomkrets på gitte alderstrinn i det forebyggende helsearbeidet blant barn og unge på helsestasjonene og i skolehelsetjenesten. Frem til 1997 ble skolebarn rutinemessig veid hos helsesøstre. Frykt for at det kunne oppleves som stigmatiserende, satte en stopper for det. Stadig tyngre barn og unge har likevel ført til at veiging gjeninnføres.

*«Men det er jo på en måte litt synd at vi har et samfunn som må veie og måle enkeltindivider for å avdekke, og koble inn, og forebygge at de blir for tung eller for lett. At vi ikke er et sånt samfunn som gjør at alle spiser det de trenger og rører seg det de trenger. Altså det er jo et sånn tiltak av en litt sånn kunstig – det er jo ikke en biologisk situasjon, det er jo en sånn kunstig situasjon» (BFK1)*

Gjeninnføring av veiging i 3. og 8. klassetrinn blir oppfattet som et varsku om at overvekt som fenomen må overvåkes og følges opp med tiltak. Biologien har ikke selv kontroll på dette og mennesker må veiledes til å ta de riktige valgene. Her blir det også tydelig at det er samfunnet som blir tillagt skylda for den situasjonen vi er i. Gjeninnføringen av veiging i 3. og 8. klasse, har likevel møtt motstand blant landets helsesøstre. Dette viste seg også i intervjuene som ble gjennomført med helsesøstre i dette prosjektet:

*«Nye retningslinjer på veiging og måling av barn som er seks år, og som er ni år – nei åtte år, eller første og tredje og åttende trinn da. Og da er det jo nye retningslinjer i forhold til det, og så er det jo opp til hver enkelt kommune hvordan man følger opp det da, ut i fra veilederen. Det følger jo ikke med noen ekstra ressurser, og det er kjempetidkrevende oppfølginger» (DH3)*

*«...hvis du skal ta fedmeepidemien på alvor, så må vi gjøre noe annet enn å skrive statistikker. Vi er nødt til å inn med tiltak. Og det er jo som helsesøstre har sagt at det ikke er tilført ekstra ressurser når de setter i gang med en så alvorlig sak som det her, så er det jo merkelig» (DH4)*

*«...det vi har slitt litt med er jo det her med ressurser, skulle jeg til å si, å gjøre noe med det når vi først avdekker det» (DH1)*

*Viktigheten av veiing, men også hvor nytteløst det er med en kartlegging av vekt for kartleggingens skyld, var noe rektorene også var inne på i våre intervju:*

*«Vi er nødt til å følge opp det vi kartlegger, eller så kan vi la være synes jeg» (DR2)*

Vi ser her at de negative tilbakemeldingene rundt veiinga, i størst grad handler om manglende tilleggsressurser. De ulike kommunene har selv ansvar for å finne en måte å tilnærme seg utfordringene på og de må prioritere de ressursene de har tilgjengelig for å kunne følge opp de som veiinga avdekker trenger oppfølging. Oppfatningen er at hvis man ikke har ressurser til å følge opp veiinga, kan man like gjerne droppe det. Helsesøstre føler de har en etisk plikt til å følge opp det veiinga avdekker og de ønsker å være i stand til å kunne gi et tilbud til de som trenger det.

Samtidig var det ikke bare negative erfaringer og tilbakemeldinger når det gjaldt gjeninnføring av veiing, noe dette sitatet fra en helsesøster i en bykommune er et eksempel på:

*«Jeg synes jo det burde vært mer. Jeg synes jo at det burde vært i 5.trinn òg. For det skjer utrolig mye fra 3. til 8. trinn. Og spesielt de siste årene på barneskolen når de begynner å gå hjem, når de begynner å ordne seg mat selv, når de går på butikken og kjøper seg boller. Så jeg synes jo at 8.trinn, det er jo alt for sent. Når jeg da snakker med dem her, og ringer til foreldrene og sånn, da er det jo nesten håpløst. Det er ikke håpløst, det er det ikke, men da er det blitt et mye mer etablert problem i forhold til spisevaner. Så jeg synes absolutt det burde ha vært om ikke hvert år, kanskje annethvert år» (BH6)*

Det er også holdninger som er koblet til viktigheten av å følge utviklingen i en periode i livet der det er mulig å gjøre noe med problemet. De opplever at man må starte prosessen før barnet er såpass gammelt at man ikke lengre har oversikt over inntaket av mat og aktiviteter som kan medføre vektøkning. I dette ligger det også et ønske om å kunne forebygge ved å fange opp en uønsket utvikling i kritiske perioder i barnas liv.

Problematikken og utfordringene knyttet til veiing i skolen er noe som over de siste årene har fått stor medieoppmerksomhet. Helsesøstre, lærere, foreldre og politikere er blant mange som i ulike medier har ytret seg om veiingen i skolen. Til dels kan man betrakte diskusjonene og sakene som fremgår i nyhetsmedier som avveininger og diskusjoner knyttet til nytteverdien av veiingen, sett i forhold til kostnaden, som innebærer ressursbruk og belastningen veiingen har på barna.

En annen generell betraktning som ligger som grunnlag for andre variabler de trekker opp, er at overvekt er et *sammensatt fenomen*.

## 6.2 Komplekse årsaksforhold

Hovedbudskapet fra samtlige informanter var at problemstillingen er sammensatt og kompleks. I tillegg slår ulike faktorer ulikt ut hos ulike mennesker. Dette gjør at overvektsproblematikken er vanskelig å komme i inngrep med.

*«Men at det var så komplekst, det overrasket meg altså. Tenkte liksom sånn, enda jeg har holdt på med unger hele livet, men at det var en så sammensatt problematikk, at vekta er liksom bare et resultat av et kjempedigert, sammensatt, enormt problem altså» (DH3)*

*«I mange av tilfellene så tenker jeg at det er sammensatt, altså at det er flere ting da som er utfordrende. De har sårbarhet på flere områder» (DH4).*

Denne kompleksiteten er også et resultat av at overvekt ofte er koblet til andre problemstillinger som for eksempel grensesetting, selvregulering og utagerende oppførsel.

*«...må jobbe litt med det på forskjellig områder – ikke bare innenfor helse, men flere instanser i kommunen. Kanskje få til litt mer samarbeid med skolene og barnehagene og fastlegene» (DR2)*

Denne kompleksiteten og koblingen til andre problemområder, fører til et behov for sammensatt oppfølging som inkluderer ulike aktører og etater. Det krever tverrfaglig jobbing.

*«Jo mindre systemer vi har i forhold til det tverrfaglige samarbeidet, det enklere blir det å samarbeide. Og det fungerer jo, for det er en oppmerksomhet som krever tiltak. Det er nivå 1. Og så går vi opp på nivå 2, det vil si at da involverer vi andre. Vi er jo egentlig på nivå 2. Vi involverer jo fysioterapeut, vi involverer aktivitet på skole, ikke sant. Vi involverer et annet ledd da, ikke bare på helsestasjonen. Det er ikke bare jeg som eier det her sammen med foreldrene, kan du si. Og så er det et nivå 3, da er det jo i forhold til at vi kanskje må henvise til spesialisthelsetjenesten. For det er så sammensatt. Det er så sammensatt hele bildet, at her er overvekten bare én ting, mens det andre er masse» (DH3)*

Utgangspunktet for resten av analysene, er kort oppsummert at veiing og måling er gjeninnført i 3. og 8. trinn, og at helsestasjoner i alle kommuner blir forpliktet til å følge opp med tiltak som tar tak i problematikken som veiing vil avdekke. Dette krever ressurser som flere helsesøstre opplever at de ikke har. I tillegg oppleves overvektsproblematikken som omfattende, sammensatt og kompleks, og det fører til et behov for samarbeid mellom ulike etater i en kommune. Kvaliteten på dette samarbeidet er avhengig av god kommunikasjon og tilgjengelighet mellom de ulike aktørene. I flere av intervjuene ble det i den sammenhengen nevnt som en fordel at kommunen er liten og gjennomsynlig.

## 6.3 Forskjeller by/land

Dette forprosjektet har hatt spesielt fokus på forskjeller i overvekt mellom urbane og rurale områder i Norge. Tidligere forskning har vist forskjeller som heller mot at overvektsproblematikken er større på bygda enn i byen. Resten av analysedelen vil derfor ha fokus på denne distinksjonen basert på informantenes egne vurderinger av de eventuelle forskjellene og hva de kommer av. Vi vil først presentere to grunnleggende faktorer som blir tillagt betydning for en urban-rural forskjell når det gjelder overvekt.

### 6.3.1 Sosioøkonomiske forskjeller

En stor del av forklaringen som er funnet i tidligere forskning, ligger i sosioøkonomiske variabler som utdanning, yrke og inntekt. Både nasjonale og internasjonale studier peker på det faktum at utdanningsnivået og inntektsnivået er lavere i rurale enn i urbane strøk. Dette er to faktorer som igjen er koblet til livsstiler som i varierende grad er helsefremmende. Men hva ligger det egentlig i det? Og hvordan kan man komme i inngrep med disse sosioøkonomiske/-kulturelle variablene?

*«Inntekt og utdanning, blodig urettferdig. Okay, vi konstaterer at det er sånn, men vi kan ikke la det bli sånn. Hva skal vi finne på for å oppveie dette? Kan vi tilby noe, legge til rette. Oppveie sosiale forskjeller» (DFK2)*

*«Alle kan ikke ta høyere utdanning, da blir bygda fraflytta» (DH1)*

Her ser vi at løsningen på sammenhengen mellom lav utdanning/inntekt og overvekt, ikke er så enkelt som å få folk til å ta høyere utdanning. I rurale strøk er man avhengig av at ulike roller blir ivaretatt og disse rollene trenger ofte ikke høyere utdanning for å kunne håndteres på best mulig måte. Hvis alle skulle tatt høyere utdanning, ville en større andel av unge som har vokst opp på bygda, flytte inn til byen og med stor sannsynlighet blitt boende der.

Det var også viktig for informantene å understreke at det ikke er vrangvilje som ligger bak overvektsproblematikken.

*«Du vil din egen unge det beste, enten du har høy eller lav utdanning så vil du det» (DFK2)*

*«...det blir veldig sånn skummelt fokus altså. Akkurat som om folk med høyere utdanning er noe flinkere til å leve livene sine? Er det sånn? Eller er det bare en stigmatisering?» (DH3)*

Informantene vektlegger at man ikke kan avslutte forskningen etter å ha stadfestet at overvekt henger sammen med inntekt og utdanning, for alle foreldre vil ungene sine det beste. Hva som oppfattes «å være det beste for egne barn» varierer med variabler

som utdanningsnivå, inntektsnivå og bosted. Man må spørre hvorfor det er slik. Satt på spissen: det er ikke samfunnsmessig bærekraft at løsningen på folkehelseproblemet er at alle tar høyere utdanning. For som en av helsesøstrene vi intervjuet i en distriktskommune sier, så betyr ikke tallene noe så lenge man ikke skjønner hvorfor det er sånn:

*«...alt sånn sosioøkonomisk, altså hvis man tok overvekt, undervekt, økonomi, utdanning, altså hvis man tok by, land –, så har du noe overrepresentasjon i forhold til overvekt og økonomi, utdanning, ikke sant? Du fikk jo det skillet der. Men hva betyr skillet? Og hvordan forholder vi oss til det? For tallene er ingenting altså hvis ikke en skjønner hvorfor det er sånn» (DH3)*

Hva er det så med utdanning, yrke og inntekt som gjør at man ser denne sammenhengen?

*«Jo, jeg mener det kan ligge i den kunnskapen, at det ikke er full forståelse for den her kraften det er i for eksempel sjokoladen, på en måte» (BFK1)*

*«Ok, har vi den foreldregruppa som kanskje har litt lavere utdanningsnivå, ja hva kan vi gjøre med det? Ja, da må vi inn med kunnskap da!» (DH4)*

*«Det er klart kunnskap, kunnskap om livsstilssykdommer, kunnskap om bra mat, i forhold til aktivitet, alt mulig, klart det er viktig! Det er kjempeviktig, og klart, kanskje har de mer kunnskap ... Altså, jeg tror ikke du har mer kunnskap, men hvis du har tatt utdanning og på en måte har gjort deg noen erfaringer, så kan du tilegne deg kunnskap på en annen måte. Jeg tror det handler om det, måten du kan tilegne deg kunnskap på» (DH1)*

Manglende kunnskap blir som vi ser av sitatene ovenfor trukket fram som en mulig forklaring på hvorfor de sosioøkonomiske variablene har denne effekten på overvekt. Og det var bred enighet om at det må mere kunnskap inn, målretta kunnskap som er tilpasset mottakeren. Det ble også nevnt at det ikke bare er mengden eller typen kunnskap det kommer an på, men også måten du tilegner deg kunnskapen på og hvorvidt kunnskapen blir omsatt i tiltak og konsekvenser. Men hvorfor slår ikke sosioøkonomiske faktorer ut så sterkt i urbane strøk?

*«Det kan være sånn at i byen er det mer sammensatt, man omgås hverandre med lav og høy utdanning i skolesammenheng osv... man får informasjon fra flere steder, det kan kanskje utjevne dette med kunnskap» (DH5)*

Det blir her spekulert i om de som bor i urbane strøk får med seg mer informasjon på ulike arenaer fordi befolkningen er mer sammensatt i byene. Der omgås man i for eksempel skolesammenheng eller organisasjonssammenheng på tvers av utdanningsnivå. Man får utfordret sine holdninger, og kunnskapsnivået blir supplert ubevisst.



### 6.3.2 Bygdestigma

En annen faktor som viste seg å være grunnleggende for flere av informantene i deres argumentasjon rundt årsaker og håndtering av overvekt, var en oppfatning av at overvektsproblematikken ble omtalt og jobbet med på *urbane premisser*.

En av informantene i en rural kommune som i ulike sammenhenger har diskutert overvektsproblematikk med offentlige myndigheter sentralt plassert i landet, hadde følgende oppfatning av sentrale myndigheters syn på rural overvekt:

*«...en trend at det er så stigmatiserende. At når du er på landsbygda så er du feit, og du er dum. Det er som en sånn pakke som gjør at det å være utenfor de mest sentrale byområdene, da er du liksom i utgangspunktet ikke særlig bra som menneske da» (DH3)*

*«Bygda. Det er liksom slemmingen» (DH4)*

Helsearbeidere opplever at i sammenhenger der helseproblematikk blir diskutert, blir bygda og det rurale omtalt som noe enhetlig, med et negativt fortegn. Som vi var inne på i avsnitt 3.1, kan narrativer rundt det rurale ha innvirkning på evnen til å oppriktig se bygda og folkene som bor der, og det er dette informantene understreker at de opplever. Det handler om de mentale bildene av bygda som er sosialt konstruerte bilder som får praktiske konsekvenser gjennom for eksempel politiske tiltak. Det handler om at sosialt skapte bilder og oppfatninger legger premissene for en horrorifisering av bygda som igjen fører til en stigmatisering som oppleves som et problem for de som jobber med overvektsproblematikken og også for de som skal motta hjelp og vegledning.

Det handler også om de som gjennom forskning legger premissene:

*«Det der med; hvem er det som setter standarden? Synes jeg blir litt viktig. For det har blitt litt sånn at er du ... Forskning og utdanning og alt mulig, det er jo... det er lettere å gjøre sånne type ting og få sånne sannheter eller usannheter i fra byene, fordi det er der det er forskningsmiljøer. Det er ikke forskningsmiljø rundt omkring i ikke-urbane strøk, ikke sant. Så du får ikke den der motpolen som jeg tror er litt viktig å huske på» (DH3)*

*«Men det kan ikke bare være sånn, at det er byen som setter standarden for det på bygda» (DH4)*

*«Det synes jeg er viktig for bygdeforskning da, at en virkelig går inn i bygda og ikke har med seg alle de der forutinntatte meningene» (DH1)*

Det er en opplevelse av at tematikken diskuteres på urbane premisser, av forskere og forskningsmiljø som selv er et produkt av byen. Det er med andre ord viktig for de som jobber med dette å passe på at man diskuterer ut fra rurale forutsetninger.

Og det handler ikke bare om å oppheve et negativt stigma, det handler også om å skape en økt verdsetting av «det rurale», og det som foregår på bygda.

*«Men det som òg er litt sånn betenkelig i tida vi lever i, at hvis du skal på en aktivitet så skal det være så voldsomt, da skal det være nesten sånn kiting, eller du skal hoppe ned et bratt berg, eller du skal inn i en park og være så på grensen til hva du kan tørre å gjøre. Hvorfor er det sånn da? Det kan da være like greit å gå inn over fjellet og bare ha det helt all right, og så oppleve naturen på naturens premisser?» (DH4)*

*«Jeg tror vi må begynne å framsnakke det som foregår på bygda òg, og det med jakt og fiske, og det med friluftsliv, altså det der ... Og det er jo heldigvis nå da skjedd endring på at det faktisk er ok å dra på ferietur, på fisketur og gåtur i Norge. Vi trenger ikke sydenturen, vi trenger ikke de der utenlandsoppholdene for at vi skal være akseptert når vi kommer tilbake på skolen. Det er bra! Men jeg tror vi må fylle på enda mer der. Og da tror jeg faktisk bygdene har en ... Har litt å gjøre, jobbe med. Framsnakke, det tror jeg er kjempeviktig!» (DH3)*

Denne opplevelsen av at bygda er stigmatisert og for lite nyansert, korresponderer godt med «rural horrorifisering» som nevnt ovenfor. Ved at folk stadig opplever å bli feiltolket og misforstått på bakgrunn av opparbeidede myter, kan det oppstå en avmaktsfølelse. Dette kan igjen fører til motkultur eller en motarbeidelse av de rådene og de tiltakene som blir satt i gang i forhold til overvektsproblematikken på bygda. Det trenger ikke å faktisk være sånn at det er myter og generaliseringer som ligger bak de foreslåtte tiltakene, det er nok at det foreligger en oppfatning blant folk av at det er slik.

Det vil med andre ord være viktig å tilstrebe seg en så korrekt og nøyaktig forståelse av virkeligheten som mulig og også av den aktuelle brukeren. Forskning viser samtidig at det fortsatt er uvisshet rundt forklaringene på ulikhet i overvekt mellom rurale og urbane bosteder. Alt kan ikke forklares med sosioøkonomiske forklaringsvariabler og et bygdestigma. Videre utover i rapporten vil vi synliggjøre andre faktorer som ble trukket fram i de ulike intervjuene og som ble tillagt betydning for forskjellen mellom rurale og urbane strøk.

## **6.4 Kommunal organisering/struktur**

*Kommunal organisering og størrelse på kommunen* ble trukket fram som en faktor som kan ha betydning for gjennomføring og kvalitet på arbeidet som utføres i forbindelse med oppfølging av mennesker med overvektsproblemer. Dette er faktorer som både handler om *avstand* og *nærhet*. Den pågående kommunereformen, og sammenslåing av kommuner, vil kunne få betydning i denne sammenhengen.

### 6.4.1 Avstand

Den hyppigst nevnte faktoren som ble koblet til overvektsproblem på bygda, var spredtbebyggelse og lange avstander mellom der folk bor, og skole og aktiviteter, noe som de mente førte til økt bruk av bil og stillesitting på bussen.

*«Sånn som her da...det er ikke én unge som går til skolen da. Vi har jo en livsfarlig veg her nå da vet du, så alle har jo skyss. Det er ingen som går, knapt nok sykler» (DR2)*

*«...eller så bor du litt utenom, utenom selve sentrum, så langt unna aktivitetene at du blir kjørt» (DH2)*

Dette fenomenet passer godt inn i den tidligere nevnte endringa i fordeling mellom energi inn og energi vi forbrenner. Før var det mer vanlig at unger gikk til skolen uavhengig av avstand. Dette både fordi det var mangel på muligheter for bilskyss til skolen samtidig som at skoleveien var tryggere på grunn av færre biler. I mer tettbygde strøk er situasjonen en annen i forhold til at mange av aktivitetene er innenfor gå/sykkelaavstand.

En annen måte vurdere avstand på, er avstanden inn til byen og spesialisthelsetjenesten. Det blir tydelig blant informantene at på tross av spredtbygdhet i rurale strøk, så har bygda på bakgrunn av færre innbyggere et tettere forhold med tanke på samhandling mellom de som kan hjelpe og de som trenger hjelp. For det første handler det om geografisk avstand mellom pasientene og spesialisthelsetjenesten:

*«...der vi henviser til spesialisthelsetjenesten, de blir kjørt i bil i flere timer til Trondheim for å sitte i et møte, skape en endring, og kjøre hjem igjen. Istedenfor å ta tak i hva kan gjøres der ungen bor» (DH4)*

Her ser vi en forståelse av den geografiske avstanden som noe som virker fremmedgjørende i forhold til at de som gir råd ikke har kjennskap til området og dagliglivet til de som er inne til veiledning.

Avstand blir med andre ord trukket fram som en forklaringsfaktor både når det gjelder avstand innad i kommunene og når det gjelder avstand til spesialisthelsetjenesten i byen.

Kommunal organisering og struktur handler også om nærheten som oppstår når de som skal bidra til å løse problemet har oversikt og nær kjennskap til den som trenger veiledning. Denne nærheten kobles både til kjennskap til de fysiske omgivelsene, men også den mentale nærheten.

## 6.4.2 Nærhet

Opplevelsen av at nærhet og lokalkunnskap er viktig fører til at flere av informantene sier at det beste er om de klarer å løse problemene lokalt, der den overvektige bor.

*«Vil jo gjerne at vi skal prøve å få til mest mulig kommunalt før vi sender til spesialisthelsetjenesten, for de ser jo at det blir så langt unna pasienten, at det blir vanskelig å få til det samme da, nærheten» (DH2)*

*«...tenkte at det var smart, fordi at det er jo der ungen bor, den endringen i hverdagen, for det er jo en livsstilsendring. Endringen fra å bli kjørt til å gå til skolen da. De kan jo alltid få den beskjeden når du er i en legeundersøkelse på St. Olavs med en lege, kan jo gå gjennom alle de ulike tiltakene, men vi vet jo hvordan veiene ser ut, kanskje de ikke klarer å gå hele veien, men kanskje halve, så kan vi snakke med foreldrene om det...at de kan sette ungen av halvveis, ikke sant?» (DH4)*

Selv om mange tillegger fysisk aktivitet høy viktighet i forhold til vekt og vektnedgang, kan det likevel være en utfordring å legge til rette for fysisk aktivitet i hverdagen. Ved at behandler har nær kjennskap til de faktiske forholdene rundt barnet, kan det lages konkrete opplegg som er gjennomførbare på daglig basis. Man kommer nærmere inn på en mulig løsning på problemet, man blir mer konkret.

*«Og det er jo det vi snakket litt om vi òg, det der med å få tiltakene inn der de faktisk bor og de kan bli kjent med det. For det var nå en familie her som: «Hæ, går det an det ja? Finnes det det ja?» «Ja, prøv det!» Og de hadde stor glede av å ta en sånn postløype da, men de følte at det var ... Alt det andre som det ble snakket om ble så voldsomt å klare. At istedenfor å klare noen ting, så ble de passive» (DH3).*

I tillegg blir sosial nærhet nevnt som viktig;

*«Foreldre føler seg ofte hjelpeløse og de synes det er vanskelig å ta tak, og da er det jo enklere for dem...det der med at vi møter dem mye mer tett, ikke sant. Vi møter de jo også i flere sammenhenger vi på en måte. Det er ikke noe annerledes med dem enn alle andre som vi har kontakt med. Altså vi normaliserer det på en ok måte synes jeg» (DH1|)*

Denne sosiale nærheten og kjennskapet blir også trukket fram som positiv i forhold til det tverrfaglige samarbeidet som kreves og muligheten for å se situasjonen i sammenheng, i en bredere kontekst;

*«...er et godt samarbeid... ja, med alle egentlig, men vi er en liten kommune, vi kjenner hverandre. Vi får til å se helheten mer rundt ungene tror jeg» (DR3)*

Det å kjenne familiene, de fysiske forholdene de lever under, hvilke andre utfordringer de eventuelt sliter med og samtidig ha fysisk nærhet til andre aktører som er inne i bildet, blir oppfattet som å gjøre det enklere for behandlingsapparatet å sette inn tiltak som er gjennomførbare og samtidig lettere å følge opp.

Rurale kjennetegn som spredtbygdhet og få mennesker i et område kan altså medføre positive resultat og et mulighetsrom. Samtidig som at avstand kan føre til stillesitting ved at ungene blir kjørt til og fra ulike aktiviteter.

Nærhet til brukeren kan være spesielt viktig med tanke på argumentasjonen rundt opplevelsen av at overvekt ofte blir diskutert ut fra urbane premisser. Dette kan føre med seg at folk blir fremmedgjort situasjonen og løsningene, og at de derfor trekker seg ut av opplegget. Ved hjelp av nærhet og lokal kunnskap både til brukeren og til de omgivelsene som omgir brukeren, er det mulig å tilpasse en behandling som stemmer med deres egen virkelighetsoppfattelse og man kan unngå en eventuell motreaksjon som følge av opplevd stigmatisering og fremmedgjøring.

Her må det legges til at nærhet også kan være en utfordring av de samme grunnene som trekkes fram som en fordel. Nærhetsutfordringer kan for eksempel være koblet til barnevern eller andre forhold som kan være vanskelig å ta tak i nettopp på grunn av tette sosiale koblinger med komplekse og nære bånd mellom etater og mellom mennesker som skal forholde seg til hverandre også utenfor jobbarenaen. Dette ble ikke et tema i noen av intervjuene.

## 6.5 «Nå skal vi kose oss»

Et annet forhold som fikk stor plass i så godt som alle intervjuene, var en opplevelse av at vi «koser oss» mer enn før. Dette gjelder i flere sammenhenger og forklares med ulike årsaker. Utgangspunktet er at kroppen ikke er konstruert for mer «kosing» i form av økt inntak av «kosemat» samtidig som vi i større grad sitter stille.

*«Og så tenker jeg...; jaja, boller med ekte smør, og kake, det er jo fett, der må smaken sitte og... Og så tenker jeg ja, har det vært bare den ene gangen, eller ei helg i måneden, eller annenhver helg, eller hver søndag eller sånn, så har jo det kanskje vært greit. Men når du får seks sjokoladeboller på Esso, ikke sant, så kommer de i tillegg. Det blir så mye i tillegg. Og så holder du på de gamle tradisjonene fra før av, akkurat som det ikke har skjedd noe nytt rundt» (BFK1)*

*«Jeg tenker, kroppen vår er et sånt produkt fra genene fra gammelt av, og så har vi fått en helt annen livsstil, og så matcher det ikke. Rett og slett» (BFK2)*

Det settes fokus på at vår livsstil endrer seg slik at det blir et større energiinntak enn det kroppen klarer å forbrenne. Og en av våre livstilsendringer blir ansett for å være ønsket om å «kose oss» mer enn før.

*«...jeg tror at hele samfunnet har blitt sånn at vi skal kose oss, vi må unne oss noe godt, og vi har tilgang på noe godt, og vi har penger til noe godt» (BFK1)*

*«Så jeg tror vi har laget oss et samfunn der vi skal kose oss» (BFK2)*

Vi skal altså kose oss mer, vi skal unne oss god mat og drikke, og vi har råd til det.

*«Ja, tilgjengelig. Altså, det har sklidd ut tror jeg mye, den her lørdagskosen som var før. Nå er det brus i skapene, det er tilgjengelig. Mer penger, folk har bedre råd, kan kjøpe inn mye mer. Potetgull ligger i skapene til enhver tid» (BH6)*

Kosen settes altså her i sammenheng med tilgjengelighet i form av god råd til å kjøpe noe ekstra. I tillegg til at vi i stadig større grad skal kose oss, kommer størrelsen på porsjonene vi inntar.

*Og så tenker jeg, det er jo også denne økningen av størrelsen, ikke sant. Du kjøper jo en svær sånn smågodtpose, du kjøper jo ikke bare et kremmerhus (BFK2)*

*«Og hva som er mye og hva det gjør bare med psyken vår, at «nå er jeg så tilfreds for jeg har fått en hel strut», og da opplever du det som mye! Men hvis du har den boksen, og du får bare tre godteri nedi der, så; «det her var jo kjempelite!»» (DH1)*

Det settes fokus på en opplevd situasjon som handler om at vi har endret livsstilen mot en tilstand der vi skal kose oss mer enn før. Det er blitt lørdag flere dager i uka. Kosen er ikke lengre forbeholdt faste dager, men det er mer legitimt å kose seg gjennom hele uka. I tillegg er porsjonene vi koser oss med blitt større. Tallerkenene er blitt større, godteriposene, eller godteribøttene på butikkene er blitt større, og vi har fått bedre råd til å unne oss dette. Det er ikke lengre en luksus som man ikke kunne tillate seg flere dager i uka. Slår så denne livsstilsendringen ulikt ut på bygda og i byen?

### **6.5.1 Sosiale Arrangement; mengde, og distinksjonen mellom hjemmebakt og «kjøpakak»**

Flere av informantene uttaler i intervjuene at det på bygda er stort fokus på å servere skikkelig mat i ulike sosiale sammenhenger. Informantene fra de ulike bygdekommunene trekker fram ulikheter mellom by og bygd på dette området.

*«Ja, det er både kos og det er høflighet det da, å ha noe å servere. For jeg tror kanskje ikke at fryserne i byen er fulle av fyrstekake, men her så tror jeg det er både lefse og fyrstekake og smultringer, sant? Klar til å tas opp» (DR)*

Det handler altså om å ha noe på lur i tilfelle besøk. Det kobles både til kos og høflighet. Og i denne første sammenhengen er det knyttet til hverdagen. Fenomenet blir likevel enda tydeligere når man snakker om spesielle arrangement som for eksempel bryllup:

*«Man ser det jo i forhold til når en drar i bryllup for eksempel. Er en på landet i Trøndelag, så er det førti kaker. Ikke fordi at man trenger det, men fordi alle har med ei kake. Kommer man til Oslo så er det ei kake» (DR2)*

Man ser her at det ikke blir gjort en vurdering ut fra antallet gjester, men det er skikk og bruk at alle tar med ei kake.

*«...man er redd for at det skal bli for lite» (DR2)*

Det at det på bygda er skikk og bruk at det skal være mer enn nok til alle er noe informantene fra både bykommuner og distriktskommuner løftet fram som utfordrende for det forebyggende folkehelsearbeidet. Det første sitatet er et eksempel hentet fra intervjuet med en helsesøster som arbeider i en bykommune, mens det andre sitatet er fra intervjuet med en frisklivskoordinator som arbeider i en distriktskommune:

*«Jeg tror et annet fenomen på bygda er ofte det her med å ta med kaker til alle slags arrangement. Også til hverandre, hvis det er noen som har noe lag eller noe sånt og de tar med, og det er nok mye mer den her lokale fellesskapsfølelsen der alle skal bidra med litt, eller sitt. Og sånn er det jo ikke så mye av i en by da. Der er du litt sånn overlatt til deg selv, skulle jeg til å si.. Du har jo de her dugnadene og sånn her også, men det er på måte det å ta med kaker og ta med masse til sånne forskjellige arrangement da, det tror jeg ikke er så stor grad i byen» (BH6).*

*«Det er en snakkis i bygda vår. Når de er i bryllup i byen for eksempel. Kaffen kom ikke før midnatt og det var bare ei kake. Det er stas å snakke om det. Liker å snakke om det trønderske kakebordet. Men når folk forteller om den ene kaka som kommer midnatt, hva ligger det i det; Underforstått: De fra byen har ikke skjønt hvordan dette skal gjøres» (DFK1)*

Dette handler om tradisjoner, skikk og bruk. Det handler om at man skal servere rikelig med mat når man ber inn til sosialt samvær, og det er viktig at det er nok til alle. Dette blir satt opp mot det som anses å være skikken i byen. Dette i seg selv er et eksempel på tradisjoner, holdninger og verdier som i utgangspunktet er positiv for samholdet og fellesskapsfølelsen i en kommune. Problemet oppstår når det blir for mye av det, og når det blir fest og helg hele uka:

*«Det er denne holdningen som påvirker også det daglige» (DFK2)*

En annen distinksjon som ble trukket opp, var skillet mellom hjemmebak og «kjøpakak».

*«Når jeg er på besøk på bygda får jeg ofte noe hjemmebak, boller osv. Men hos venner i byen, da er det gjerne utsøkt sjokolade, mer moderne det du får servert til kaffen. Den mørke sjokoladen er sunnere og du tar bare en bit i stedet for to plater med vafler. Mer fristende med vafler men mer sofistikert med mørk sjokolade» (DFK2)*

*«Vi har mye venner i byen og på bygda. Har erfart at det er forskjell på dem når de skal bidra med kake til selskap for eksempel. Fra bygda kommer det hjemmebakke kaker og de fra byen de kjøper kaker. Bygdefolket kommenterer det og understreker at de fra byen ikke baker selv» (DFK)*

Relevansen ved å trekke fram skillet mellom hjemmebakt og kjøpt kake, ligger i tanken om at tiden man bruker, kreftene man legger i bakinga, utgjør en stor del av den sosiale kapitalens regnskap. Hjemmebakt er en del av en type bygdehabitus der spillereglene for det sosiale feltet handler om å gjør seg flid og bruke tid for å vise kompetanse og høflighet ovenfor gjestene. Da kommer det sosiale kapitalens regnskap ut med «pluss på bunnlinja».

Det er altså tydelig at informantene har en formening om at noe av årsaken bak overvekt på bygda har noe med kosthold å gjøre. Det handler om *hva* vi spiser, *når* vi spiser og *hvor mye* vi spiser. Dette henger sammen med skikk og bruk, og gamle tradisjoner.

Et viktig poeng i tilknytning til dette, var verdien som ligger i en slik måte å tenke på og hva man kan miste ved å ha så stort fokus på slike faktorer koblet til overvekt:

*«Vi blir jo fattig i sjela da. Det skal være litt bugnende når du har barnedåp og konfirmasjon og litt sånn ja... Men en må ha et skille på hverdag og fest! Det er jo det skillet som har blitt hvisket ut» (DH4)*

Dette er en interessant og viktig distinksjon; det er ikke nødvendigvis skikken med bugnende kakebord i sosiale sammenhenger i seg selv som er problemet, problemet er at festmat og tradisjoner tilknyttet fest, er blitt hverdagskost. Informantene legger vekt på at både festen og festbordet er viktig, og at vi som samfunn blir fattig hvis vi tar knekken på all tradisjon og kultur som kan være en årsak til overvekt. Da er det viktigere å strukturere det, og sette grenser for utbredelsen, å skille hverdag og fest, slik informantene ser det.

### **6.5.2 Å være ei god mor/husmor**

Det å ha noe klart i tilfelle det kommer besøk, handler også om å opparbeide seg en identitet som god mor/husmor. Det handler om høflighet og det handler om å vise kompetanse. Kompetanse på hjemmebakst og kompetanse på høflighet.

*«For det handler om ett eller annet nedarvet, at sånn må vi gjøre det for å være ordentlig husmor...» (DR2)*

*«Altså hvis du er vokst opp med – sånn som noen foreldre sier til oss at; «vet du hva, vi vokste opp med at du måtte spise godt, for da var ho mamma ei flink mor. Ho fikk i oss maten, ikke sant, og vi var hennes tegn på vellykkethet.» Og når du da skal lære deg at... «For mitt barn, da blir jeg vellykket hvis jeg klarer å sette grenser for mitt barn og redusere det mitt barn spiser». Så da gjør du noe med den her personen som plutselig skal snu sitt psykiske bilde i hodet» (BFK1)*

Vi ser her at det handler om at definisjonen på rolle kvalitet endrer seg. Det som en gang var definisjonen på ei god mor, nemlig å få i barna hjemmelagd mat i store mengder, blir av informantene pekt på som vrent ut inn. I dag blir man vurdert etter hvorvidt man klarer å balansere barnas kosthold og holde et øye med mengden ungene får i seg og dermed også passe vekta til ungene. Dette er en utfordring som



stikker dypere enn å endre vanene sine. Det handler om identiteten som mor. Det handler om å endre på opplærte sannheter som er blitt en del av din habitus. Det er noe du gjør automatisk fordi det er nedarvet og kroppsliggjort.

Det denne bolken viser oss, er at det ligger en god del kultur og tradisjon til grunn for de valgene som blir tatt i forhold til kosthold og vurdering av mulige konsekvenser som følge av kostholdet. Dette er faktorer som kan være vanskelig å gjøre noe med, og som også synliggjør utfordringene når man ser på livskvalitet under ett. Informantene fremhever det at det i bygde-Norge over lang tid er bygd opp et system rundt «kos» koblet til skikk og bruk, og identitet. Det er krevende å gjøre noe med sammenhengen mellom «kos» og overvekt, og samtidig unngå å omdefinere en fellesskapsbyggende tradisjon til noe som påkaller pekefingeren.

## 6.6 To-familiesystem

Det var flere av informantene som kommenterte at familiestruktur kan spille en rolle for barns risiko for å utvikle overvekt. Det å bo i et to-familiesystem kan gjøre det utfordrende å holde oversikt over kostholdet til barna. Dette gjaldt både når det var snakk om generasjonsbolig og når det var snakk om skilsmissefamilier.

### 6.6.1 Generasjonsbolig

Fortsatt er det innimellom sånn, kanskje spesielt i bygdekommuner, at to generasjoner bor sammen i umiddelbar geografisk nærhet. I dette prosjektet kom de potensielle utfordringene med generasjonsboliger opp i forbindelse med unger som bodde på gårdsbruk.

*«...de som bor på gård og er flere generasjoner, det er ingen som ser noen helhet i kostholdet deres, for de kan spise der de har den beste maten» (DR2)*

Et av poengene som ble dratt ut av et oppfatta potensielt problem med to-generasjonsboliger, var at oversikten og helheten gikk tapt. Det ble vanskelig å følge med på både mengden mat og type mat som ble inntatt.

*«Og en del bor kanskje nærmere besteforeldre og sånn ute på bygda, sånn at de er mer der. Hører jo ofte det at foreldrene prøver liksom å holde en sunn livsstil, men så er de hos besteforeldrene og de er ikke så nøye på om de får litt godt. Ja, de må få litt godt når de kommer på besøk» (DH2)*

I tillegg var det oppfattet som et problem at det kan være ulike holdninger mellom generasjoner når det gjelder hva som er et sunt kosthold. I tillegg er det et uttalt fenomen at besteforeldre har lov til å skjemme bort ungene litt ekstra, noe som kan få uønska konsekvenser hvis det gjentar seg ofte, for ikke å si hver dag.

*«Ja, den er ganske klassisk. Og det kan bli to middager også, ikke sant. Stikker innom der etter skolen før resten har kommet hjem» (DH1)*

Generasjonsbolig og det faktum at unger i et slikt system springer imellom og får dobbelt opp av både middager og godsaker, er et annet eksempel på tradisjon, skikk og bruk som i utgangspunktet har en konnotasjon til noe hyggelig og fellesskapsbyggende. I denne sammenhengen blir det et problem i lys av den endrede konteksten disse barna vokser opp i. For ikke alt for mange år siden, deltok barna i gårdsarbeidet på en helt annen måte enn dagens unger gjør. Dette fører til den før nevnte ubalansen i energiligningen. Samme mengde energi går inn, men bare en brøkdel av energien forbrennes ved fysisk arbeid og aktivitet. Når omverden eller det sosiale feltet endrer seg kan tradisjoner endre fortegn, og føre til et behov for å endre feltets spilleregler.

### **6.6.2 Skilsmissehjem**

En annen variant av to-familiesystem som ble nevnt som en potensiell utfordring, var skilsmissehjemmene. Hovedpoenget er det same her som i to-generasjonsboligene, nemlig grensesetting i situasjoner der mor og far ikke var enige om hvor grensene skulle gå.

*«Grensesetting. Og så har du delt boligen, altså du har et skilsmissebarn, så får du den der hele tiden mellom mor og far ... at kanskje mor da eller far – en av foreldrene setter mer grenser og den andre ikke. Kjøper ungene sine på et vis da. Og så får du det her ... Motpolene hele tiden, og så blir det en konflikt for ungen; for «hvem av mine foreldre er det som snakker sant? Kan jeg spise godteri hver dag, eller kan jeg bare ha det på lørdagene?» » (DH3)*

I tillegg kan det handle om at begge foreldrene gjerne vil være den som legger best til rette for å kose seg. Det blir vanskeligere å skille mellom hverdag og helg når man har ungene sjeldnere.

Også i forhold til denne problemstillingen ble det trukket fram et potensial for forskjell mellom by og bygd. Konsekvensene ved flytting og det å bo i ulike husstander langt fra hverandre ble trukket fram i noen av intervjuene.

*«I byen når ungen er hos far eller mor, så er det et miljø rundt her, ungen kan hive seg på bussen til venninna eller og de bor ikke så langt fra hverandre. Sånn at de kan beholde kamerater uansett hvor de er. På bygda så kan far og mor bo en mil fra hverandre, men ungen går på samme skole. Venninna kan også være 1 mil unna. Hva gjør du da? Du spiller kanskje dataspill og sitter og spiser og koser deg med det far har satt foran deg. Vi bor langt fra hverandre, de tar buss til skolen. Ikke så ofte at far bosetter seg i nabohuset hvis det er bare tre hus der. Ungene blir mer ensom på bygda når de har skilte foreldre» (DFK2)*

Her ser vi at distinksjonen mellom bygd og by blir dratt fram som resultat av at man i byen bor tettere på hverandre og at det å bo i to ulike bopeler innenfor samme

skolekrets ikke får de samme konsekvensene i byen som på bygda. I byen vil det å flytte innenfor skolekretsen ikke ha så store konsekvenser i forhold til avstander mellom venner. De kan fortsatt sykle på besøk til hverandre. På bygda derimot, der en skolekrets kan ha atskillig større geografisk omkrets, kan et skifte av bopel bety at gamle venner plutselig blir så langt unna at de må kjøres imellom for å treffes.

## 6.7 Kroppsideal

En annen faktor som kom til syne og som ble koblet til bygdekultur, var en observasjon rundt at det eksisterer et litt annet *kroppsideal* på bygda.

*«Du skal være litt rund og ha litt hold kanskje og på landsbygda da. Det er et tegn på velstand, at ikke ungene er avmagret» (DR2)*

Her trekkes det fram en argumentasjon som kobler kroppssynet til det som tradisjonelt var et kroppssyn koblet til at du hadde råd til å fore opp ungene dine. Det at ungene var ved godt hold ble sett på som et tegn på velholdenhet i familien.

*«Men det er jo litt sånn fra gammelt av, liksom når ungene var god og rund, da var de fine ja liksom» (DH1)*

*«Tror i hvert fall den besteforeldregenerasjonen, vet ikke om dagens foreldre er sånn, men besteforeldregenerasjonen så litt sånn på ungene, at de skulle være litt sånn god og rund» (DH2)*

I det forrige sitatet ligger det en oppfatning av at besteforeldregenerasjonen så det som en fordel at ungene var god og rund fordi det kunne være greit å ha noe å tære på, noe som igjen var koblet til en vurdering av at matinntaket hadde betydning for arbeidskapasiteten. Dette er et nytt eksempel på at konteksten endrer seg og at de eldre generasjonene har en erfaringsbakgrunn som er koblet til at ungene var en del av arbeidskraften som deltok i fysisk hardt arbeid.

Man ser av sitatene at dette kroppsidealet vurderes som noe som er i ferd med å endre seg med yngre generasjoner vant til mer mekanisert og stillesittende arbeid. Men samtidig kan det som neste sitat fra en helsesøster i en distriktskommune viser fortsatt henge igjen og legge grunnlag for at overvekt er mer akseptert på bygda og i rurale strøk:

*«På ungdomsskolenivå så ser vi jo det der kroppspresset og det med å passe inn, og det er jo like mye av det her som i en by. Men kanskje at det er mer akseptert da» (DH2)*

Det blir med andre ord antydnet at det er ulike kroppsideal i byen og på bygda som kan henge sammen med forholdene før i tiden, der det ble sett på som sunnhet og god arbeidskapasitet og være «god og rund». Nå har situasjonen endret seg, og godt foreldreskap blir vurdert på en annen måte.

## 7. Drøfting

Dette prosjektet hadde som hovedmål å bidra til å utvikle ny kunnskap om overvekt hos barn i norske distriktskommuner. I og med at det foreløpig er sparsomt med forskning på rural overvekt, var tanken å gå åpent og eksplorerende ut, og søke å komme bak de sosioøkonomiske, *komposisjonelle* forklaringsvariablene og samtidig lete etter andre mulige *kontekstuelle* forklaringsvariabler som kan være knyttet til *geografi, atferd og kultur*.

Rapporten kan ikke brukes til å påvise årsakssammenhenger, men det gir et innblikk i hvilke sammenhenger aktører som arbeider tett med overvektige barn oppfatter har betydning. Denne forstudien gir et innblikk i helsesøstres og læreres/rektors inntrykk av årsakene til overvektsproblematikken på bygda, og samtidig deres oppfatninger av hvorfor det er forskjeller mellom urbane og rurale strøk. Informantene har uttalt seg på generelt grunnlag og ut fra sine egne, personlige erfaringer. Dette er nyttig kunnskap å ta med seg videre i arbeidet med å designe forskningsprosjekt som skal finne årsakssammenhengene som ligger til grunn for at andelen overvektige barn er større på bygda enn i byen.

### 7.1 Rurale briller

En grunnleggende holdning som kom til syne, var at overvektsutfordringer av mange sentrale aktører på feltet (myndigheter, helsevesen og forskere) blir definert, håndtert og kommunisert ut fra et urbant perspektiv og med urbane briller. Det oppleves som at bygda har fått et stempel som umoderne og «harry». Denne beskrivelsen korresponderer med teorien om horrorifisering av bygda, der stigmatisering blir resultatet, og premissene for rurale utfordringer blir feilaktige og misvisende. Dette stigmaet blir opplevd som en realitet skapt både av folk generelt og aktører som jobber med tematikken spesielt. Her regnes både helsearbeidere og forskere.

Vi vet at forestillinger om det rurale påvirker politiske så vel som individuelle handlingsvalg. Synet på, og holdninger til, det rurale påvirker også samfunnets evne til å se utfordringene som utvikler seg, samt hvordan negative trender håndteres og forebygges. På den ene siden eksisterer en forestilling av bygda som *marginalisert*, noe som kan skape et grunnlag for en generell, *kulturell motstand* mot helsemyndighetene og andres offisielle ekspertkunnskap. Rådene fra helsemyndighetene blir da oppfattet som et angrep på egne verdier og livsstil. På den andre siden kan forestillingen om den *rurale idyll* føre til en naiv tro på at folk på bygda er sunnere enn i byene.

Tematikken har i tillegg en iboende kompleksitet som også blir påvirket av de rurale bildene som tegnes opp. Overvekt kommer som årsak til og som konsekvens av andre utfordringer som oppstår, og den vil være ulik av natur avhengig av den geografiske og kulturelle konteksten den oppstår i. Dette innebærer at utfordringene må løses tverrfaglig og i samarbeid mellom ulike aktører. De må også løses med en anerkjennelse av grunnleggende forskjeller mellom by og bygd, og mellom menneskene som bor der.

Et viktig premiss for arbeidet med rural fedme vil derfor være å tilegne seg grunnleggende kjennskap til problematikken *i den gitte konteksten*. Den videre drøftingen av funn, vil vise noen eksempler på nettopp denne viktigheten.

## 7.2 Avstand og nærhet

En faktor som ble nevnt i en slags forlengelse av viktigheten av å se problematikken med rurale briller, er *avstand*, både i geografisk og mental betydning. Store avstander blir på den ene siden kommentert som en utfordringen i forhold til overvekt i lys av at stadig flere barn fraktes med bil eller buss til skole og fritidsaktiviteter. Dette er naturlig nok mest synlig i rurale strøk og blir ofte trukket fram som en av de viktigste forklaringene på rural fedme blant barn. I tillegg blir avstanden til spesialisthelsetjenesten dratt fram som en utfordring, både på grunn av geografiske avstander og mentale avstander.

På den andre siden blir de samme rurale, spredtbygde strøk omtalt som et godt utgangspunkt for å jobbe med overvekt blant barn på grunn av mulighetene som ligger der med tanke på *kjennskap*, både til folk og til det geografiske området. Den før nevnte kompleksiteten i overvektproblematikken, medfører et behov for at flere etater samarbeider. Gjennomsiktighet og korte avstander mellom kommunekontorene, blir trukket fram som et godt utgangspunkt for kommunikasjon.

Kjennskap til konteksten og mulighetsrommet som omgir ungene, blir også trukket fram som en fordel. Ved å ha kjennskap til familiesituasjonen, avstander til skolen og turmuligheter i nærområdet, kan tiltakene som eventuelt skal settes inn være konkret tilpasset hvert barn som trenger oppfølging.

På bakgrunn av dette, ser vi at prosessene som pågår rundt sentralisering kan være relevant for arbeidet med overvekt blant barn. Nærhet og avstand innebærer ulike

utfordringer, som igjen kan gå på tvers av hverandre. I dette forprosjektet ble avstand omtalt som et problem og nærhet ble sett på som en fordel, men som nevnt tidligere i rapporten kan også nærhet bli en barriere for å komme innpå problematikken. Det må derfor mer kunnskap til for å vurdere sammenhengen mellom små og store kommuner, samt geografisk (og mental) avstand mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i forhold til å arbeide med overvektsproblematikk.

### **7.3 Sosioøkonomiske og sosiokulturelle forklaringsfaktorer i en rural kontekst**

I innledningen viste vi hvordan fokuset har vært på faktorer som utdanning, inntekt og lønn når det gjelder årsaksforklaringer til overvekt. Informantene vi snakket med var opptatt av å understreke at selv om vi ser slike forskjeller, er det ikke forskjeller når det gjelder viljen til å gi ungene sine et best mulig utgangspunkt i livet. Alle er opptatt av barnas beste, uavhengig av utdanningsnivå. Løsningen kan heller ikke være at alle skal ta høyere utdanning. Bygda trenger til dels ulik kompetanse i forhold til byen, noen må derfor ta andre valg for å dekke de behovene som finnes i rurale strøk.

Selv om mer utdanning ikke er løsning, så blir *kunnskap* trukket fram som en viktig faktor. Poenget som ble nevnt ovenfor i forhold til å anerkjenne ulike kontekster, gjelder også for informasjonsflyten. Kunnskap må presenteres med en anerkjennelse av at både innholdet og måten det blir presentert på må være tilpasset ulike forutsetninger og ulike kontekster.

### **7.4 Kosthold, tradisjon og identitet**

Kosthold fikk mye plass i intervjuene, både koblet til faktisk innhold, mengde og anledning, og til kultur og tradisjon. Vi nevnte innledningsvis hvordan «country cooking» har blitt trukket fram som en mulig forklaring på rural fedme, noe som delvis blir gjenkjent hos informantene i dette prosjektet. Det ble nevnt at maten skal være hjemmelagd, og det skal være rikelig av den. Det er vanlig å fylle opp fryseren for å ha noe på lur i tilfelle besøk.

Det som ble oppfattet som enda viktigere enn det konkrete innholdet i maten, var konteksten maten blir til i og hvordan ulik mat også er bevaring av tradisjon og en del av et identitetsprosjekt. Distinksjonen mellom hjemmebakket «kjøpakak» ble brukt

som en «oss – vi» distinksjon i forhold til de som bor i byen. Det å kjøpe kake i butikken og ikke legge noe arbeid i det, og det å ha for lite kaker, blir sett på som en forsømmelse av hva som er moralsk riktig. Det er viktig å vise at du setter pris på besøket, både når det gjelder kvalitet og kvantitet. Dette er tradisjoner som har vedvart fra langt tilbake i tid. Det å servere mat til gjester som kom på besøk, uavhengig av om de hadde meldt sin ankomst eller ikke. Det var også viktig at ingen gikk sultne derifra. Man hadde gjerne en ekstra kurv med mat til slike anledninger. Det ble nærmest oppfattet som en skam å ikke kunne servere noe til gjestene (Olsen 2000).

I tillegg var det en sterk respekt for skikk og tradisjoner, og en forståelse av at skikk og tradisjoner står sterkere på bygda enn i byer hvor flerkulturelle verdier og et større ønske om modernisering står sterkere (Olsen 2000). Dette er noe som også kommer fram i intervjuene, hvor det påpekes at det er viktig å holde tradisjonene ved like, ettersom de har en verdi i seg selv. Problemet blir forstått til å oppstå i det vi drar med oss disse tradisjonene inn i hverdagen, at «kosen» ikke bare foregår i bryllup og i helgene. Når kosen sprer seg til å gjelde hele uka, i tillegg til at aktivitetsnivået og kroppsarbeidet ikke lengre er av betydning, så kan vi se konsekvenser i form av overvekt hos barn på bygda.

## 8. Konklusjon

Bourdieu viser gjennom begrepsparet *habitus* og *felt* hvordan individer blir i besittelse av ulike *basisdisposisjoner* gjennom stedlig, kulturell innsosialisering. Disse kroppsliggjorte disposisjonene er ubevisste og ikke gjort til gjenstand for refleksjon. De ligger til grunn for vår tenkning og praksis. Den vanemessige praksisen, det vi konkret gjør med kroppen, læres primært gjennom sosialisering i familien, men også gjennom utdanning og i yrkeslivet. Smaken, eller det vi foretrekker, kan forstås som en kroppsliggjøring av ulike klassekulturer. Hvilken type mat vi spiser, hva vi interesserer oss for, og hvor mye vi investerer i helse, vil således være avhengig av vår *habitus*.

Tidligere forskning på overvekt og fedme har vist at mye kan forklares av sosioøkonomiske og – kulturelle variabler. I tillegg vet vi at disse variablene slår dårligere ut på bygda enn i byen. Det ligger noe i sosialiseringen som foregår gjennom utdanning og i yrkeslivet. I dette prosjektet ble det tydelig at man ikke må avslutte forskningen etter å ha stadfestet denne sammenhengen. Man må spørre hvorfor det er slik, og hva man kan gjøre for å redusere denne effekten. For alle vil det beste for ungene sine, uavhengig av inntekt og utdanning. Alle kan ikke ta høyere utdanning, da vil samfunnet mangle viktig kompetanse som trengs kanskje spesielt i bygde-Norge.

I tillegg sosialiseres vi inn i en kultur, tradisjoner, skikk og bruk som gir oss en identitet og føringer for hvordan vi lever våre liv. Noen av disse elementene, som for eksempel flere middagsmåltid om dagen som følge av to hushold, lørdagskos hele uka og fryseren full av fyrstekake i tilfelle besøk, kan slå uheldig ut med tanke på overvekt. Samtidig må det anerkjennes at dette er tunge prosesser å få endret på, og man må unngå å endre på en måte som gjør at man «mister sjela si», som en av informantene sa.

Bourdieus begrep *felt*, handler om disse sosiale omstendighetene, eller den sosiale konteksten der *habitus* tar form. Bourdieu anerkjenner likheten mellom *felt* og *spill*. Ulike spill, som ulike felt, krever forskjellig kompetanse, disposisjoner og ressurser hos deltakerne. Det kreves aktører utstyrt med en *habitus* som forutsetter kunnskap og anerkjennelse av feltets iboende regler.

Det er ikke bare de som sliter med overvekt, som skal sette seg inn i tilstrekkelig kunnskap for å endre vaner og hverdagsaktivitet. Forskere og andre aktører som jobber med overvektsutfordringer på bygda, bør også etterstrebe å sette seg inn i, eller i det minste, å forstå det gjeldene feltets spilleregler. Man må ha en forståelse for ulik kontekst, både det materielle og det mentale. Man må søke å få et innblikk og en forståelse for kultur og tradisjon, for identitetene og *habitus*en som skapes på bygda under andre logikker og andre former for rasjonalitet.

På den måten kan man unngå både horrorifisering og idyllisering, som begge kan bidra med feiltolkninger på bakgrunn av sosialt skapte bilder og forståelser av bygda. Man



kan unngå stigmatisering som motkultur og oppnå en følelse av å bli sett og tatt på alvor, på egne premisser.

## Litteraturliste

- Befort, CA., Nazir, N., Perri, MG. (2012): "Prevalence of obesity among adults from rural and urban areas of the United States: findings from NHANES (2005 – 2008)". *J Rural Health* 2012; 28: 392 – 7.
- Bell, D. (2006): "Variations on the rural idyll". I *Handbook of Rural Studies*. Eds. P. Cloke, T. Marsden & P. Mooney. London: SAGE Publications.
- Bell, D. (1997): "Anti-idyll: rural horror". I: Cloke P, Little J, red. *Contested countryside cultures: otherness, marginalisation and rurality*. London: Routledge, 1997: 94 – 108.
- Berg, K.H., Strømmen, M. og Kulseng, B. (2008): *Samfunnets problem, individets skam?* Chronicle, Dagbladet, 29.05.08.  
<http://www.dagbladet.no/kultur/2008/05/29/536599.html>
- Biehl, A., Hovengen, R., Grøholt, E. K., Hjelmesæth, J., Strand, B.H. og Meyer, H. E. (2013): *Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study*. BMC Public Health, 2013. **13**(1): p. 842.
- Bouchard, C. (2007): "The biological predisposition to obesity: beyond the thrifty genotype scenario". *International Journal of Obesity* 31, 1337 – 1339
- Bourdieu, P. (1999): *Meditasjoner* (Oslo: Pax Forlag)
- Bourdieu, P. (1994): *Distinction*. Translated by Richard Nice. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Bourdieu, P. (1990): *The Logic of Practice*, translated by Richard Nice (Cambridge: Polity Press)
- Bourdieu, P. and L. J. Wacquant (1995): *An Invitation to Reflexive Sociology*, Polity Press, Cambridge
- Boyle, P. J. and K. Halfacree (1998): *Migration into rural areas: theories and issues*
- Bruner M.W., Lawson, J., Pickett, W., Boyce, W. and Janssen, I. (2008): "Rural Canadian adolescents are more likely to be obese compared with urban adolescents". *Int J Pediatr Obes* (3), 205–211.
- Butler, R. (1998). Rural recreation and tourism. In B. Ilbery (Ed.), *The Geography of rural change* (pp. 211-232). Harlow: Longman
- Campell, K. J. et al (2016): *The extended Infant Feeding, Activity and Nutrition Trial (InFANT Extend) Program: a cluster-randomized controlled trial of an early intervention to prevent childhood obesity*. BMC Public Health, 2016. **16**: p. 166

Cloke, P. and P. Milbourne (1992): "Deprivation and lifestyles in rural Wales". *Journal of Rural Studies* Vol. 8 (4), pp. 359-371

Ellaway, A., Anderson, A. and Macintyre, S. (1997): "Does area of residence affect body size and shape?" *International Journal of Obesity* Vol. 21 (4), pp. 304-308

Fearn, R. (1987): "Rural health care: a British success or a tale of unmet need?" *Social Science and Medicine*, 24, 263-274

Fiscella, K. and Williams, D. R. (2004): "Health Disparities Based on Socioeconomic Inequities: Implications for Urban Health Care". *Academic Medicine*, Vol. 79, (12), pp. 1139-1147

Folkehelseinstituttet (2016): *Barnehelserapporten 2016*, in *Barnehelserapporten - Barn, miljø og helse - Risiko- og helsefremmende faktorer*, Folkehelseinstituttet, Editor. 2016.

Folkehelseinstituttet (2013): *Folkehelseprofiler*.

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5670:0:15,5341:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5670:0:15,5341:1:0:0:::0:0)

Folkehelseinstituttet (2010): *Helsetilstanden i Norge*. Report no. 2/2010. The Norwegian Institute of

Public Health, Oslo.

Frohlich, K.L., Corin, E. and Potvin, L. (2001): "A theoretical proposal for the relationship between context and disease". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 23, (6), pp. 776-797

Grøholt, E.-K., Stigum, H. and Nordhagen, R. (2008): "Overweight and obesity among adolescents in Norway: cultural and socioeconomic differences". *Journal of Public Health*, Vol 30, (3), pp. 258-265

Heggem, R., Farstad, M. og Flø, B. E. (2014): «Når postnummeret har betydning for overvekt». *Tidsskrift for Den norske legeforening*, no 16, 134: 1585 -6

Helsedirektoratet (2010): «Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten: Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge». Oslo

Heyerdahl, N. Aamodt, G., Nordhagen, R. og Hovengen, R. (2012): «Overvekt hos barn – hvilken betydning har bosted?» *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132, 1080-1083

Higgs, G. (1999): "Investigating trends in rural health outcomes: a research agenda". *Geoforum*, 30 (1999) 203-221

Johnson-Taylor, W.L. and Everhart, J.E. (2006): "Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and adolescents: report of a workshop". *OBESITY* 14, 929-966

Júliússon, P. B., Eide, G. E. and Roelants, M. (2010): "Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and sociodemographic risk factors". *Acta Paediatr*, Vol. 99, pp. 900-905

Krange; O. og Skogen, K. (2007): Kodebok for den intellektuelle middelklassen. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2007; 3: 227 – 42

Lien, N., Kumar, B.N., Holmboe-Ottesen, G., Klepp, K.-I. and Wandel, M. (2007): "Assessing social differences in overweight among 15- to 16-year-old ethnic Norwegians from Oslo by register data and adolescent self-reported measures of socio-economic status". *International Journal of Obesity* 31, pp. 30-38

Little, J. and Austin, P. (1996): "Women and the rural idyll". *Journal of Rural Studies* Vol. 12, (2), Pp. 101–111

Liu, J., Bennett, K.J., Harun, N. and Probst, J.C. (2007): "Urban-rural differences in overweight status and physical activity among US children aged 10-17 years". *The Journal of Rural Health* 24, 407-415

Lutfiyya, M. N., Lipsky, M. S., Wisdom-Behounek, J. and Inpanbutr\_Martinkus, M. (2007): "Is Rural Residency a Risk Factor for Overweight and Obesity for U. S. Children?" *Obesity*, Vol. 15, (9), pp. 2348-2356

McNay, L. (1999): Gender, habitus and field: Pierre Bourdieu and the limits of reflexivity. *Theory, Culture and Society* 16, pp. 95–117.

McIntyre, S., Ellaway, A. and Cummins, S. (2002): "Place effects on health? How can we conceptualise, operationalize and measure them?" *Social Science and Medicine* 55, 125-139

Olsen, K. I. (2000): Mat som identitetsbærer. Måltidet I kontekst og som konsept. Om hvilke faktorer som styrer vårt matmønster innenfor og utenfor hjemmet. Teoretisk hovedfag. Bergen: Kunsthøgskolen

Pearce J. and Maddison, R. (2011): "Do enhancements to the urban built environment improve physical activity levels among socially disadvantaged populations? An example from New Zealand". *International Journal for Equity in Health*, 10:28.

Phillips, C. D. and McLeroy, K. R. (2004): "Health in Rural America: Remembering the Importance of Place". *American Journal of Public Health*, Vol. 94, (10), pp. 1661-1663

Popkin, B.M., Paeratakul, S., Zhai, F. and Ge, K. (1995): "A review of dietary and environmental correlates of obesity with emphasis on developing countries", *Obesity Research* pp. 3, 145-153

Rokholm, B., Baker, L.J. and Sørensen, T.I.A (2010): "The leveling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives". *Obesity Reviews* 11, pp. 835-846

Sobal, J., R. P. Troiano and E. A. Frongillo Jr. (1996): "Rural-Urban Differences in Obesity". *Rural Sociology*, Vol. 61, (2), pp. 289-305.

Steinbeck, K.S. (2001): "The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion". *Obesity Reviews* 2, pp. 117-130

Steinsbekk, S. et al (2009): *Impaired parent-reported quality of life in treatment-seeking children with obesity is mediated by high levels of psychopathology*. *Qual Life Res*, 2009. **18**(9): p. 1159-67

Svensson, E., D. L. Reas, I. Sandanger and J. F. Nygård (2007): "Urban-rural differences in BMI, overweight and obesity in Norway" (1990 and 2001). *Scandinavian Journal of Public Health* 35, pp. 555-558

Sørensen, T.I.A. (1995): "The genetics of obesity". *Metabolism* 44, pp. 4-6.

Vik J. and M. Villa (2010): "Books, branding and boundary objects. On the use of image in rural development". *Sociologia Ruralis* Vol 50(2), pp. 156-170

Watkins, F. and A. Jacoby (2007): "Is the rural idyll bad for your health? Stigma and exclusion in the English countryside". *Health & Place*, Vol. 13, pp. 851-864

WHO (2017): "10 facts on obesity. WHO, Mai 2017, <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/>

WHO (2016): "Taxes on sugary drinks, why do it?" <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250303/1/WHO-NMH-PND-16.5-eng.pdf>

WHO (2012): *Obesity and overweight*. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Willis, P. E. (1977): *Learning to labor: how working class kids get working class jobs*. New York: Columbia University Press, 1977

Aarseth, H. (2009): Situert refleksivitet: det narrative selv mellom tilhørighet og distanse. *Sosiologi i dag* 39, pp. 7–28.