

Kåre Thingnes

# Hjelp til å forebygge, bremse eller reversere fedme hos egne barn? Nei takk!

Masteroppgave i Klinisk helsevitenskap, fedme og helse

Veileder: Anita Das

Mai 2023



Ståle Gerhardsen



Kåre Thingnes

**Hjelp til å forebygge, bremse eller  
reversere fedme hos egne barn?  
Nei takk!**

Masteroppgave i Klinisk helsevitenskap, fedme og helse  
Veileder: Anita Das  
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden





Kåre Thingnes

## Hjelp til å forebygge, bremse eller reversere fedme hos egne barn?



Figur 1: «Nei (takk)» Illustrasjon av Ståle Gerhardsen

Masteroppgave Klinisk helsevitenskap, studieretning fedme og helse

Veileder: Anita Das

Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

## SAMMENDRAG

De siste tiårene har vi hatt en kraftig økning av barnefedme globalt. Verdens helseorganisasjon ser på dette som en av vår tids største helseutfordringer grunnet de individuelle og samfunnsmessige utfordringene som følger. En tilnærming med fokus på kosthold og fysisk aktivitet hvor familier med overvektige barn får tverrfaglig hjelp, og hvor nærmiljøet til barnet involveres, har vist seg å være et effektivt tiltak når etterlevelsen er god. Utfordringen består i at majoriteten av barnefamiliene som får tilbudet, takker nei.

Formålet med oppgaven er å avdekke årsaker til hvorfor barnefamiliene takker nei til et slikt tilbud.

Opgaven har kvalitativ tilnærming og åtte dybdeintervju med foreldre av overvektige barn danner datagrunnlaget. Systematisk tekstkondensering er anvendt som analysemetode.

Funn i studien er på mange punkt i samsvar med litteraturen. At vekt og høyde alene skal definere hvorvidt et barn er overvektig eller ikke, er en problemstilling som kan oppta både foreldre og helsefagarbeidere. Samtaler hvor barns overvekt adresseres kan oppleves både utfordrende for helsesykepleieren og sårt for foreldrene. Det er mange elementer som kan være til hindring for en god dialog og eventuelt resultere i utilsiktede opplevelser hos begge parter. Foreldre kan oppleve samtalen som et angrep på barnet og hvordan de håndterer foreldrerollen. Helsefagarbeider må være forberedt på å bli møtt med fornektelse, kritiske motspørsmål og foreldre som går i forsvar. Mangel på tid, at man opplever å bli dårlig behandlet i kontakt med helsevesenet og at man er usikker på om helsefagarbeideren faktisk kan hjelpe, nevnes både i litteraturen og i studiens funn som årsaker til at foreldre takker nei til tilbud om hjelp.

Det oppgaven tilfører, og en finner lite omtalt i litteraturen, omhandler tidspunkt (klokkeslett) for når hjelpen skal foregå. Tilbudet om hjelp er nesten utelukkende lagt til dagtid. Det beskriver foreldre i intervjuene utfordrende av to grunner;

- 1.) Tidspunktet er vanskelig fordi man må ta seg fri fra jobb.
- 2.) Tidspunktet innebærer at barnet må tas ut fra klassen for å få oppfølging.

Et tydelig funn i denne studien er at foreldrene ikke ønsker at barnet skal tas ut av fellesskapet, og begrunnelsen for bekymringen er at barnet skal føle på utenforskap som konsekvens. Kombinasjonen av upraktisk tidspunkt for foreldre og at man ikke ønsker å ta barna ut fra fellesskapet, synes å utgjøre en betydelig barriere med tanke på å takke ja til hjelp som i dag i all hovedsak er lagt til dagtid.

## ABSTRACT

In recent decades, there has been a sharp increase in childhood obesity globally. The World Health Organization sees childhood obesity as one of the biggest health challenges of our time due to the individual and society challenges that occur as a result. An approach with a focus on diet and physical activity, where families with overweight children receive multidisciplinary help, and where the child's immediate environment is involved, has proven to be an effective measure against childhood obesity when the approach is adhered to well. The challenge is that the majority of families who receive an offer of help do not accept.

The purpose of this thesis is to uncover the reasons the families refuse such an offer.

The assignment has a qualitative approach, and eight in-depth interviews with parents of overweight children are the basis of data used in this study. Systematic text condensation is used as the analysis method.

Findings in the study are in many respects consistent with the literature. That weight and height alone should define if a child is overweight is an issue that is relevant to both parents and health professionals. Conversations where children's obesity is addressed can be experienced as both challenging for the health professionals and painful for the parents. There are many elements that can be an obstacle to a good dialogue and possibly result in unintended experiences for both parties. Parents may experience the conversation as an attack on their child and how they handle the parental role. Health professionals must be prepared to be met with denial, critical counter-questions and defensiveness from parents. Lack of time, the experience of feeling treated badly by the healthcare system and that they are unsure whether the health professional can actually help are mentioned both in the literature and in this study's findings as reasons why parents refuse offers of help.

What this thesis adds, which finds little mention in the literature, deals with the time of day for when the help will take place. The help is almost exclusively offered during the daytime. Parents in the interviews describe it as challenging for two reasons:

- 1.) The timing is difficult because they have to take time off from work.
- 2.) The timing means that the child must be taken out of class to receive follow-up.

A clear finding in this study is that the parents do not want the child to be taken out of the classroom, because the child could feel socially excluded as a result. The combination of an inconvenient time for parents and the fact that they do not want to take their children out of school seems to be a significant barrier to agreeing to help, which today is mainly offered during the daytime.

## FORORD

Min nysgjerrighet for temaet barnefedme skyldes en kombinasjon av erfaringer fra frivillige treningsverv, arbeid og egen familie. I hele mitt yrkesaktive liv har jeg jobbet med trening i ulike former og har vært opptatt av forebyggende helseaktivitet. Både på jobb og i treningsverv har jeg møtt barn og voksne som sliter med overvekt-fedme. De har vært på jakt etter en aktivitet i trygge omgivelser hvor de kunne oppleve fysisk mestring og treningsglede. Min kone og jeg har to sønner. De har vokst opp i det samme hjemmet, fått den samme maten og blitt tatt med på de samme aktivitetene. Så både arv og miljø skulle være forholdsvis likt. Likevel blir en normalvektig og den andre overvektig i oppveksten. Det viser litt av kompleksiteten med overvekt og fedme. Og hvor urettferdig det er at så mange blir møtt med en holdning om at «Det er bare å skjerpe seg!».

Som faglærer som har jobbet i den private treningsbransjen i stedet for å undervise i skolen, er jeg etter 20 år borte ikke lengre en aktuell kandidat for lærerjobb. Adjunkt med opprykk er en historisk tittel og det kreves nå en mastergrad om du skal være kvalifisert til en jobb som lærer. Så for å holde mulighetene åpne ønsket jeg å ta en mastergrad. Den innen fedme og helse interesserte meg mest. Og hvordan vi jobber for å møte en stadig økende andel barn og unge med overvekt-fedme var et område jeg hadde lyst å sette meg mer inn i. Med økt innsikt i temaet ble det klart for meg at vi både lokalt og globalt står ovenfor en utfordring som vi pr i dag ikke adresserer på en optimal måte. Jeg ble oppriktig overrasket da vi i en forelesning ble presentert for lokal statistikk (Les; fra Stjørdal) som viste at brorparten av familier som har barn med overvekt og fedme faktisk takket nei til den hjelpen som de ble tilbudt. Jeg ble nysgjerrig på om dette var en lokal særegenhet eller om denne tendensen gjaldt flere plasser og om det var gjort mye forskning på hvorfor det er slik?

Jeg fant at problemstillingen ikke var ny, men at det hadde vist seg vanskelig å rekruttere tilstrekkelig med informanter til at man kunne trekke noen tydelige konklusjoner på årsakssammenhenger. Jeg fikk en fot innenfor prosjektet «Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier», hvor intensjonen var å gi familier med fedme hjelp i en form det er lettere å takke ja til. Prosjektledelsen med Bjørn Magne Jåtun i spissen var raus nok til å la en masterstudent få slippe til for å jobbe med et tema som de også var opptatt av. Via prosjektet fikk jeg prospekter å jobbe med og noen av disse endte til slutt opp som informanter i denne oppgaven.

Rekrutteringen av informanter til oppgaven ble utfordrende. Jeg ønsker å rette en stor takk til dere foreldre som stilte til intervju og gjorde det mulig for meg å jobbe med et tema jeg finner veldig spennende. Takket være dere fikk jeg mulighet til selv å ha regien fra a til å. Til stor hjelp har også min kone Elin vært; som sparringspartner, motivator og for å ha tatt unna brorparten av hverdagsoppgavene slik at jeg kunne sitte med studier etter arbeidstid.

Tusen takk!

## INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG .....	ii
ABSTRACT .....	iii
FORORD .....	iv
FIGURER .....	viii
INTRODUKSJON .....	1
PROBLEMSTILLING .....	2
TEORI .....	3
Barnefedme .....	3
Hva er «medisinen» som virker for barn med overvekt? .....	3
Den vanskelige samtalen .....	4
Tendensen at foreldre takker nei til tilbudt hjelp .....	4
Manglende ressurser til kompetanseheving og tilrettelagte tilbud .....	5
Kompetanse og oversikt .....	5
Sammenheng mellom overvekt og sosialt utenforskap .....	6
METODE .....	8
Struktur i metodekapittelet .....	8
Del 1; Metode for datainnsamling .....	8
Litteratursøk .....	8
Valg av metode for datainnsamling .....	8
Intervju som metode .....	8
Utvalgsstørrelse og rekruttering av informanter .....	9
Etiske forhold i forkant, underveis og etter datainnsamlingen .....	9
Del 2: Valg av analysemetode .....	11
Kvalitativ analyse – systematikk og retning .....	11
Systematisk tekstkondensering .....	11
Forskningstradisjon .....	12
Forforståelse .....	13
Metodekritikk .....	13
Fremgangsmåte gjeldende oppgave: Datainnsamling .....	15
En kvalitativ tilnærming .....	15
Forberedelser .....	15
Rekruttering .....	16
Utvalgskriterier .....	17

Utsatt innlevering .....	17
Etiske betraktninger.....	17
Gjennomføring av intervjuene.....	18
Hvorfor Systematisk tekstkondensering? .....	19
Forforståelse.....	22
RESULTATPRESENTASJON .....	23
KOMMUNIKASJON.....	23
Foreldre i forsvar – Reserverte foreldre.....	23
Fagfolk i forsvar - Dårlig samarbeidsklime .....	24
Manglende tilbud og manglende oversikt .....	24
TID .....	25
Dårlig tidspunkt? .....	25
Tidsklemma .....	26
Tidspress hos helsesykepleier? - Mangel på ressurser - For kort tidsperspektiv.....	27
Alle skal med! .....	28
Familiære forhold som vanskeliggjør etterlevelse av hjelpetiltak .....	28
KOMPETANSE OG OVERSIKT .....	29
Tester og kartlegging .....	29
Pedagogisk innsalg av hjelp til å adressere overvekt hos eget barn .....	29
Hvilke muligheter finnes?.....	30
Kunnskap om barnefedme .....	30
DISKUSJON.....	32
KOMMUNIKASJON.....	32
Funn kommunikasjon oppsummert .....	32
Foreldre i forsvar - Reserverte foreldre.....	32
Fagfolk i forsvar .....	33
Manglende tilbud og manglende oversikt .....	34
TID .....	36
Funn tid oppsummert.....	36
Dårlig tidspunkt .....	37
Tidsklemma .....	41
Tidspress, mangel på ressurser og for kort tidsperspektiv .....	42
Alle skal med.....	43
Familiære forhold som vanskeliggjør etterlevelse av hjelpetiltak .....	44
KOMPETANSE OG OVERSIKT .....	45
Funn kompetanse og oversikt oppsummert .....	45

Tester og kartlegging .....	45
Pedagogisk innsalg av hjelp til å adressere overvekt hos eget barn .....	45
Hvilke muligheter finnes? .....	45
Kunnskap om barnefedme .....	46
Funn i studien opp mot litteraturen .....	47
KONKLUSJON .....	48
REFERANSER .....	49
Vedlegg 1 .....	53
Søkestrategi for sammenheng fedme og utenforskap .....	53
Funn litteratursøk fedme og utenforskap .....	54
Vedlegg 2 .....	57
Informasjonsskriv .....	57
Vedlegg 3 .....	59
Skjema for Informert samtykke .....	59
Vedlegg 4 .....	60
Intervjuguide .....	60

## FIGURER

<b>Figur 1</b>	<b>«Nei (takke)»</b> Illustrasjon av Ståle Gerhardsen Etter tillatelse fra Ståle Gerhardsen	Tittelside
<b>Figur 2</b>	<b>Veivalg analysemetode?</b> Egen	Side 10
<b>Figur 3</b>	<b>Systematisk tekstkondensering.</b> Et forenklet eksempel. Egen	Side 21
<b>Figur 4</b>	<b>Ur tilpasset når det er mulig å få hjelp til å adressere barnefedme</b> Egen	Side 36
<b>Figur 5</b>	<b>Sammenheng mellom fedme og utenforskap</b> Egen	Side 38
<b>Figur 6</b>	<b>Tidsklemma</b> Egen	Side 41
<b>Figur 7</b>	<b>Betydningsfulle andre som ved involvering kan bli «heiagjeng»</b> Egen	Side 43
<b>Figur 8</b>	<b>Hvilke muligheter finnes?</b> Egen	Side 46
<b>Figur 9</b>	<b>Foreldres opplevelser nå barnets overvekt blir tema</b> Egen	Side 47
<b>Figur 10</b>	<b>Dagtidsoppfølging en mulig barriere mot å takke ja til hjelp?</b> Egen	Side 47



## INTRODUKSJON

Verdens helseorganisasjon (WHO) omtaler den globale økningen av barnefedme som en av vår tids største helseutfordringer. For barn med overvekt og fedme vet man at en familieinvolvert konservativ tilnærming med søkelys på kosthold og fysisk aktivitet tilrettelagt av fagfolk fungerer godt hvis etterlevelsen er god. Like fullt takker mange familier nei til tilbudet om hjelp til å adressere eget barns vektutfordringer. Hvorfor? Intensjonen med denne oppgaven å se nærmere på dette paradokset.

Det ble gjort et systematisk litteratursøk hvor det overordnede målet var å avdekke om det fantes forskning som beskriver hvorfor så mange familier vegrer seg for å ta imot tilbud som har til intensjon å hjelpe eget barn med overvekt. Søkene ga ikke gode svar på problemstillingen. Jeg fant kvantifiserte data på hvem som hyppigst takker nei til hjelp til eget barn (1) og studier som etterspør mer forskning på området (2).

Globalt er andelen barn med overvekt og fedme økende. Barnefedme har utviklet seg til å bli ett av vår tids største helseutfordringer både grunnet følgesykdommer som metabolsk syndrom, dyslipidemi, søvnapne og diabetes type 2 (3), men også grunnet problematikk rundt sosialt utenforskap og økt fare for skolefravall eller redusert skoleprestasjon (4). I Norge synes utviklingen av barnefedme og flate ut, men at 14-15 % av barn i alderen 6-12 år er overvektige er likevel bekymringsfullt høyt! (5). Overvektige barn tenderer å legge på seg mer i oppveksten enn sine normalvektige jevnaldrende, og har forhøyet risiko for å utvikle fedme i voksen alder med fare for å utvikle mer alvorlige livsstilsrelaterte følgesykdommer som hjerte kar, kronisk nyresykdom, visse typer kreft samt muskel og skjelettplager (5). Lavere skoledeltagelse og mer plager på individnivå øker også sannsynligheten for å havne utenfor arbeidslivet senere i livet med de personlige og samfunnsmessige utfordringer dette medfører (6).

For barn med fedme har det vist seg at tilrettelegging for livsstilsendring er et godt tiltak på den forebyggende siden (7). Dess tidligere man kommer i gang med å støtte familiene med en livsstilsendring, jo større sannsynlighet vil man ha for å lykkes (8). Paradokset er at mange foreldre som blir tilbudt hjelp fordi man ser at utviklingen går i feil retning for barnet deres, takker nei, selv om studier viser at dette er et effektivt tiltak for mange (9). I studien referert til over var det cirka 30 % som takket ja til anbefalt behandlingsprogram. Videre viser det seg at mange familier som burde vært henvist til behandlingsprogram, ikke blir det av årsaker som at helsefagarbeider ikke finner tid til å ta opp problemet, antar at familien ikke vil være interessert, antar at familien ikke har råd til å delta, og at de ikke har tillit til egne målemetoder for å avdekke fedme (10). Enkelte helsefagarbeidere kvier seg for å ta opp temaet overvekt og fedme da «foreldre har emosjonelle reaksjoner i form av for eksempel sinne, benektelse eller skuffelse over helsesøster» (11) når temaet bringes på bane.

Forskere har sett på hvorfor familier takker nei til behandlingsprogram, men det mangler gode data på området grunnet utfordringer med rekruttering. Årsakene til hvorfor man ikke ønsker å delta være seg at man ikke har tid, dårlig timing, men også at man føler seg dårlig behandlet i rekrutteringsprosessen (12). Det etterlyses mer forskning på området (2) og mer kreative metoder for å bedre relasjon mellom barnefamilier og ekspertise da det er viktig for bedre rekruttering og etterlevelse (13). Forskning på blant annet spillemetodikk for å skape engasjement og deltagelse i tiltak for å forebygge fedme er i sin spede start (14), og er ett av flere forsøk på å finne nye metoder for å bedre rekrutteringen til fedmeforebyggende behandlingstiltak.

## PROBLEMSTILLING

Undertegnede er nysgjerrig på hvordan innsalget av en metode vi vet virker godt for barn i 5-12 årsalderen som sliter med overvekt-fedme faktisk foregår? Og om det er noe med tilbudet som gjør at så mange takker nei til deltagelse? Problemstillingen blir da som følger:

Hva er de viktigste årsakene til at så mange familier takker nei til familiebasert oppfølging på kosthold og fysisk aktivitet når de blir anbefalt deltagelse av helsesykepleier eller fastlege?

Og for barnefamilier som takker ja til deltagelse. Hva legger til rette for god etterlevelse av tiltakene?

- a. Hva er det med innsalget av tilbudet om hjelp som kan være hinder for å takke ja?
- b. Hva er det med tilbudet som kan være til hinder for å takke ja?
- c. Hvilke forhold ved dagens praksis kan være til hinder for god etterlevelse av iverksatte tiltak?

## TEORI

### Barnefedme

Overvekt har de siste 30 årene bredt om seg som en epidemi i store deler av verden og globalt var det i 2016 estimert at 40 millioner barn under 5 år og 330 millioner barn i alderen 5-19 år befant seg i kategorien (3, 15, 16). Andelen hos norske barn ligger på 14-15 % med noe aldersvariasjon. Barn i barneskolealder har en noe høyere prevalens (5, 17, 18). Økende alvorlig overvekt hos barn er assosiert med kardiometabolske tilstander, hormonforstyrrelser og skjelettplager (19). Overvektige barn tenderer å legge på seg mer enn normalvektige på reisen inn i voksen alder og enkelte studier antyder at så mange som tre fjerdedeler fremdeles forblir overvektige når de kommer dit (5, 15), hvilket øker risikoen for tidlige komplikasjoner og redusert helse og livskvalitet (20). Psykososiale utfordringer som redusert selvtillit, systematisk diskriminering, begrenset sosial omgang og reduserte skoleprestasjoner er assosiert med alvorlig overvekt (21) og kan påvirke barnets fremtidige evne til å kunne forsørge seg selv (6)

### Hva er «medisinen» som virker for barn med overvekt?

*«Overvekt hos barn er en samfunnssykdom som speiler vår felles livsstil, der politiske beslutninger innenfor helse, skole, transport, matvareproduksjon og distribusjon har stor betydning» (18)*

Sykkelig fedme er ikke en selvpåført lidelse man kan velge bort, men en kronisk sykdom som har vist seg vanskelig å behandle med livsstilsendring. I jakten på mer effektive metoder har bruken av medikamenter og kirurgi blitt mer utbredt blant voksne og man ser at det kan gi en vektreduksjon av en slik størrelsesorden at det gir god helsegevinst. Det mangler studier angående ungdommers forståelse av de psykiske og fysiske konsekvensene av kirurgi og det er en diskusjon gående på når barnet/ungdommen er modent nok til å få et slikt tilbud (22). Det medvirker til at valgmulighetene for hjelp til å behandle overvekt og fedme hos barn har vært mer begrenset enn for voksne.

Siden medisiner og fedmekirurgi for ungdom kun er en mulighet som foreløpig blir vurdert i særdeles alvorlige tilfeller er det konservativ tilnærming som gjelder for overvektige barn. Flere studier konkluderer med at effekten av tverrfaglig individuelt tilnærming med fokus på diett og fysisk aktivitet (Les: konservativ metode) er moderat og avtagende etter intervensjons slutt (23, 24). Funn fra norske Frisklivssentraler viser også til effekt så lenge behandlingen vedvarer, men at man ett år etter endt oppfølging ikke ser noen positiv endring hos deltagerne (25). I en rapport som skulle se på kommunetilpasset forebygging og behandling av overvekt og fedme blant bygdebarn anbefales det å skreddersy et opplegg som er tilpasset kommunen, lokalsamfunnet, det enkelte barn og dets familie (26). Familieinvolvering er essensielt (7, 13, 18, 23, 26, 27, 28, 29, 30). Mest lovende resultat finnes i studier hvor man har involvert skole og nærmiljø i intervensjonen som skal støtte familier med overvektige barn. I en australsk studie hvor intervensjonen bygde på en sterk kommunal forankring ved blant annet omfattende involvering av skolevesenet, dokumenterte at slike tiltak har god effekt også i ett lengre tidsperspektiv. Det viste seg også at måten å jobbe forebyggende på spredte seg til nabokommuner som raskt oppnådde tilsvarende positiv effekt på prevalensen av barnefedme (31). I en systematisk oversiktsartikkel blir det konkludert med: *«Av ulike typer behandlingsprogram anbefaler vi en multidisiplinær tilnærming hvor skole og familie er involvert. Det synes å være den beste og mest bærekraftige tilnærmingen til barn med fedme» (7).*

Emma Mead etterspør lengre intervensjonsperiode og mer forskning på hvilken betydning tettere oppfølging etter intervensjon kan ha for langtidseffekten for barn med overvekt (23). Akselbo og Ingebrigtsen hevder at den norske helsetjenesten bortprioriterer langsiktig oppfølging og at det mangler lokalt forankrede og tilpassede tilbud på mindre steder (32).

Essensen er at «*behandlingen må rettes mot samfunnet, ikke det enkelte barnet*» ifølge Bente Brannsether (18). «*Det synes som at forebyggende strukturendringer lokalt er det som gir best og mest langsiktig effekt for å redusere andelen av overvektige barn*».

### Den vanskelige samtalen

Helsedirektoratet anbefaler at alle barn og unge måler høyde og vekt i løpet av barneskolen. Utover dette anbefaler direktoratet at barn som befinner seg i overvektkategorien eller som har en utvikling i den retning skal få tilbud om nye kontroller, veiledningssamtaler eller hjelp fra tverrfaglig team for å adressere overvekten. Tiltakene kan iverksettes etter initiativ fra barnet selv, foreldrene eller at det foreligger en bekymring fra helsesykepleier. I sistnevnte tilfelle plikter fagpersonen å ta dette med familien det gjelder (33). Studier viser at temaet overvekt oppleves som vanskelig å ta opp med foreldrene til det overvektige barnet (27) og spesielt vanskelig hvis foreldrene også er overvektige (34). Fagpersonene bekymrer seg for at relasjonen til foreldrene skal bli dårlig (35) og at budbringeren skal bli møtt med sinne, benektelse eller skuffelse (11). Enkelte foreldre av overvektige barn erfarer at temaet ikke blir tatt opp i det hele tatt (32).

I en studie som skulle se på hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig var tre hovedfunn at foreldrene kunne oppleve dette som et angrep på barnet, kritikk til hvordan de fungerer i foreldrerollen og et ønske om å beskytte barnet (36). Mange foreldre ser heller ikke barnet sitt som spesielt overvektig (37). Slike opplevelser kan resultere i reservasjon i møte med helsesykepleier og avventenhet til tilbudene som ble foreslått. Ifølge Mariann Gaathaug må helsesykepleier være forberedt på å møte motstand og fornektelse og støtter Wild og Støles syn i at man må tilnærme seg foreldrene på en omsorgsfull måte (28, 38). Alexander Zahl-Thanem påpeker at det er viktig å få med både barnet og foreldrenes perspektiver i samtalen. Det stemmer overens med Kristina Edvardsson og Inger Landsems poeng om at man må bort fra pasientfokuset å se personene vi har foran oss (29, 34). En studie viser at foreldrenes kompetanse, følelser og tanker tidvis blir viet lite oppmerksomhet i samtalen mellom fagfolk og foreldre (27). Landsem hevder at kommunikasjonskompetanse er en av de viktigste ferdighetene en helsesykepleier kan inneha og opptatt av at denne både kan og bør trenes opp. Hun mener at denne ferdigheten bør vies større oppmerksomhet i utdanningen av nye helsesykepleiere og i etterutdanningen av etablerte fagfolk (29). Både Edvardsson og Gaathaug etterspør mer forskning på hvordan tilnærmingen til foreldrene og den vanskelige samtalen skal gjennomføres (27, 34).

Enkelte helsefagarbeidere mener at barna ikke bør være til stede når helsesykepleier skal ha en prat med foreldrene om overvekt. Derfor har noen en praksis hvor dette blir informert via brev eller telefon (27). Selv om enkelte foreldre ikke alltid ser sitt barn som overvektig vil dette for de fleste foreldre være kjent når helsesykepleier varsler. Videre er det gjengs at foreldrene ønsker hjelp for å støtte egne barn med overvekts-utfordringen (32).

### Tendensen at foreldre takker nei til tilbudt hjelp

Paradokset består i at majoriteten av foreldrene som i utgangspunktet uttrykker behov for hjelp med å adressere barns overvekt takker nei til tilbudet når de får det. I en studie som skulle se på strategier for å rekruttere familier med overvektige barn inn til behandlingsprogram viste deres bakenforliggende materiale at cirka 70% av familiene som ble tilbudt en eller annen form for oppfølging av eget barns overvekt takket nei (8, 9). Upubliserte rapporter viser at tendensen er den samme også i Norge.

## Manglende ressurser til kompetanseheving og tilrettelagte tilbud

Mariann Gaathaug hevder at overvekt er en problemstilling som krever tid og tålmodighet fra både helsesykepleier, barnet og familien (27). Videre at overvektproblematikk er et lite utforsket fagfelt som helsesykepleieren har hatt lite kunnskap og oppmerksomhet rundt. Nå er det forventet at helsesykepleieren skal inneha god kompetanse på området og skal kunne identifisere og følge opp barn og unge med overvekt. Ifølge Gaathaug har det ikke fulgt ressurser slik at fagfolket kan leve opp til disse forventningene. Hun uttrykker; «*Når det er mangel på ressurser og kompetanse kan arbeidet bli utfordrende*».

Akselbo og Ingebrigtsen etterspør lokalt forankrede og langsiktige tilbud til barn med fedme (32). Dette støttes av Alexander Zahl-Thanem som er opptatt av å involvere både familie og lokalsamfunnet for å finne godt tilpassede løsninger (26). Shannon Robsons studie fra 2016 avdekket at omtrent halvparten av helsefag arbeiderene mente at det ikke fantes aktuelle tilbud i nærheten og omtrent en fjerdedel mente at eksisterende tilbud ikke var av god nok kvalitet (10). Ressursemangel gjør at kartleggingen av overvektige barn blir mangelfull (27, 29) og at tilbudet omtrent er fraværende for overvektige barn på mindre steder (32). Enkelte helsefagarbeidere føler seg makteløse og har liten tro på at den hjelpen de har mulighet til å tilby fører fram. Hva er hensikten med å identifisere overvekt og fedme om det ikke følger ressurser til å gjøre noe med det spør forfatteren (27).

Mangel på tid er en flittig brukt begrunnelse for mangt. En studie viser at det er en av årsakene til at helsefagarbeider unnlater å ta opp temaet barnefedme med foreldrene (10). Samme årsak blir også brukt blant familiene som takker nei til tilbudet om hjelp som de får (12, 27). Man kan også i litteraturen finne familier som synes tidspunktet for deltagelse er ubekvemt (12). Og for de som takker ja til oppfølging så er tidsklemma noe som vanskeliggjør etterlevelsen og forklaring på manglende resultat. En sammenfattende studie som så på tall fra 32 frisklivssentraler konkluderte med positiv effekt når familiene var under oppfølging, men at effekten falt bort når samme gruppe ble fulgt opp ett år etter tilbudets slutt (Les: etter 15 måneder) (25). Behovet er ifølge litteraturen at familiene blir møtt med tillit, respekt og omsorg og får oppfølging over en lengre periode. Det mangler altså tilbud som har den langsiktigheten familiene trenger (25, 27, 32).

## Kompetanse og oversikt

Studier viser at helsesykepleiere trenger økt kompetanse på flere områder (10, 27, 29, 32) Landsem etterlyser økt fokus på kommunikasjonsferdigheter både hos etablerte og kommende helsesykepleiere. Gaathaug etterspør mer forskning på hvordan helsefagarbeider skal tilnærme seg foreldrene. Det mangler også kunnskap om barnefedme, livstilendring og positive mestringsteorier (32). Enkelte helsefagarbeidere mangler tillit til egne måle og kartleggingsmetoder (10, 27), noe som kan være et uttrykk for at man trenger mer kunnskap om metodene de er satt til å benytte.

I en studie fra 2015 gir foreldre av overvektige barn uttrykk for at det skjedde lite etter at barnets overvekt var identifisert. Man satt med forventninger om hjelp som ikke ble innfridd. Årsaken skyldes en kombinasjon av få lokale tilbud og mangelfull oversikt hos helsefagarbeider (32). Manglende overbevisning fra enkelte helsefagarbeiderne om at metodene som brukes og tilbudene som gis er hensiktsmessige kan være til hinder for at overvekt i det hele tatt blir tatt opp med foreldrene (10, 27). Altså trenger ikke manglende informasjon og skyldes lite kjennskap til mulighetene som finnes. Men at man verken prioriterer tid på å ta opp temaet overvekt eller promoterer tiltak som de selv er usikre på effekten av.

## Sammenheng mellom overvekt og sosialt utenforskap

Sosialt utenforskap og dropout fra videregående skole er et bekymringsfullt fenomen. I følge Torberg Falch, professor i Samfunnsøkonomi på NTNU, vil hver elev som fullfører videregående skole gi en samfunnsgevinst på nesten en million kroner (39). Følgene ved dropout fra skole og påfølgende problemer med innpass i arbeidslivet beskriver forsker Guro Ødegård ved Velferdsinstituttet NOVA som toppen av et isfjell. Det som i ung alder er relativt små kostnader vokser seg til betydelige summer gjennom et livsløp som følge av tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter (6). På individnivå kan utenforskap gi forringet livskvalitet grunnet lav selvtillit, dårligere psykisk helse samt økt risiko for rusproblematikk (4). Det er åpenbart at samfunnskostnadene forbundet med utenforskap er store og at konsekvensene for enkeltindividene det berører er alvorlige.

Tall fra 2016 viser at hele 71.000 mennesker i alderen 15-29 år i Norge sto utenfor arbeid, utdanning og opplæring. NEET (not in education, employment, or training) er det engelske begrepet som favner denne gruppen (6). Jeg foretok i forbindelse med forberedende studier et systematisk litteratursøk for å se på hvorvidt overvekt og fedme spiller en rolle på nevnte fenomen. Det er en kjensgjerning at deler av verden er inne i en fedmeepidemi (16), og fant at fedme er en medvirkende årsak til utenforskap og frafall fra videregående utdanning (Vedlegg 1).

Utenforskap er et uttrykk som i dagligtale brukes om manglende sosial tilknytning til samfunnet rundt og som en motsats til opplevelse av fellesskap (40). Pandemien vi har vært igjennom med stengte skoler og reduserte muligheter til sosialt samvær blant barn og unge har vært med på å synliggjøre effekten av hvor viktig felleskapet er under reisen fra barn til voksen. En rapport som skulle se på konsekvenser Covid-19 har hatt på barn og unges helse viste at for barn flest var skole- nedstengning og begrensede sosiale muligheter forbundet både med fordeler på enkelte områder og ulemper på andre. Derimot viste det seg at allerede sårbare grupper har fått det vanskeligere på mange livsområder (41). At regjeringen bevilger ekstra midler til psykisk helse og prioriterer ekstra tiltak for å hjelpe ungdom inn i arbeid eller utdanning nå, kan ses på som en respons til økte behov skapt av pandemi isolasjonen.

Søkene viste at det finnes omfattende forskning på både sosialt utenforskap, dropout fra skole og overvekt-fedme. Men kombinasjonen av aktuelle emneord ga få funn. Årsaker til dropout fra skole ble i stor grad forklart med sosioøkonomiske og etniske forhold plassert utenfor den enkelte elevs vilje, men på individnivå trekker forskningen fram mobbing som en betydningsfull årsak (42, 43). Et av de tidligere studiene (43) etterspør mer forskning på tema overvekt-fedme og mobbing, og vi ser at en del nyere studier har viet den vinklingen større oppmerksomhet (44, 45, 46, 47, 48).

Det er en sammenheng mellom mobbing og dropout fra skole (42), økt skolefravær (43) og dårligere akademiske resultat (43, 44). Likeledes er det en sammenheng mellom overvekt-fedme og dropout fra skolen (49, 50), økt skolefravær (51, 52) og dårligere akademiske resultat (49, 52). Videre ser vi at overvektige i større grad enn normalvektige blir utsatt for uthenging, terging og mobbing (45, 46, 47, 48, 53) og at vektstigmatisering er omfattende (44, 45, 46, 48, 52, 53, 54, 55).

Sosialt utenforskap kan skyldes både sosial eksklusjon (4, 45, 46, 49, 52, 56) og at press/stigma fra omgivelsene gjør at enkelte velger å holde seg mer for seg selv (4, 52, 56). I en artikkel ble det gjort et poeng av at selvvalgt isolering i form av tilbaketrekking er en viktigere faktor en eksklusjon i form av utestengning (4). Men en kan jo spørre seg hvor selvvalgt det egentlig er når vektstigma, bevisst og ubevisst i formen, står så sterkt i de fleste arenaer i samfunnet (44). For eksempel på skolen i form av lærere med lavere forventninger til overvektige elever, i arbeidslivet ved at kompetente overvektige blir forbigått av mindre kvalifiserte normalvektige samt får dårligere betalt for samme arbeid (44). Gjennom velmente offentlige kampanjer som skal forebygge fedme og motivere de

berørte til livstilendring, men som forsterker stigma og bygger opp under stereotyper om at overvektige er viljesvake og late, og følgelig gjør vondt verre (53).

På tiltakssiden synes det viktig å se på utenforskap hos ungdom da livsfasen mellom barn og voksen er viktig for god psykososial utvikling (43, 51, 52). Funn viser at de som utvikler fedme i denne perioden har høyest risiko for å droppe ut av skolen, og at de som vokser barnefedmen av seg reduserer risikoen og nærmer seg frafallsraten til normalvektige (50). Den manglende sosiale støtten som følger fedme og overvekt opptar de berørte mye mer enn den økte sykdomsrisikoen som følger av overvekt (45, 46). Utenforskap kan gi negative følger som lav selvtillit, angst, depresjon, kroppsutilfredshet, selvmordstanker, dårlig akademiske resultater, inaktivitet, spiseforstyrrelser og at man vegrer seg for å søke hjelp for fysiske og psykiske helseproblemer (44). Det er en klar sammenheng mellom overvekt og sosialt utenforskap (4, 45, 46, 49, 52, 55, 56).

Det tyder også på at tiltak som skal kunne forebygge overvekt-fedme, må ta hensyn til de sosiale utfordringene som følger det å ha en kropp som er større enn hva omgivelsene aksepterer (4, 26, 45, 46, 53).

# METODE

## Struktur i metodekapittelet

Metodekapittelet deler jeg inn i to hoveddeler. Del 1. omhandler metode for datainnsamling og del 2. metode for analyse av data. Metoden vil presenteres kronologisk i den rekkefølge det var logisk for meg å jobbe med oppgaven. I etterkant av hver del følger en redegjørelse for fremgangsmåten og vurderinger gjort underveis i denne oppgaven.

## Del 1; Metode for datainnsamling

### Litteratursøk

På Universitetsbiblioteket i Oslo sine sider beskrives et systematisk litteratursøk som et omfattende søk der informasjonsinnhentingen er planmessig og begrunnet. Det kjennetegnes ved at man gjør flere søk i flere databaser med utstrakt bruk av søkeord. Hensikten er å fange opp så mye som mulig relevant litteratur på et felt på en dokumentert og etterprøvbar måte (UiO). Et vel gjennomført litteratursøk er selve fundamentet for det senere arbeidet (57).

### Valg av metode for datainnsamling

I følge Malterud er hovedregelen innenfor forskning at man velger en metode som er adekvat i forhold til problemstillingen (58). Det kvalitative og det kvantitative designet er to tilnæringsmetoder. Avgjørende for metodevalget er hva man ønsker å vite (57). Der den kvalitative metoden etterstreber en nærhet mellom forsker og forsøksperson som ofte beskrives som subjektiv og det å være «innenfor», har den kvantitative tilnærmingen idealer hvor forskeren skal være objektiv og holde distanse: «Stå utenfor». Den kvalitative metoden oppnår resultater ved å gå dypt inn i problemstillingen hos et lite antall individer og med mange variabler, mens man i kvantitativ tilnærming etterstreber å bygge resultater på mange individer og få variabler. I kvalitative studier er det en forutsetning at en gjennom språket kan ta del i hverandres indre verdener og derigjennom tolke den informasjonen som fremkommer, mens i den kvantitative forskningen tilstreber man å beskrive og forklare utfallet av de gjennomførte målinger (57).

*Ved utforskning av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger kommer vi bare et stykke på vei med biomedisinsk eller epidemiologisk forskningsmetode og statistisk bearbeiding av numeriske data innsamlet under standardiserte betingelser (58).*

I slike tilfeller vil en kvalitativ tilnærming være bedre egnet. Her kan man spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd, og vi kan øke vår forståelse for hvorfor folk gjør som de gjør (58).

### Intervju som metode

«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?» (59). Ifølge Steinar Kvale er intervjuet en aktiv kunnskapsprosess hvor intervjuer og den intervjuede produserer kunnskap sammen. Intensjonen med metoden er å innhente empirisk kunnskap om hvorfor gruppen (Foreldre som takker nei til anbefalt behandlingstilbud) vurderer situasjonen som de gjør? Hvis et intervju skal være egnet til å belyse dette, må det ha en mer eksplorativ enn hypotesetestende form. «Et utforskende intervju er som regel åpent, og strukturen i det er i liten grad planlagt på forhånd»



(59 p 141) Intervjueren vil styre intervjuet inn på ønsket tematikk, men vil gjennom åpne formuleringer legge til rette for at det intervjuede skal bidra til at problemkomplekset blir bedre belyst. Lav grad av struktur i intervjuet vil gi svar som må analyseres kvalitativt. «*I kvalitative forskningsintervjuer er siktemålet å samle inn så rike og forutsetningsløse beskrivelser som mulig av relevante temaer i intervjupersonens livsverden*» (57 p 85)

### Utvalgsstørrelse og rekruttering av informanter

I kvalitativ forskning og da spesielt design hvor man benytter seg av intervju med åpne spørsmål, er man ikke avhengig av like mange respondenter som man trenger innen kvantitativ hypotesetesting. Like fullt vil eventuelle funn styrkes av at man finner samsvarende resultater fra flere informanter og følgelig er man avhengig av ett visst antall deltagere i studiet. Innen kvalitative tilnærminger som Grounded Theory har de brukt begrepet metning, som antyder at antallet informanter er tilstrekkelig når man tilsynelatende ikke får tilført tema nye aspekt. Malterud tar til orde for begrepet Informasjonskraft, som sier noe om informasjonskvaliteten i intervjuet. Den avgjøres blant annet av målet for studien, bruk av etablert teori, dialogkvalitet og analysestrategi. Jo sterkere informasjonskraft, dess færre informanter trenger man (60). Kvale og Brinkmann understreker at det innen kvalitativ forskning er mulige fallgruver forbundet med både for få og for mange informanter. Ifølge dem er svaret på hvor mange intervjupersoner man trenger enkelt; «*Intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite!*» (59).

Hovedregelen innenfor kvalitative intervjustudier er strategiske utvalg hvor man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle tema (61). Ifølge Tjora er det ikke uvanlig at rekruttering av informanter er vanskelig og man kan sitte igjen med en følelse av at aktuelle temaer ikke blir undersøkt i mangel på intervjuobjekt med ønsket erfaringsbakgrunn. Hvis de første rekrutteringstiltakene resulterer i et utilstrekkelig utvalg anvendes det av og til noe som kalles snøballmetoden. Her begynner snøballen å rulle ved at man skaffer seg tips om nye informanter via det lille utvalget med førstekontakter som man har (61). Det er imidlertid utfordringer med metoden som å skaffe førstekontakter med aktuelle nettverk, å beholde kontroll på en utvalgsprosess preget av tilfeldigheter (62) og etiske utfordringer ved at flere informanter kjenner hverandre som eksempelvis kan gjøre anonymisering vanskelig (63).

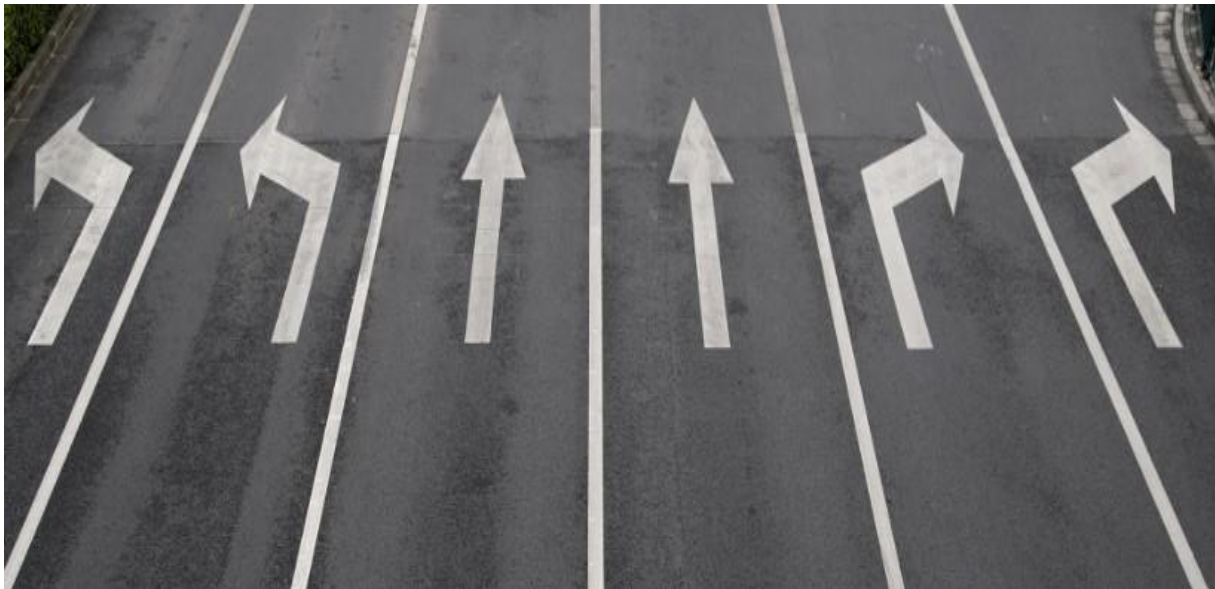
### Etiske forhold i forkant, underveis og etter datainnsamlingen

Allerede på 300 tallet før Kristus i den Hippokratiske ed snakkes det om hvilke plikter fagpersonen har til å utvise rettskaffenhet og godvilje ovenfor sine pasienter. Innenfor medisinsk og helsefaglig forskning gir særlig Helsinkidokumentet fire tydelige føringer for hvordan man skal opptre i samhandling med andre mennesker; prinsippene om autonomi, godhet, om ikke å skade samt rettferdighet (57). Autonomiprinsippet innebærer at informanten har tilstrekkelig informasjon slik at de sikres selvbestemmelse og at deres integritet ivaretas. Godhetsprinsippet at hver og en skal strebe etter å gjøre det gode og forebygge skade. Prinsippet om ikke skade er ganske selvfølgelig og rettferdighetsprinsippet innebærer at alle skal behandles likt. Prinsippet om autonomi innebærer et informasjonskrav som sikrer at deltagerne er kjent med formålet med prosjektet, hvordan det er bygd opp, hvilken nytte det er forventet å ha, eventuell risiko for skader og ubehag og kjennskap til at all deltagelse er frivillig og kan avbrytes når som helst uten negative følger (57).

«Etiske problemer i intervjuforskningen oppstår spesielt på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å utforske menneskers privatliv og legge beskrivelsen ut i det offentlige» (64).

Konfidensialitet, taushetsplikt og anonymisering innebærer en sikkerhet for personer som er med i en undersøkelse. Konfidensialitet sørger blant annet for at informasjon fra datainnsamlingen ikke blir spredd i en slik form at personer og episoder kan gjenkjennes. Krav til taushetsplikt og hva det innebærer er hjemlet i en rekke lover som forvaltningsloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven med flere. Anonymitet foreligger når datamaterialet er behandlet slik at man ikke kan identifisere enkeltpersoner (57).

**Figur 2: Veivalg analysemetode?**



?

## Del 2: Valg av analysemetode

### Kvalitativ analyse – systematikk og retning

«Systematisk analyse med forpliktende tolkninger og resultater som lærer oss noe vi ikke visste fra før, utgjør den viktigste forskjellen mellom forskning og overfladisk «synsing»» (65). Ved å følge en etablert metode er det lettere å holde en stødig kurs i analysearbeidet uten at det er til hinder for å legge merke til nye spor og inntrykk. Valget av metode avhenger av hva slags kunnskap vi er på jakt etter og hva slags data vi har. Det gir liten mening i å si at en metode er feil og en annen riktig, men det er viktig å kjenne godt til analysemetoden vi velger å være bevisst på hva som er styrker og svakheter ved valget (58). Malteruds tips er at den uerfarne forsker bør lære seg en velbeskrevet analysemetode godt. Vesentlig er det at forskerens fremgangsmetode er så godt beskrevet at andre kan følge den samme veien senere og kan forstå systematikken brukt, fortolkninger gjort og konklusjoner trukket.

Det er mange metoder å velge mellom som springer ut fra spesifikke filosofiske tradisjoner (fenomenologi og hermeneutikk), ulike metodetradisjoner (Grounded Theory eller etnografi), teoristyrte analyser eller forholdet mellom deskriptiv eller fortolkende metode. Det finnes ulikheter og likhetstrekk. Noe forenklet hevder Malterud at disse i hovedsak kan skilles fra hverandre av hvorvidt man analyserer dataene på tvers eller på langs. En langsgående analyse følger ett enkelt eller få forløp over tid. Mens en tverrgående analyse sammenfatter informasjon fra mange forskjellige deltagere. De fleste studier innenfor medisin og helsefag gjennomføres med tverrgående analyse (66).

Innen tverrgående analyser er også valgmulighetene mange og det er visse elementer som går igjen. Systematisk tekstkondensering (STK) er en av metodene som har nevnte grunnleggende prinsipper i seg.

### Systematisk tekstkondensering

Analysen er induktiv og iterativ og har til hensikt å utvikle kunnskap basert på deltagerens syn og erfaringer på temaer som berører problemstillingen. Det opereres med fire trinn i analysen: 1) Å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene og 4) å sammenfatte betydningen av dette (58). I denne metoden er ikke analysen en lineær prosess, men noe som kan gå litt fram og tilbake og dermed være både detaljert og tidkrevende.

#### 1. Helhetsinntrykk.

I første trinn skal man bli kjent med materialet. Her er fugleperspektivet styrende og helheten framfor spennende detaljer som gjelder. Etter en rask gjennomlesning oppsummeres umiddelbare funn og temaer som vekker oppmerksomheten. Disse gis et beskrivende navn. Temaene er ennå ikke utviklet gjennom systematisk refleksjon og tolkning, men representerer et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet i jakten på noe som belyser problemstillingen.

2. *Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.*

I dette trinnet organiseres og markeres materialet som har relevans for problemstillingen, mens det som er irrelevant legges til side. Identifiserte meningsbærende enheter blir nå sortert inn under den kodegruppen de synes å høre hjemme og representerer foreløpige tanker rundt problemstillingen. Denne systematiseringen av meningsbærende enheter fra teksten kalles koding.. Målet er å utvikle robuste kodegrupper som på en god måte differensierer tekst som omhandler ulike forhold. Koder og kodegrupper utgjør fremdeles ikke resultater, men bare virkemidler og organiseringsprinsipper.

3. *Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold*

I tredje analysetrinn skal den sorterte informasjonen fra meningsbærende enheter og koder fra trinn to abstraheres. Man skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Kondensat er et kunstig sitat som du samler konkrete meningsbærende enheter under. Det har til hensikt å sammenfatte informantenes stemmer i en mer generell form. Ikke som en lang rekke sitater, men som en frisk tekst som utgjør summen av deltagerens stemmer om gjeldende tema. Det er et arbeidsnotat i jeg-form som danner utgangspunktet for utarbeidelsen av resultatene i trinn fire.

4. *Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater*

I denne fasen sammenfattes funnene i form av fortolkede synteser som på en lojal måte formidler deltagerens stemmer og som etterstreber å gi leseren innsikt og tillit. Kondensatene brukes til å lage en analytisk tekst til hver subgruppe og kodegruppe, illustrert med et treffende gullsitat som kan konkretisere hovedfunn. Omtalen fra hver undergruppe får sitt eget avsnitt. Den analytiske teksten utgjør en utvalgt og relevant side i ett av hovedfunnene i forskningsprosjektet (58).

## Forskningstradisjon

Fenomenologi er studiet av menneskelig erfaring og hvordan verden presenterer seg for oss i og gjennom erfaringen. Det innebærer en fortolkning. Systematisk tekstkondensering deler fenomenologenes oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap. Men innen STK fordyper man seg ikke i livsverden som et grunnleggende analyseperspektiv. I likhet med fenomenologenes «bracething» vil man innen STK sette egne erfaringer i parentes for ikke å overdøve deltagerens stemmer. Men STK vektlegger imidlertid erkjennelsen og betydningen av forskernes ståsted som en viktig forutsetning for situert kunnskap (les: kunnskap er innsvøpt i og reflekterer konteksten den produseres i). Man regner det verken som ønskelig eller mulig å opprettholde en slik analytisk distanse mellom forsker og deltagerens stemme. Med fenomenologisk metode søker man objektets essens gjennom gradvis reduksjon. Innen STK leter man ikke etter essenser, men tenker at et fenomen kan framtre i ulike versjoner avhengig av perspektiv. Et fellestrekk mellom fenomenologien og STK er at analysen skal beskrive de mest relevante sidene av fenomenet man undersøker så nøyaktig og grundig som mulig (58).

## Forforståelse

Det er av vesentlig betydning at man presenterer sitt paradigme eller sitt teoretiske perspektiv i artikler, masteroppgaver eller lignende tekstproduksjoner, fordi et paradigme representerer den forståelseshorisont som man innehar (58). Kirsti Malterud omtaler forforståelsen som den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet og noe som vil påvirke måten vi samler, leser og tolker våre data på. Forforståelsen kan både være en kilde til motivasjon og en igangsetter, men kan også gjøre at man går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont (58). Ifølge Gadamer, kan man kun erkjenne den sosiale og historiske verden gjennom forståelse og fortolkning, som i siste instans hviler på forforståelse og fordommer (67). En bevissthet rundt dette er derfor nødvendig i forskningens ulike faser og Malterud snakker om selvangivelse, en strategi hvor man før datainnsamling ser for seg hvilke funn man tror man finner. Og på den måten kan skape økt oppmerksomhet overfor andre funn og aspekter og motvirke faren for kun å finne det man ønsker eller forventer å finne.

## Metodekritikk

«I prinsippet er kriteriene for valg av metode like, det vil si at man ønsker alltid en metode skal gi et så relevant og pålitelig bilde som mulig av det man studerer» (68) Men ifølge Torsten Eriksson vil mange praktiske hensyn som tid til rådighet, økonomi til gjennomføring, fortrolighet til metoden og tilgang til utstyr påvirke valget. Derfor er det betimelig å ta stilling til en del spørsmål: Er metoden valid? Fanger den opp det den er beregnet å finne svar på? For hvem vil man at resultatene skal gjelde? Er stikkprøven av en slik art at man kan trekke gyldige slutninger fra utvalget til populasjonen? Er det mulighet for prøving og omprøving av metoden brukt slik at andre kan ta stilling til om veien valgt er fornuftig og analyser gjort pålitelige? (68)

Innen intervju varierer det mellom strukturert intervju hvor intervjuer leser opp spørsmål og noterer svar, via halvstrukturerte til ustrukturerte intervju og i andre ytterkant rene samtaler. «*Poenget med et intervju ligger i muligheten for å tilpasse og presisere spørsmålene man stiller, og muligheten for å ta hensyn til et betydelig bredere spektrum av svar og reaksjoner enn i en enquête*» (68) I intervju er det ikke de store talls lov<sup>1</sup> som driver utviklingen av kunnskap, men en dypere forståelse hentet fra få deltagere. Jo åpnere spørsmål som benyttes, desto større krav stilles det til intervjuer og den som skal tolke svarene. Kravene til en kvalifisert dataanalyse øker. (68)

Ved intervju følger det fordeler ved at intervjuer kan få utførlige svar på spørsmålene, har mulighet til å tolke situasjonen, kroppsspråket og annet som ikke fanges over telefon eller ved en enquête. Men man risikerer også påvirkning som kan gi skjevhet. Intervjueffekten som skyldes samspillet mellom intervjuer og intervjuobjekt kan eksempelvis gjennom sympati eller antipati påvirke resultatene på en uønsket måte. Halo-effekten som er tendensen til at intervjuer blir påvirket av andre ting hos objektet enn det man skulle vurdere som informantens tittel eller særegne klesstil. Eller sentraltendensen som leder intervjuer til å unngå ekstreme verdier i uttalelsene sine og på den måten mister relevante funn som befinner seg mer i periferien (68).

Som sosiale vesener lever vi sammen med andre og dette samværet reguleres både gjennom juridiske regler og normer. Moraloppfatninger sier noe om hva som er riktig og galt, godt og ondt og gir også føringer for hvordan forsvarlig forskning skal foregå. Etske krav innen forskning kan være at man ber om deltagers samtykke, sikrer konfidensialitet og redegjør for mulige konsekvenser som

---

<sup>1</sup> De store tallenes lov er en tese innenfor sannsynlighetslæren som i enkelhet sier at når antallet øker nærmer man seg «sannheten». Hvis man eksempelvis kaster en terning nok ganger vil man få en jevn fordeling mellom tallene 1 til 6.

deltagelse kan medføre samt informerer om intensjon og hvordan deltagelsen skal foregå. At forsker er redelig og ikke tar snarveier eller jukser er også helt avgjørende og det uetiske i en slik tilnærming kan jo gi dramatiske følger for eksempel innen utvikling av medisiner. En annen vesentlighet er at man ikke styrker egne funn med dokumentasjon som er dårlig fundamentert og at man er kritisk til hvilke kilder som benyttes.

## Fremgangsmåte gjeldende oppgave: Datainnsamling

### En kvalitativ tilnærming

Bakgrunnen for denne oppgaven er min nysgjerrighet over hvorfor så mange familier som har barn med overvekt og fedme takker nei til den hjelpen som blir tilbudt? I en forelesning med førsteamanuensis Rønnaug Ødegård ble det nevnt at dette var noe de hadde prøvd å finne svaret på gjennom å sende ut en spørreundersøkelse til en rekke familier som ikke hadde takket ja til tilbudet. Det som umiddelbart slo meg før foreleseren fortsatte var; Er det noen som kommer til å svare på en slik henvendelse da? Og ganske riktig var antall respondenter så lavt at man ikke kunne bruke undersøkelsen til mye.

Jeg tenkte at her er det noe jeg kanskje kan bygge en oppgave på. Men jeg kunne ikke regne med å få tak i mange respondenter. Og skulle jeg lykkes måtte henvendelsen til mulige informanter være mer direkte og personlig, noe jeg eksempelvis kunne oppnå ved å ringe dem. Ergo beveget jeg mot en kvalitativ tilnærming for å belyse problemet. Jeg mente også at det ville være hensiktsmessig siden det var så mange aspekter rundt fenomenet som jeg ikke hadde oversikt over at forutsetningen for en god kvantitativ tilnærming manglet. Jeg er oppriktig opptatt av å forstå «verden» fra de som takket nei til hjelp sitt ståsted. Og hvis man ønsker å studere meninger, holdninger og erfaringer er dybdeintervju en egnet metode (59). Metoden ivaretok også min manglende oversikt og gjorde meg mindre sårbar om det skulle vise seg vanskelig å rekruttere informanter.

### Forberedelser

I forkant av jobben med å rekruttere informanter lagde jeg en kort introduksjon over hva denne oppgaven skulle omhandle. Den redegjorde for den urovekkende globale økningen av barnefedme og hvorfor verdens helseorganisasjon (WHO) ser på dette som en av vår tids største helseutfordringer. Videre at intensjonen med oppgaven var å avdekke forhold som gjorde at barnefamilier fant det vanskelig å ta imot hjelp, slik at man kanskje framover bedre kunne ivareta familienes behov i tilbudet som blir gitt. Jeg mistenkte at de jeg kontaktet i utgangspunktet ikke ville være så villige til å stille til et intervju og ønsket med denne introduksjonen raskt å skape et engasjement samt en forståelse for at deres erfaringer var viktige for at framtidig tilbud kanskje skulle bli bedre. Jeg øvde meg på hvordan jeg skulle ordlegge meg i innsalget av intervjuet, ved å bruke den skriftlige introduksjonen som underlag, slik at jeg skulle ha en best mulig flyt i den avgjørende førstesamtalen. Jeg erfarte at det var flere som ikke svarer på et ukjent nummer og i de tilfeller jeg ikke fikk svar prøvde jeg å kontakte dem via mail eller tekstmelding. I førstnevnte tilfelle brukte jeg et noe mer detaljert informasjonsskriv (Vedlegg 2) og når jeg benyttet SMS sendte jeg en kort beskjed om hvem jeg var og hva jeg ønsket, slik at de visste hvem jeg var når jeg forsøkte å ringe opp på ny. I forbindelse med intervjuene brukte jeg også elementer fra introduksjonen for å sette tema og jeg opplevde at jeg på den måten forholdsvis raskt fikk peilet samtalen inn på rett spor.

Jeg lagde også en intervjuguide med åpne spørsmål som omhandlet temaene jeg ønsket å innhente data om (vedlegg 4). I forkant av hvert intervju leste jeg igjennom intervjuguiden, da jeg ønsket å ha en minst mulig skjemastyrt dialog. I starten støttet jeg meg mer til guiden underveis enn jeg følte behov for på de siste intervjuene.

For å øve meg på intervjusituasjonen gjennomførte jeg et prøveintervju med en helsefagarbeider. Hun hadde gjennom sin jobb som helsesykepleier kjennskap til utfordringer rundt barnefedme, men hadde ikke selv barn som slet med overvekt eller fedme. Dette intervjuet inngår følgelig ikke i masteroppgavens datamateriale. Men intervjuet gjorde at jeg fikk prøvd ut både introduksjon, intervjuguide, intervjusituasjonen, lokaliteter samt tekniske hjelpemidler som lyd-opptaker. Pilotintervjuet sørget også for at jeg fikk en tilbakemelding på hva hun mente fungerte godt og hvor jeg burde korrigere meg.

### Rekruttering

I denne studien skulle informantene rekrutteres via prosjektet “nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier” og via Frisklivscentralen i Trondheim. Jeg kontaktet aktuelle kandidater tildelt fra førstnevnte prosjekt og fikk derfra gjennomført to intervju. På Frisklivscentralen viste det seg at det var en annen person inne som rekrutterte fra de samme personene som jeg var forespeilet å spørre. Det ble vurdert slik at slitasjen på aktuelle respondenter ble for stor om jeg også skulle invitere inn disse til intervju. Neste steg var da å sende ut en henvendelse til helsesykepleiere som jobbet i skolevesenet for å høre om disse kunne være behjelpelig med å gi meg navn på foreldre verdt å følge opp. Her fikk jeg fort positiv tilbakemelding fra to jeg kontaktet, og en god tilgang til respondenter syntes å være sikret. Før jeg begynte å få aktuelle kandidater kom Covid-19, og mine positivt innstilte helsesykepleiere fikk fullt opp med å ivareta Coronatiltak på respektive skoler. Ergo fikk jeg heller ikke på denne måten tak i aktuelle kandidater.

Epidemien satte meg tilbake i rekrutteringsarbeidet og ga meg flere utfordringer som jeg ikke hadde forutsett. Oppsiden med redusert informanttilgang var at jeg fikk transkribert de første intervjuene før jeg gjennomførte de siste intervjuene. Dette ga læring og ny innsikt som jeg kunne ta med meg inn i gjennomføringen av de siste intervjuene.

En av fordelene med å jobbe på treningssenter er at du kommer i kontakt med mange ulike mennesker. Ved å være litt våken og med litt flaks kom jeg i kontakt med foreldre i kategorien som var aktuelle for masteroppgaven. Med utgangspunkt i disse brukte jeg snøballmetoden. Jeg spurte rett og slett om de kjente andre foreldre i samme situasjon og fikk da navn og nummer på andre jeg kunne følge opp. Jakten på informanter viste seg å være utfordrende. Mange av dem jeg kontaktet ønsket ikke å stille opp på noe intervju og flere av de som først takket ja stilte ikke opp når det kom til stykket. I skrivende stund har jeg gjennomført og transkribert åtte intervju. Optimalt sett kunne jeg tenkt meg å gjennomføre noen flere intervju, men mener også at de samtalene jeg har hatt har gitt meg økt innsikt i behov som synes viktige for familier med barn som sliter med overvekt. Om jeg har nådd en metning i funnene er vanskelig å bedømme, men at respondentene har flere felles punkt som var viktige for dem når de vurderte å benytte tilbud om hjelp er tydelig. Omstendighetene tatt i betraktning og erkjennelsen av at en masteroppgave primært er en prosess hvor jeg skal lære viktige forskningsmessige grunnprinsipp, gjorde at jeg høsten 2022 begynte med analysearbeidet.



## Utvalgskriterier

Informantene skulle i utgangspunktet være foreldre/foresatte som har takket nei til tilbudt familieinvolvert intervensjon med fokus på kosthold og aktivitet for å reversere, stabilisere eller forebygge fedme hos barn i alderen 5-12 år. Det kunne suppleres med foreldre/foresatte som har takket ja til deltagelse om det ble vanskelig å få rekruttert tilstrekkelig med deltagere fra førstnevnte gruppe. I denne oppgaven har jeg fire intervju fra hver kategori. To av familiene som deltok i prosjektet hvor intensjonen var å støtte familier med barn som slet med overvekt-fedme, hadde ikke blitt rekruttert inn fra helsesykepleier eller lege. De hadde selv oppsøkt hjelp og bedt om å få delta. Deres erfaringer ga også relevant informasjon om foreldres behov og hvor rekrutteringsprosessen har forbedringspotensial.

## Utsatt innlevering

Masteroppgaven var tenkt å falle inn under barnelege, Bjørn Magne Jåtuns innovasjonsprosjekt; «Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier», hvor et delmål var å få bredere innsikt i foreldres barrierer og behov for helsetjenesten. I prosjektet hadde man fått ekstra midler til å rekruttere informanter da man erfarte at ønsket målgruppe kunne være vanskelig å nå. Selv om prosjektet ga navn å jobbe med og åpnet muligheter med tanke på å rekruttere via Frisklivssentralen i Trondheim, så bød rekrutteringen på utfordringer tidligere beskrevet. De fleste respondentene er derfor rekruttert via andre kanaler og oppgavens omfang og krav til innlevering har gjort at forfatterens mål på antall intervju er blitt noe redusert.

Forsinkelser i arbeidet med masteroppgaven har også gjort at prosjektet «Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier» ble ferdigstilt før resultatene fra denne oppgaven forelå.

## Etiske betraktninger

Det er etiske vurderinger å ta knyttet til alle stadier i forskningen og jeg søkte råd hos Regional Etisk Komite for å sikre at jeg fikk innhentet nødvendige godkjenninger. Bruk av lydopptak i forbindelse med intervju medfører behandling av personopplysninger som innebærer at prosjektet må meldes til NSD (Norsk Senter for forskningsdata) og at man må følge NSD's retningslinjer for å håndtere data som involverer personopplysninger. Masteroppgaven er rapportert inn til NSD som en del av Bjørn Magne Jåtuns innovasjonsprosjekt. Da det ikke foretas fysisk eller psykisk testing av respondentene og ingen av spørsmålene som blir stilt vil ha til hensikt å avdekke medisinske forhold i kombinasjon med at informantene er over 18 år, så er prosjektet blitt vurdert til ikke å trenge REK godkjenning. Derimot skal det følge et NSD løp.

Informantene ble gjort oppmerksom på at deres deltagelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg. Da de fleste informantene ble rekruttert ved oppringning eller direkte dialog ble tidligere nevnte introduksjonsunderlag benyttet istedenfor et utsendt informasjonsskriv. Introduksjonen redegjorde for bakgrunn og intensjon med oppgaven samt deltagerens selvbestemmelsesrett med tanke på deltagelse. Det ble også brukt et samtykkeskjema for å formalisere aksept av at data fra gjennomført intervju kunne brukes i forbindelse med oppgaven (Vedlegg 3). Ifølge Kvale & Brinkmann skal man også redegjøre for eventuelle risikoer eller fordeler ved deltagelse (59). I forbindelse med denne oppgaven kan jeg ikke se at deltagelse er forbundet med verken ulemper eller fordeler.

Informantene ble anonymisert ved at ingen navn er brukt i forbindelse med transkribering eller i benevnelse av nedskrevet data. Lydopptak er blitt slettet fortløpende etter at de er blitt transkribert.

Ved sitatbruk i resultatpresentasjonen er dialekt oversatt til vanlig bokmål og spesielle episoder nøye vurdert før de blir brukt slik at informanten ikke skal bli kjent igjen av de som leser oppgaven. Alle lydopptak og transkriberinger ble oppbevart digitalt med passordbeskyttelse og utskrevne og håndskrevne data innlåst på eget kontor for å sikre konfidensialitet. Selv om intervjuene ikke hadde til intensjon å avdekke personsensitive data så ble jeg i fortrolighet fortalt enkelte ting som falt inn under taushetsplikten. Den type data er ikke brukt i oppgaven da det ikke hadde relevans for det jeg ønsket å se nærmere på.

### Gjennomføring av intervjuene

I forkant av utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene støttet jeg meg til Kvale & Brinkmanns «Det kvalitative forskningsintervju», for å kunne styre unna de vanligste fallgruvne. Jeg ser ikke poenget i å repetere tipsene her, men hopper rett på mine erfaringer i forbindelse med datainnsamlingen.

De første intervjuene ble avholdt på egnede lokaler som jeg lånte fra min arbeidsgiver her i Trondheim. Jeg var akkurat kommet i gang med de første intervjuene når samfunnet ble nedstengt grunnet Covid-19. Jeg hadde gjort avtale om flere intervju på Sunnmøre basert på prospekt jeg hadde fått via prosjektet; «Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier» og jeg hadde frigjort tid til å reise, samt ordnet overnatting i Ålesund i forbindelse med dette. Dette ble umulig å gjennomføre og jeg prøvde å erstatte direkte intervju med nettbaserte intervju. Dessverre lyktes jeg ikke å få med alle avtalene videre. Det ble gjort nye avtaler og flere ombookinger. Enkelte logget ikke på til avtalt tid og det endte med at flere til slutt trakk seg fra avtalen om å stille til intervju. Dersom omstendighetene hadde vært normale så tror jeg de fleste avtalene gjort på Sunnmøre ville blitt gjennomført, da de visste jeg dro dit ens ærend for å prate med dem. Jeg tror det ville skapt en større forpliktelse til å stille opp.

Selvfølgelig mister man noe når et fysisk møte blir redusert til et digitalt møte, men jeg følte at digitale intervju fungerte godt så lenge teknologien spilte på lag. Jeg kan jo bare spekulere i om at avtalte intervju som skulle foregått hjemme hos informantene kanskje ville skapt en tryggere intervjusituasjon for deltagerne og om dette kunne bidratt til flere aspekter i datamaterialet. Men jeg synes at atmosfæren var god også når dette ble gjennomført via skjerm, telefon eller mitt arbeidssted. Jeg erfarte at opptaket på mitt første digitale møte ble så dårlig at jeg måtte be informanten om en oppfølgingsprat for å sikre at jeg hadde fått med meg det han formidlet. Derfra og ut brukte jeg to taleopptakere for å unngå samme nybegynnerfeil. På et annet intervju var datalinjene så dårlig at vi måtte ta det på telefon. Jeg synes det var lettere å gjennomføre intervjuene når jeg så informantene og følte at jeg satt igjen med ett mer detaljert inntrykk i de intervjuene.

Jeg erfarte at en fast og innøvd introduksjon når intervjuet startet var med på å gjøre intervjusituasjonen tryggere, med det resultat at informantene ofte tok initiativ til å prate om aktuelle temaer uten at jeg trengte å avbryte underveis. Innstikk gikk mest på å gjenta og få bekreftet om min forståelse var noenlunde i samsvar med hva respondenten ønsket å formidle. Etter at intervjuet var gjennomført og opptaket ble avslått, fortalte jeg litt mer om mine erfaringer og opplevde behov med å ha et overvektig barn som vi foreldre slet med å hjelpe. Det gjorde at vi i enkelte intervju fikk en god prat i etterkant som ga ytterligere nyanser til det vi allerede hadde snakket om. I etterpåklokskapens lys, ser jeg at jeg ikke burde vært så raskt til å slå av båndopptakeren, men på en annen side så kan dette også ha medført at informantene snakket mer åpent. Jeg tok notater av aspekter jeg fant interessante.

## Hvorfor Systematisk tekstkondensering?

Som metode for å analysere mine kvalitative data falt valget på Systematisk tekstkondensering (STK). Ifølge Kirsti Malterud, er den utviklet med sikte på å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte, uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner (65). En viktig årsak til at jeg valgte denne framfor andre metoder jeg sjekket ut, var at beskrivelsen av denne metoden framsto som mer forståelig, klargjort gjennom gode eksempler og beskrivelser. Jeg kunne derfor raskere komme i gang med analysen og trengte å bruke mindre tid på å forstå fremgangsmåten. En annen viktig grunn var at Malterud er medisiner og driver med kvalitativ forskning innen det samme fagfeltet som denne mastergraden har sitt utspring fra (Fakultet for medisin og helsevitenskap). Ergo burde denne fremgangsmetoden også være kjent i et fagmiljø hvor den kvantitative forskningstradisjonen står sterkt. Metoden tilbyr nybegynnere en prosess med intersubjektivitet, refleksivitet og gjennomførbarhet, samtidig som den opprettholder et ansvarlig nivå av metodisk strenghet (65).

Det finnes mange ulike måter å analysere kvalitative data på, men STK med de eksemplene Malterud benytter for å beskrive metoden, ga meg den forståelsen og motivasjonen som jeg trengte for å komme i gang med analysearbeidet.

### Steg 1: Helhetsinntrykk

I starten av dataanalysen la jeg alle transkriberte intervju i et felles dokument som jeg skrev ut i papirformat. Jeg skilte de ulike transkriberingene fra hverandre ved å gi dem nummer 1 til 8. Jeg leste gjennom all data fortløpende uten å utheve noe eller å ta notater. Målet i fase 1 var å få en oversikt over materialet og reflektere over om det var noen tema som skilte seg ut. Jeg endte opp med følgende umiddelbare hovedområder; 1) Kommunikasjon, 2) Tid og 3) Kompetanse.

### Steg 2: Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.

Neste steg var at jeg brukte tekstmarkør til å utheve alle funn som syntes relevante for oppgaven. Det som Malterud omtaler som meningsbærende enheter. Jeg brukte ulike farger for å synliggjøre hvilket hovedområde den meningsbærende enheten falt inn under og fant fort ut at her var det flere underkategorier. Eksempelvis under tema «Tid» var det enheter som hadde ulik egenart. Funn som gikk på «Mangel på tid», «Feil tidspunkt» og «Mangel på langsiktighet» følte ikke naturlig å plassere sammen. Dette innebar at jeg måtte innføre flere farger samt benytte meg av understrekninger og stikkord i marginen for å differensiere mellom de ulike funnene. I dette stadiet av kodingen, hvor jeg gjorde et dypdykk ned i detaljene, ble det hele ganske uoversiktlig.

For å samle trådene igjen lagde jeg et tankekart på Tid, Kompetanse og Kommunikasjon hvor jeg la inn de ulike underkodene med titler jeg følte var beskrivende. Deretter gikk jeg gjennom intervjuene på nytt for å se om jeg kunne finne sammenfallende funn. Informanter som ga uttrykk for lignende erfaringer eller behov. I tankekartet la jeg inn nummeret til de intervjuene hvor jeg fant meningsbærende enheter som syntes å bygge opp under samme underkode og på den måten fikk jeg sett på om dette var enkeltfunn eller funn som gjaldt for flere av informantene. Målet var ikke å kvantifisere, men ved å gjøre det slik fikk jeg en viss følelse av tyngden i funnet likevel. For eksempel var det to foreldre som ga uttrykk for at de gikk i forsvar når helsesykepleier adresserte overvekt hos deres barn, noe som vanskeliggjorde videre samarbeid. Funnet opplevdes som mer relevant når to av åtte informanter oppga dette enn om det bare hadde vært en.

Avslutningsvis gikk jeg inn i den digitale sammenfatningen av intervjuene og uthevet de meningsbærende enheter med farger som henviste til både hovedtema og underkodeditler slik at det

skulle være lettere å finne tilbake til relevante funn som jeg ønsket å ta utgangspunkt i når jeg skulle lage kondensatene i neste trinn.

### Steg 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

Etter å ha gått litt fram og tilbake i materialet i to første trinnene, følte det befriende å få lage kondensater. Nå var det mulig å omforme dialekter, stotrende eller usammenhengende transkripsjoner, til mer presise kondensat. Det bidro til å anonymisere informantene ytterligere, samt at sitater stående uten kontekst som kunne framstå enkle eller fordummende, nå ble presentert tydeligere. Kondensatene ble skrevet i første person.

Jeg prøvde å få til korte presise kondensater hvor målet var å få med essensen av alle de meningsbærende enhetene jeg hadde plassert under gjeldende underkode. I arbeidet med dette ble det klart for meg at noen av funnene var slik at de kunne vært plassert andre steder også. For ikke å repetere samme funn for mange ganger etterstrebet jeg å få plassert den omformulerte meningsbærende enheten der det følte at den hadde størst tilhørighet.

Min kone er ansatt på NTNU og veileder radiografstudenter når de jobber med sin Bacheloroppgave. Det har gitt meg en å sparre med når jeg har jobbet med ulike faser av oppgaven. I forbindelse med analysen var det både bekreftelser og motstand og få når vi var ute på våre regelmessige gåturer og ved flere anledninger kunne jeg se ting litt i litt annet lys når jeg fortsatte arbeidet. Og ha noen å prate med, som både har litt forskningsfaglig ballast og som er nysgjerrig på tema jeg skriver om, synes jeg har vært til hjelp.

Videre var det tilfredsstillende å se at funnene nå kom tydeligere fram igjen etter steg 2, hvor jeg tidvis følte at jeg mistet den røde tråden. Under hvert kondensat limte jeg nå inn sitater hentet fra meningsbærende enheter avdekt i steg 2, som jeg følte kunne være aktuelle å bruke når resultatene skulle presenteres i steg 4.

### Steg 4: Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

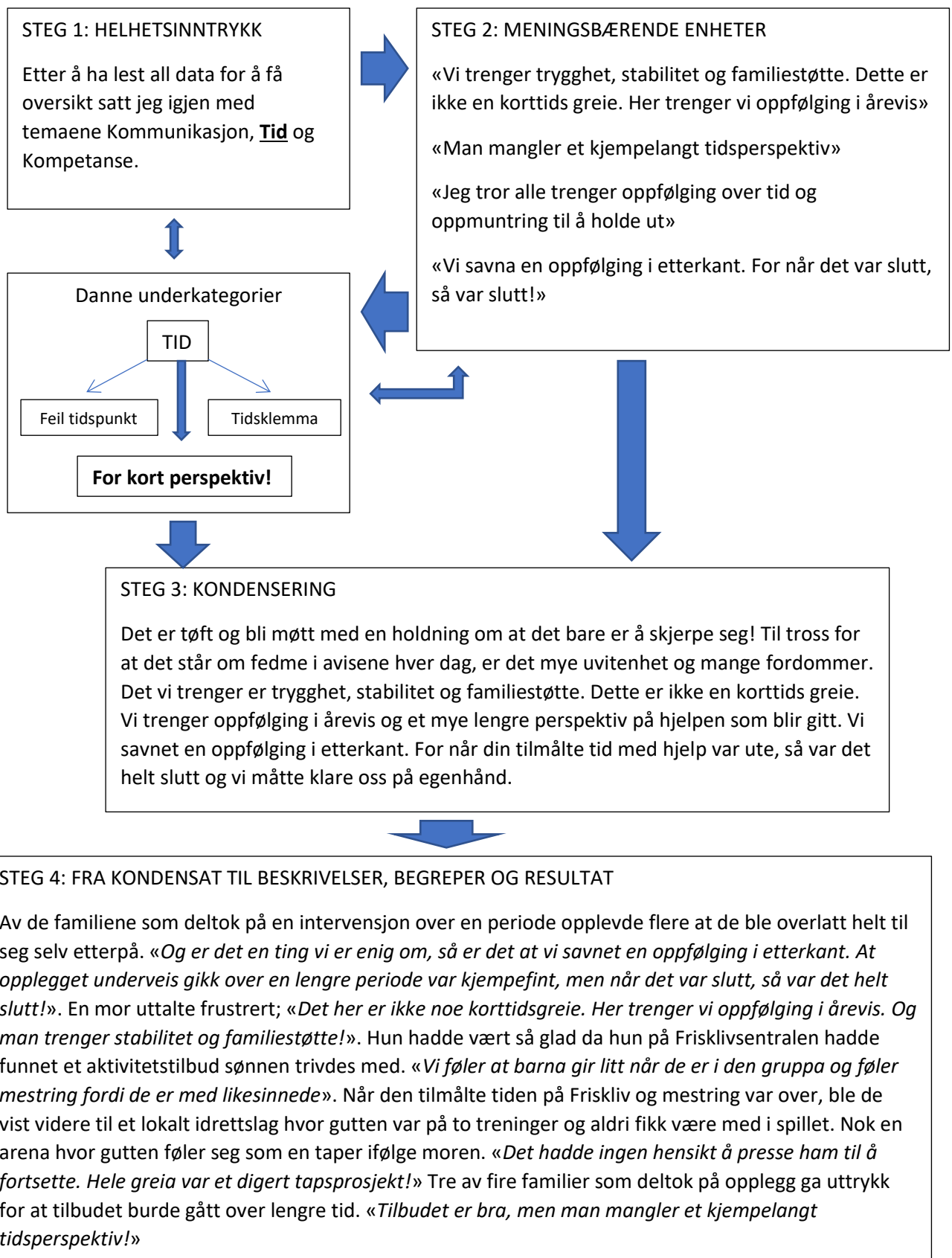
Med «jeg» form kondensatene etterfulgt med relevante sitater foran meg, begynte jobben med å omforme teksten til beskrivelser i en mer observerende tredjepersons form. Her var målet å beskrive funnene med mer distanse i tillegg til at gode presise sitater forhåpentligvis ville kunne skape en nærhet til det direkte funnet og være med å gi kulør til resultatet som ble presentert.

Syntesen (funnene) ble presentert avsnitts vis basert på kondensatet som tilhørte gjeldende underkode og hvert avsnitt fikk sin egen tittel som hadde til hensikt å synliggjøre hva det konkrete funnet besto i. For å dra eksempelet i steg 2 videre, fikk gjeldende avsnitt tittelen: «*Foreldre i forsvar*».

På neste side er et noe forenklet eksempel på hvordan jeg har jobbet med å analysere datamaterialet i denne oppgaven. Øvrige resultater vil bli presentert uten at jeg tar leseren gjennom alle trinnene i analysen.

### Figur 3: Systematisk tekstkondensering

Et forenklet eksempel: Fra «Tid» til «Mangel på langsiktig perspektiv»



## Forforståelse

Som nevnt i introduksjonen av oppgaven er jeg selv forelder til et barn som slet med overvekt i oppveksten. Den erfaringen er helt avgjørende for hvorfor jeg finner problemstillingen så interessant og gjør at jeg hadde mitt sett av antagelser når jeg gikk i gang med oppgaven. Videre ble jeg også påvirket av teori presentert i forberedende fag som eksempelvis kunne si noe om foreldre som ser sine egne barn mer normalvektige enn de egentlig er eller helsefagarbeidere som kvier seg for å ta den vanskelige samtalen. 25 år som trener i frivilligheten, treningsveileder, gruppetreningsinstruktør og Personlig Trener gir også en ballast som jeg har tatt med meg inn i dette prosjektet.

At min forforståelse påvirket arbeidet med intervjuguiden, er helt klart. Mine formuleringer bar jo preg av hva jeg forventet å finne og sirklet derfor rundt disse temaene. Men åpne spørsmål var med på å motvirke dette og ga åpning for funn jeg ikke hadde forutsett. Jeg lagde meg en standardintroduksjon hvor min forforståelse ikke blir nevnt da jeg ikke ønsket å legge ordene i munnen på informantene. Og jeg var veldig bevisst dette også i intervjusituasjonen slik at jeg ikke skulle havne i fellen hvor man leter etter bekreftende funn. Også i analysen av datamaterialet kan man lett finne ting som styrker egne antagelser mer meningsbærende enn andre funn og man kan bli litt blind for aspekt som utfordrer disse.

Det hendte jeg redegjorde for mitt ståsted og mine erfaringer etter at båndopptaker var avslått og erfarte at informantene da kunne få erkjennelser som de ikke hadde satt ord på selv før den fikk litt fødselshjelp fra meg. Ifølge Sokrates kunne jo en god dialog føre til økt innsikt for begge parter, men jeg føler likevel at de sterkeste funnene i oppgaven er de som spontant og kontant kommer fra respondentene uten at jeg ledet dem på veien.

## RESULTATPRESENTASJON

### KOMMUNIKASJON

#### Foreldre i forsvar – Reserverte foreldre

Helsedirektoratet pålegger helsesykepleier et ansvar for å ta en prat med foreldre når barn blir definert som overvektige. Enkelte av foreldrene opplevde at denne beskjeden ble gitt omtrent uten innledning fra helsesykepleiers side og på en måte som følte aggressiv og angripende. Man følte på dårlig samvittighet og en av mødrene uttalte: «Jeg kjente jo at jeg gikk i forsvar. Man ønsker jo ikke å bli sett på som en uansvarlig forelder som neglisjerer barnet sitt». Ikke alle foreldrene følte det var helt rett at barnet deres havnet i overvektikategorien og hadde behov for å nyansere bildet for helsesykepleier eller lege. I et par tilfeller var ikke fagperson lydhør for disse kommentarene og fortsatte videre uten å ha tatt inn noe av det som ble sagt. I samtale med lege på helsestasjon ble en mor fortalt at dattera var tjukk og han kom med tips om å bruke vann i stedet for melk i grøten:

*«Han hørte overhodet ikke på hva jeg sa. Så jeg gjentok at jeg hel-ammert enda. Og så kikket han bare på meg ei stund og sa at hun virker jo grei, men du må bruke skummet melk eller vann i grøten hennes slik at det liksom ikke fortsetter dette her. Så han hørte overhodet ikke på at ungen ikke hadde fått slik mat enda».*

To av mødrene følte at fagperson antok hvorfor barnet var overvektig basert på at de selv var overvektige. Hos en av disse resulterte det i et dårlig samarbeid med helsesykepleier og det toppet seg ved at helsesykepleier sendte inn en bekymringsmelding. Den andre valgte å legge lokk på egen frustrasjon, da hun ikke ønsket at dette skulle gå ut over oppfølgingen dattera fikk.

De fleste foreldrene var glade for at helsesykepleier adresserte barnets overvekt og takknemlige for å få hjelp og innspill til hvordan man skulle jobbe med utfordringen. Flere av barna hadde opplevd lite hyggelige kommentarer som gikk på vekt fra jevnaldrende og enkelte foreldre følte på at eget barn kanskje ikke hadde så mange venner. De bekymret seg for å lage et problem ut av noe som barnet ikke opplevde som ett problem:

*«Jenta vår er en veldig voksen 10 åring som er bevisst sin egen kropp. Allerede på barnehagen ble hun terget for å ha så stor rumpe. Hun slekter på mora si og er tung i kroppen bare. Men hun er verdens mest positive jente og ser ikke mørkt på noe».*

De fleste foreldrepårene ønsket ikke at eget barn skulle tas ut av undervisning for å få oppfølging, da dette kunne føre til at barna kunne føle på utenforskap.

*«Jeg ønsket ikke at hun som eneste barn i klassen skulle tas ut til helsesøstera for å veie seg. For jeg var redd for at hun skulle få trøbbel med det da. For hun hadde ikke det. Hun brydde seg ikke noe om det. Hun var aktiv, var med og hadde mange venner og var på en måte ikke utenfor i det hele tatt».*

Gruppen var omtrent delt i to når det kom til om barnet burde være til stede når tema overvekt ble bragt på bane. Noen så på dette som selvfølgelig og naturlig, mens andre hadde motforestillinger til det.

*«Dattera vår kom hjem fra barnehagen en dag og klaget på at hun hadde mye større lår enn de andre. Vi ble både overrasket og sjokkert over at så unge barn har den kroppsbevisstheten. Derfor reagerte vi på at hun var til stede når helsesøstera tok opp at hun hadde en BMI over*



*normalen. Små ører får med seg mye mer enn vi tror. Og det er jo vi voksne som må sette rammene og da trenger ikke hun være til stede!»*

#### Fagfolk i forsvar - Dårlig samarbeidsklima

Flere av foreldrene opplevde framstillingen av eget barn som overvektig som litt for svart-hvitt;

*«De sykepleierne jobber veldig innenfor boksen sin. Alt skal liksom inn i en standard. Så varsellampene deres lyser jo om den der dotten ligger en millimeter over skalaen, ikke sant. Og hun snakker om det som er standard. Men så er det ikke sikkert at alt er så standard da!»*

To foreldre stilte spørsmål ved testmetodikken brukt for å karakterisere ett barn som overvektig og satte spørsmålstegn ved bruken av BMI alene, hvorpå en helsesykepleier svarte: *«Nei, jeg setter jo tallene inn i ett skjema da og så fant jeg at hun har en for høy BMI»* Mora:

*«Og så. Du må jo forklare mere rundt det egentlig. Hva er utfordringene med det? Ja, og da vart helsesøstera egentlig ganske sur og opplyste at vi foreldre hadde mulighet til å reservere oss mot oppfølging fra helsesøster. Videre sa hun at hun kom til å skrive en rapport om samtalen vår fordi hun ikke ville bli saksøkt om dattera vår fikk et vektproblem når hun ble eldre».*

I noen av intervjuene følte foreldrene at helsesykepleiers tilnærming til tema både var kjapp og direkte. De var litt overrumplet over budskapet og følte at fagpersonen omtrent brukte pekefingeren. Denne opplevde ovenfra og ned tilnærmingen gjorde at de gikk i forsvar og stilte litt kritiske motspørsmål til helsesykepleieren. Et par opplevde da at helsesykepleieren også gikk i forsvar og to andre at helsesykepleieren virket ubekvem og kunnskapsløs.

*«På andre oppfølgingssamtale så satt hun rett og slett og gjentok de tiltakene jeg hadde foreslått på første samtale. Og som jeg pleier å si sa hun og så siterte hun ordrett de tingene jeg hadde sagt sist. Så jeg skjønnte fort at dette går ikke».*

Både opplevelsen av at fagperson gikk i forsvar eller virker inkompetent, skapte hos noen usikkerhet rundt hvorvidt helsesykepleier kunne hjelpe, og gjorde at samarbeidet mellom helsesykepleier og foreldre ble forringet.

#### Manglende tilbud og manglende oversikt

For flere foreldre kom det ikke som en overraskelse at helsesykepleier brakte tema overvekt på bane når de var på oppfølgingssamtale. De hadde erfaring med at eget barn hadde ligget over normalen når de hadde blitt veid og målt og hadde merket at barnet hang etter jevnaldrende når det kom til fysisk funksjonalitet. Flere uttrykte takknemlighet for at tema ble tatt opp og følte også at dette ble gjort på en god måte.

I fire av intervjuene hvor barnets overvekt ble satt på dagsorden, ble ikke dette etterfulgt med informasjon om mulig hjelp.

*«Vi var jo flere foreldre som fikk beskjed om at barnet hadde for høy BMI, men vi fikk ikke vite hva vi skulle gjøre for å hjelpe dem. Jeg tenker at de kanskje kunne sagt at det finnes ett tilbud det er muligheter for å få, for jeg ser at dattera di har litt høy BMI»*



En mor som ikke følte at hun kom videre hos helsesykepleier tok problemet opp med fastlegen: *«Han satt liksom og kikket på meg og pekte på sin egen mage og sa; Og det spør du meg om? (Latter) Jeg visste jo at han var en veldig fin fyr, men jeg skjønte at han ikke hadde noe å bidra med han heller»*. I ett oppfølgingsspørsmål spurte jeg ett foreldrepar om de hadde fått tips fra helsesykepleier om kommunale tilbud for å støtte sin datter. Gjeldende ektepar hadde ikke opplevd dialogen med helsesøster som god: *«Dattera vår har overhodet ikke fått tilbakemelding på vekta si siden barneskolen. Det har vært litt utskiftning av helsesøstre og... Nei, så vi har ikke fått noe tilbud om hva kommunen kan tilby»*. En annen mor syntes fokuset til helsesykepleier rettet seg mest mot at de som nyskilte foreldrene samarbeidet dårlig og at det tok oppmerksomheten bort fra å hjelpe dattera. I dette tilfellet ble det levert inn en bekymringsmelding og hun beskriver prosessen som fulgte dette som totalt utmattende.

I to av åtte intervju kartla foreldrene selv hvilke muligheter som fantes og tok selv initiativ til å få hjelp. Et av barna fikk plass på fedmeklinikken på St.Olavs hospital, mens det andre fikk følge ett opplegg via Friskliv og mestring. Hos førstnevnte var det foreldrene som tok opp problemstillingen med helsesykepleier og ikke motsatt.

I samtale med noen foreldre som bor i Kristiansund, hvor begge familiene har barn i kategori fedme, uttrykte de frustrasjon over hvor tilbudet fantes. Den ene familien hadde fått tilbud om dagtidsoppfølging i Trondheim og den andre familien i Ålesund. *«Det er jo umulig å følge opp dette på en god måte når vi må dra så langt. Jobben min er slik at det rett og slett ikke lar seg gjøre!»*. Den ene faren uttalte at det er tilsynelatende et tilbud. For det går jo ikke an å takke ja til det!

## TID

### Dårlig tidspunkt?

Det kom fram i samtlige intervju at oppfølging med helsesykepleier og øvrige tilbud om hjelp foregikk på dagtid. En mor fortalte at første gang helsesykepleier ringte så var hun i praksis som lærer:

*«Kan vi snakke om dette en annen dag for nå er jeg i praksis? Jeg er på jobb og skal akkurat inn å ha en time. Nei, sa helsesøsteren. For dette her er det viktig at vi snakker om! Så det blir litt ovenfra og ned sånn. Nei hør nå her, liksom»*.

Moren satt igjen med følelsen av at Helsesykepleier antok at hun ikke brydde seg om datteras vektutfordringer på bakgrunn av at hun ikke hadde anledning å ta praten akkurat da hun ble oppringt.

En far som jobbet skiftarbeid, hadde ikke reflektert over at oppfølgingen utelukkende var lagt til dagtid for: *«vi har greid å legge all oppfølging til mine friperioder så tidspunkt var ikke noe tema»*. Et annet foreldrepar syntes det fungerte godt: *«Vi ble jo sykemeldt for å kunne følge opp dattera vår og fikk dra i arbeidstida for å være med på oppfølginga nedpå sykehuset og sånn»*.

Andre foreldre syntes det var vanskelig å få frigjort tid fra arbeid for å kunne være med barnet sitt på oppfølging. *«Til nå har alt foregått på dagtid og det er ikke alltid like lett å få til. På sist oppfølging med helsesykepleier måtte dattera vår dra alene og hun har gitt uttrykk for at hun synes det er skummelt»*. I seks av intervjuene beskrives ulike utfordringer ved at alt foregår på dagtid.

To mødre er opptatt av at dette er noe hele familien må gjøre sammen og en mor uttrykker at det er vanskelig med etterlevelse når hun og ektemannen er motivert til å følge opp på ulike tidspunkt. *«Det hadde vært lettere om vi ble kalt inn på et felles møte da og helst på ettermiddag eller kveld. Så hadde vi, da hadde vi vært oppe å gå tenker jeg...»*.

Flere av foreldrene er tydelig bekymret for at barna skal føle seg utafør. En far uttalte: «Jeg har jo registrert at det er ingen som ringer på døra og spør etter henne lenger». Denne bekymringen for at barnet skal føle på utenforskap gjør at brorparten av informantene problematiserer det at barna blir tatt ut av klassen for å få oppfølging på vekt.

*«Og så var jeg redd for at hun skulle bli tatt ut av klassen. Bare hun liksom, og at ingen andre skulle det. For meg var den største bekymringen at hun skulle utvikle en spiseforstyrrelse fordi hun stadig blir fortalt at hun er for stor».*

En mor fortalte at dattera ble ropt inn av helsesøstera; «No må du komme for å veie og måle deg» i korridoren på skolen. Hun antok at dette var et forsøk på å skape åpenhet rundt overvekt, men effekten for dattera var at hun fikk en oppmerksomhet fra medelever som ikke alltid var av den positive sorten.

### Tidsklemma

De fleste informantene gir uttrykk for at de er glade for at de blir tilbudt en eller annen form for hjelp og støtte for å sette tiltak for å hjelpe eget barn med overvekts utfordringer. Flere føler at de har fått nye verktøy og strategier de kan benytte og opplever at det hjelper å diskutere temaet med fagpersoner og andre foreldre som er i samme situasjon. Tidsklemma er et begrep flere av foreldrene peker på når de ikke har klart å etterleve tiltakene:

*«for når vi kommer hjem så banker vi gjennom middag, lekser, aktiviteter og så blir det kanskje et kvarter med tv før det er marsj i seng. Så det er ikke rom for mere. Men det handler selvfølgelig om å prioritere da!»*

Flere av barna har også andre utfordringer som skal følges opp. Dette være seg konsentrasjonsproblemer på skolen, mobbing, skolevegring, dysleksi og synsutfordringer.

*«Jenta vår sliter med s lyd og sidelesber og går til logoped for å få hjelp med dette. I tillegg har hun utfordringer med synet og vi må regelmessig innom optiker for å finne en bedre løsning for det og. Alt dette gjør at vi går og maser hele tida. På lekser, på hvordan ting skal uttales, at hun må huske å bruke brillene sine. Det blir så mye negativt fokus hele veien og det gjør det vanskelig å følge opp alt!»*

En annen far uttaler: «Dattera vår har dysleksi og store konsentrasjonsproblemer på skolen. Og den totale mengden av ting som skal følges opp gjør det vanskelig å holde styr på kostholdet i tillegg».

I en av familiene er foreldrene skilt og har barna annenhver uke. Dårlig kommunikasjon mellom foreldrene, og uenighet om hvorvidt dattera har en utfordring med vekt, gjør at oppfølging av kosthold blir veldig uregelmessig. Mor føler seg alene i oppfølgingen av kostholdet og føler seg som den strenge forelderen. Hun kjenner på dårlig samvittighet, noe som dattera spiller på for å få det som hun ønsker. I en annen familie jobber faren skift og han uttaler: «Det er vanskelig når jeg er borte en måned i slengen. Da blir det opp til kona å følge opp alt på hjemmebane. Og det blir rett og slett for mye!»

I de fleste familiene er det flere søsken som også skal følges opp og foreldrene uttrykker at det er vanskelig å følge opp kosthold i tillegg når man kjenner seg energiløs og utslitt.

*«Vi har vært veldig dårlige på å følge opp tiltakene og har nesten ikke brukt tid til å sette oss inn i opplegget (Les: Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier). Det høres veldig*

*interessant og spennende ut og vi ville jo være med å se på det. Men vi har rett og slett ikke makta det!»*

### Tidspress hos helsesykepleier? - Mangel på ressurser - For kort tidsperspektiv

Flere av foreldrene følte at tiden med helsesykepleier kunne være litt knapp og at oppfølgingen var noe mangelfull og uregelmessig. For en familie som skulle delta i prosjektet «Nettbasert selvhjelp ved overvekt for barn og familier» var savnet en bedre støtte i starten for å komme i gang. «Kanskje kunne helsesykepleier hatt en mer aktiv rolle da. Kom så sett vi oss her ved pc-en og så logger vi oss på og gjør det her sammen». Andre følte at helsesykepleier var veldig styrt av sine skjema og det hun skulle rekke å legge inn og mindre lydhør og åpen for det foreldrene hadde å komme med. Ei mor reflekterer over dette:

*«for selv om dem har lært opp helsesøstrene på skolene så varierer det kanskje på forståelsen og enigheten i hvordan dette skal jobbes med. Det kan jo være forholdene på skolen, ikke sant. Altså tiden de har til rådighet. Altså hvor ofte rekker de å hente inn ungene?»*

For de familiene som fikk oppfølging (Hos helsesykepleier, på frisklivscentral, i fedmepoliklinikk eller med nettbasert selvhjelp) så var det gjengs at de følte at dette var nyttig. Man fikk økt kunnskap og tilegnet seg strategier på hvordan man skulle sette rammer rundt barnet både på hjemmebane, i nærmiljøet og på skolen. Flere ga også uttrykk for at det var lettere å holde fokus når de var under en eller annen form for regelmessig oppfølging. En mor opplevde at barnet ikke var modent nok til å ta til seg tipsene hun fikk når de var på fedmeklinikken, men så at det likevel hadde effekt på sikt når barnet selv tok mer eierskap i prosessen. En annen familie erfarte at dattera tok regien umiddelbart med det resultat at hele familien endte opp med en ernæringsmessig sunnere og mer aktiv hverdag. Gjeldende barn hadde når intervjuet ble gjennomført reversert den negative trenden og var nå definert som normalvektig. Og familien hadde klart å holde de nye sunnere rutinene i hevd. Noen foreldre ønsket en mer omfattende oppfølging; «*jeg synes det kunne vært et mer omfattende opplegg for oss da. Ei samling over ei helg eller ett kveldskurs*». En annen familie gikk enda lengre i sitt ønske: «*Det jeg tror kunne ha fungert for oss hadde vært en sommerleir ei uke eller to*».

Av de familiene som deltok på et opplegg over en periode opplevde flere at de ble overlatt helt til seg selv etterpå.

*«Og er det en ting vi er enig om, så er det at vi savnet en oppfølging i etterkant. At opplegget underveis gikk over en lengre periode var kjempefint, men når det var slutt, så var det helt slutt!»*.

En mor uttalte frustrert; «*Det her er ikke noe korttidsgreie. Her trenger vi oppfølging i årevis. Og man trenger stabilitet og familiestøtte!*». Hun hadde vært så glad da hun på frisklivscentralen hadde funnet et aktivitetstilbud sønnen trivdes med. «*Vi føler at barna gir litt når de er i den gruppa og føler mestring fordi de er med likesinnede*». Når den tilmålte tiden på Friskliv og mestring var over, ble de vist videre til et lokalt idrettslag hvor gutten var på to treninger og aldri fikk være med i spillet. Nok en arena hvor gutten føler seg som en taper ifølge moren. «*Det hadde ingen hensikt å presse ham til å fortsette. Hele greia var et digert tapsprosjekt!*» Tre av fire familier som deltok på opplegg ga uttrykk for at tilbudet burde gått over lengre tid. «*Tilbudet er bra, men man mangler et kjempelangt tidsperspektiv!*»

Alle skal med!

Et av kjernepunktene i oppfølging av barn med fedme er involvering av familie, skole og andre arenaer hvor barnet bruker mye tid. Flere av foreldrene var bevisste på dette og opptatt av at hele familien burde være helt eller delvis engasjert i prosessen. En mor gir uttrykk for alle må være med for å skape en felles forståelse av hva som må til. «*Det hjelper ikke at en forelder gjemmer bort alle godsakene, og så kommer den andre og fyller opp godteriskapet på nytt*». Et par foreldrepar ønsker seg samlinger hvor hele familien var med slik at alle trakk i samme retning. En mor forteller at motivasjonen i familien varierer etter hvilken av foreldrene som fikk til å delta på oppfølgings samtalen. «*Hvis vi hadde vært mer samkjørte kunne vi i større grad støttet hverandre*». Selv om de fleste mener at det er fornuftig at hele familien engasjeres, så kan dette også by på utfordringer. I en familie hadde de to barna hver sin utfordring med mat.

*«Søstera får oppfølging på BUP med en alvorlig angstlidelse og helt på kanten til å utvikle anoreksi. Utfordringene hennes er jo helt i andre enden da. Hvor hun oppfordres til å bruke mer smør og han ikke skal ha smør. En skal ha masse kalorier og den andre skal ikke ha kalorier. Så sitter vi der da.»*

Familiære forhold som vanskeliggjør etterlevelse av hjelpetiltak

I ett av intervjuene er foreldrene skilt og bor hver for seg. Moren beskriver bruddet som tøft og at tiden etterpå har vært preget av dårlig kommunikasjon mellom foreldrene. Hun mente at dattera trengte hjelp med sin overvekt, mens faren mente at dattera var normalvektig. Siden foreldrene ikke var enige i premisset, ble det også veldig vanskelig å lage en god ramme rundt dattera, som bor en uke hos hver. I oppfølgingen hos helsesykepleier ble søkelyset rettet mot foreldrenes samarbeidsutfordringer:

*«Oppmerksomheten ble rettet mot at vi ikke klarte å gjøre en god jobb som foreldre. Så det ble mye fokus rundt det i stedet for at dem kunne ha hjulpet oss til å hjelpe henne, for å si det sånn».*

Hos ett annet foreldrepar jobbet faren skiftarbeid. Det ga utfordringer med etterlevelsen av opplegget. «*I friperioden er jo skiftarbeid supert og jeg har mye tid til å følge opp. Når jeg er ute, faller alt ansvaret på kona og det blir rett og slett for mye*». Faren var nå på jakt etter en vanlig dagtidsjobb for å kunne avlaste kona på hjemmebane og sikre at de fikk fulgt opp barna sine enda bedre.

De fleste informantene hadde flere barn som også hadde behov for oppmerksomhet og oppfølging fra sine foreldre. I flere tilfeller så var barnas behov ganske ulike. Og det kunne gjøre det vanskelig å innføre nye felles rutiner på hjemmebane. Mangel på tid til å rekke over alt nevnes hyppig. «*At det er så hektisk gjør at man kobler inn autopiloten og det blir tatt noen enkle og kanskje ikke så sunne løsninger på middagsfronten for å kjøpe seg litt tid*». En mor var veldig opptatt av at oppfølgingen av hennes overvektige sønn ikke skulle bli ett prosjekt på siden av alt det andre: «*Det vil ikke fungere over tid!*».

## KOMPETANSE OG OVERSIKT

### Tester og kartlegging

Flere av foreldrene følte på dårlig samvittighet og gikk litt i forsvar når de ble fortalt at barnet deres var overvektig. Enkelte følte heller ikke at kategoriseringen var rett og at ting kanskje var litt unyansert. «*De helsesykepleierne jobber veldig i boks. Varsellampene lyser jo med en gang dotten ligger noen millimeter over normalen på skjema, sant*». Et par foreldre problematiserte at det ble brukt BMI for å klassifisere hvorvidt et barn var overvektig eller ikke. I noen tilfeller opplevde foreldrene at de ikke fikk nyansere bildet av eget barn, noe som gjorde at de ble mer skeptisk til måten ting ble gjort på. «*Helsesøster burde kanskje i tillegg vært opptatt av hvordan hun fungerer sosialt og sett at hun faktisk er ganske fysisk av seg til tross for noen kilo ekstra*». Et par foreldre følte at helsesykepleier ikke følte seg bekvem med tema og virket lite kompetent.

*«Jeg tenker at første bud er de som skal hjelpe oss faktisk har kompetanse på det de skal hjelpe oss med da. Hvis ikke burde de bare henvist oss videre».*

### Pedagogisk innsalg av hjelp til å adressere overvekt hos eget barn

En mor forteller at første gang temaet vekt ble tatt opp via helsesykepleier var på telefon.

*«Det kom en kjapp og direkte beskjed om at dattera vår var blitt veid og var overvektig og hva har dere tenkt å gjøre med det liksom. Jeg gikk umiddelbart i forsvar fordi jeg følte meg angrepet».*

Moren, som jobber som spesialpedagog, reagerte på at samtalen ble gjort på en lite pedagogisk måte. I to av intervjuene blir det gitt uttrykk for at de opplevde helsesykepleieren som belærende og litt ovenfra og ned. En annen mor hadde følgende kommentar når hun omtalte ernæringsfysiologen som datteren fikk timer til. «*Mmm, jeg kunne gitt den dama mange gode tips om hva hun ikke burde gjøre med neste unge eller neste familie*».

Majoriteten av foreldrene opplevde dialogen med helsesykepleier som god. Men gruppen delte seg i to ved synet om hvorvidt barnet burde være til stede eller ikke når barnets overvekt var tema. En familie fortalte at dattera allerede på barnehagen var ganske kritisk til egen størrelse etter å ha sammenlignet seg med de andre barna. Hun hadde blant annet erfart at det var vanskelig å komme inn i ei huske fordi hun hadde så kraftige lår. Foreldrene var derfor bekymret for at om hennes overvekt ble diskutert med dattera til stede, så ville det kunne gjøre vondt verre. Moren til det andre barnet som hadde fått vektrelaterte tilbakemeldinger på barnehagen, mente at sitt barn var så modent at det var uproblematisk å ta opp vekttematikken med henne i rommet.

I to av intervjuene opplevde foreldrene at helsesykepleier ville ta saken videre på en måte som foreldrene opplevde som sanksjonerende. I det ene tilfellet ble det levert en bekymringsmelding og merarbeidet rundt dette tok fokuset bort fra det overvektige barnet og familien følte at de sto igjen uten tilbud om hjelp. Den andre familien hadde stilt kritiske spørsmål til metoden som ble brukt for å definere noen som overvektige og ble møtt med et svar fra helsesykepleier om at det gikk an å reservere seg mot oppfølging fra skolehelsetjenesten.

*«Så sa helsesøsteren; Så vil jeg bare informere om at jeg kommer til å skrive en rapport om denne samtalen her. For jeg ønsker ikke å bli saksøkt av dere om datteren deres får en overvekts problem når hun blir eldre».*

Etter dette møtet opphørte dialogen mellom foreldre og helsesykepleier og de mottok aldri noe informasjon om hvilke muligheter som fantes for hjelp kommunalt.

To mødre følte at fagperson antok ting og lot egen forutinntatthet stå i veien for innspill fra foreldrene.

*«Vi opplevde at hun hadde en holdning som tilsa at tykke unger er tykke fordi dem spiser for mye. Ferdig med det. Ferdig snakket!»... «Han så jo på meg. Det var det første han gjorde. Og jeg var veldig overvektig den gangen, sant. Så han hadde nok sine meninger om hvorfor den ungen var tykk allerede fra starten av»*

; uttalte en mor som opplevde at legen ikke hørte etter på det hun sa.

### Hvilke muligheter finnes?

De fleste informantene syntes det var positivt at barnets overvekt var et tema i samtale med helsesykepleier. Flere ga uttrykk for at dette ikke kom overraskende og at de var klar over at eget barn trengte hjelp. Enkelte uttalte at de var lettet over å ha noen å diskutere utfordringen med selv om tema både triggert dårlig samvittighet og følelsen av at man ikke hadde lykkes helt som forelder. En mor fortalte at hun syntes det var vanskelig og følte at tilnærmingen fra fagfolket var litt belærende, men at hun bevisst satt egne negative følelser til side da det ikke handlet om henne, men barnets beste. I tre av intervjuene hvor overvekten ble tatt opp som noe det måtte jobbes med, fikk ikke foreldrene informasjon om at det fantes hjelp å få ut over dialogen de hadde med helsesykepleier. *«Vi er jo flere som har fått beskjed om at ungen har for høy BMI da, men vi har ikke fått vite hva vi kan hjelpe dem med»*. En mor hadde etter å ha undersøkt en del selv fått plass til gutten sin på frisklivsentral og hadde positive opplevelser med at de gikk der: *«Friskliv og mestring var ett tilbud som helsesøster ikke visste om, for hun burde loset oss dit i første omgang da. Og heller ikke fastlegen tydeligvis»*.

### Kunnskap om barnefedme

I ett par av intervjuene uttaler foreldrene at de opplevde helsesykepleier som skjemastyrte og usikker når temaet overvekt ble tatt opp. En mor lurte på om dette hadde med tidspress og ressursmangel og gjøre eller om helsesykepleier rett og slett var ubekvem med å ta den litt vanskelige praten. En annen mor uttalte: *«jeg tror oppriktig at hun hadde lite kunnskap om akkurat det med fedme da. Jeg føler at det var det som gjorde henne så usikker og årsaken til at hun svarte meg som hun gjorde»* (Les: mor fikk beskjed om at det var mulig å takke nei til oppfølging fra helsesykepleier).

I flere av intervjuene ga foreldrene uttrykk for at de ikke fikk tips fra helsesykepleier som de ikke var kjent med fra før, noe som skapte usikkerhet på hvorvidt videre oppfølging hos helsesykepleier var formålstjenlig. To mødre hadde inntrykk av at enkelte fagfolk var fordomsfulle;

*«Du leser jo om fedme hele tida. Og om at det er ett økende problem som det er viktig å forebygge og at det er en kjempeutfordring i forhold til folkehelse. Og så er det side opp og side ned med trening og mat og gudene vet hva. Likevel virker det som at man fortsatt tror at det her handler om at det er folk selv som er ansvarlig og at det er bare å ta seg sammen!»*

Samme mor uttrykte at det ikke er samsvar mellom den langsiktigheten som trengs for å adressere fedme og varigheten på tilbudene som gis.

En far var veldig glad for at dattera hadde fått ekstra oppfølging av støttelærer på skolen som hjalp henne med læringsutfordringene. Men han savnet at denne ressurspersonen også hadde fokus på jentas overvekt. At det var en større helhet i oppfølgingen av dattera. *«Jeg er usikker på hvor mye kunnskap hjelpelæreren har om overvekt. Så langt har temaet ikke vært kosthold og slik der da»*. En mor som hadde fått oppfølging via spesialisthelsetjenesten ønsket at sønnen fikk en primærperson å forholde seg til og at dette ville gitt en mye tryggere situasjon for ham. At han i en periode møtte 5-6 ulike fagpersoner, som stilte de samme spørsmålene, gjorde bare at han hadde det enda verre. Han reagerte med å isolere seg selv, samt slå seg vrang hver gang foreldrene prøvde å innføre tiltak mot overvekten.



## DISKUSJON

### KOMMUNIKASJON

#### Funn kommunikasjon oppsummert

Flere foreldre opplevde at helsesykepleier tok opp barnets overvekt omtrent uten introduksjon og enkelte beskriver henvendelsen som aggressiv, angripende og ovenfra og ned. For flere trigget kontakten dårlig samvittighet og et par av foreldreparene gikk i forsvar. Responser fra helsesykepleier når vedkommende ble møtt med kritiske spørsmål endte i et par tilfeller med at fagperson selv gikk forsvar. Enkelte foreldre følte at å plassere deres barn i kategorien overvektig ikke var helt presist og savnet at helsesykepleier stilte oppfølgende spørsmål omhandlende hvordan barnet er? To mødre følte at fagperson antok ting basert på at de selv var overvektige.

Gjengs for informantene var at de uttrykte taknemlighet for at barnets overvekt ble satt på agendaen og de fleste var kjent med at eget barn slet med overvekt selv om enkelte kunne være noe uenig i hvilke klassifikasjonskriterier som ble lagt til grunn. Alle ga uttrykk for at de var positivt innstilt til å få hjelp, men opplevelsene sprikte mellom de som følte helsesykepleier var til god hjelp og til de som opplevde helsesykepleier som kunnskapsløs, usikker eller på grensen til respektløs. Det varierte også i hvilken grad foreldrene opplevde at det var en klar vei videre etter at barnets vektutfordringer var tatt opp. Halvparten erfarte at samtalen med fagperson faktisk ikke resulterte i noen form for tilbud om hjelp eller oppfølging og et par av foreldreparene tok selv initiativ til å sjekke hvilke muligheter som fantes fordi helsesykepleier og lege ikke hadde god oversikt. Foreldrenes meninger var også delte når det kom til hvorvidt barnet burde være til stede eller ei, når barnets overvekt var på agendaen. De som var imot, var bekymret for å skape utfordringer av ting som barnet ikke selv fant problematisk, eller å bidra til økt negativt fokus for barn som allerede hadde opplevd ubehageligheter knyttet til egen vekt.

En familie fra et mindre tettsted var strålende fornøyd med hjelpen de fikk. De hadde samme helsesykepleier på både barnehage og skole, og foreldrene hadde også en relasjon til henne ut over det profesjonelle. De opplevde dialogen som god og at helsesykepleieren hadde bra tilbud å komme med, som de også takket ja til å benytte.

#### Foreldre i forsvar - Reserverte foreldre

I en artikkel publisert i Sykepleien blir følgende hovedfunn presentert når helsesykepleier har tatt opp barns overvekt med foreldrene: 1) Foreldrene opplever at budskapet er kritikk av eget barn 2) Foreldrene opplever henvendelsen som kritikk av seg selv som foreldre og 3) Foreldrene er tilbakeholdne for å beskytte eget barn (36). Funn i denne oppgaven samsvarer med dette og underbygger resultatet som tittelen antyder. Altså at enkelte foreldre går i forsvar og føler seg litt angrepet når temaet blir tatt opp. Ifølge Kristina Edvardsson er dette en vanskelig prat og ha med foreldre og spesielt vanskelig om foreldrene også er overvektige (34). I denne oppgaven var det to av mødrene som følte at helsefagarbeider antok ting basert på egen vekt og jeg vil tro at det kan trigge foreldrenes tilbøyelighet til å gå i forsvar. Som redegjort for i teorikapittelet opplever overvektige stigma på flere av livets arenaer, også i møte med helsetjenesten. Mødrene ga uttrykk for at dette vanskeliggjorde videre samarbeid. Kanskje gjør dette at foreldrene ikke blir like mottakelige for tilbud som naturlig bør følge en slik samtale? Fordi de føler seg dårlig behandlet og opplever fagarbeider som uprofesjonell. Muligens gjør dette at foreldrene blir sinte og helsefagarbeider blir møtt med den aggresjonen vi vet de er bekymret for å få i slike samtaler (11, 35). Og i begge tilfeller kan samtalen



spore vekk fra intensjonen om å legge ting til rette for det overvektige barnet. Ei mor hadde følgende hjertesukk etter å ha vært i samtaler med helsesykepleier; *«Jeg skulle bare ha ønsket at vi fikk mer hjelp til overvekten og det psykiske rundt mobbingen egentlig»*. Ifølge Mariann Gaathaug må helsefagarbeider være bevisst på foreldrenes reaksjonsmønster og være forberedt på å møte både motstand og fornektelse. Og skal man lykkes med å nå fram med budskapet, så er det særdeles viktig at foreldrene blir ivaretatt på en omsorgsfull måte (27). Inger Pauline Landsem hevder at god kommunikasjonskompetanse er en av de viktigste ferdighetene helsesykepleier innehar og etterlyser en tydeligere satsning på dette innen utdanningsinstansene. Et viktig poeng ifølge henne er at kommunikasjonsferdigheter kan og bør trenes opp (29). Det kan virke som at flere av de negative erfaringene som foreldrene satt igjen med etter dialogen med helsesykepleier kunne vært unngått om man sikret at helsesykepleier var tryggere på hvordan man skal gjennomføre en god samtale med foreldre på sensitive tema.

Også behovet for å beskytte eget barn kommer tydelig fram hos informantene i denne oppgaven. Enkelte ønsket ikke at barnet skulle være til stede under samtalen med helsesykepleier fordi de ikke vil lage et problem ut av noe som barnet selv ikke opplevde problematisk. Det er en oppfatning enkelte helsesykepleiere deler og resulterer i at enkelte tar dette med foreldrene via telefon eller brev form (27). Videre er jo foreldres frykt for at barna ikke skal passe inn og føle seg utenfor tilstedeværende. Og da blir det muligens vanskeligere å takke ja til et tilbud som innebærer at barnet blir tatt ut av klasseromsundervisningen for å få oppfølging. Alle foreldrene jeg pratet med ga uttrykk for at de gjerne ville ha hjelp til å følge opp eget barns overvekt og det er i samsvar med annen forskning på området (32). Like fullt er mange foreldre reservert da de synes usikre på om tilbudt hjelp vil gjøre situasjonen bedre eller verre for barnet. Det er nærliggende å anta at gode kommunikasjonsferdigheter hos helsefagarbeider vil kunne gjøre foreldre mer mottakelige samt positive til tilbudene som finnes og muligens øke andelen foreldre som velger å benytte seg av dem.

### Fagfolk i forsvar

Flere studier viser at mange foreldre ikke ser på sitt eget barn som overvektig (37), mens andre er kjent med problemstillingen (32). I materialet til denne oppgaven finnes foreldre i begge kategorier. Noe som kommer tydeligst til uttrykk i perioden barns overvekt blir bragt på bane av helsefagarbeider første gang. De fleste foreldrene som i starten hørte til første kategori beveget seg med tiden til kategorien hvor man er bevisst at eget barn har vektutfordringer. Helsesykepleierne er skolerte til å bruke høyde-vekt kurven aktivt og på å formidle budskapet på en ærlig måte. Og erfaringen fra flere av informantene var at dette kom litt bardust på. Det i kombinasjon med at foreldrene kanskje ikke selv ville plassert eget barn i overvektkategorien, gjorde at flere responderte med motspørsmål. Man stilte kritiske spørsmål til hvordan man hadde kommet til gjeldende konklusjon og man hadde behov for å nyansere bildet sett fra sitt ståsted. Ei mor snakker om dattera for å balansere etiketten som overvektig; *«Det er full innsats hele tiden. Hun er ganske så aktiv både på fotball og håndball!»*.

Ifølge Inger Landsem er det essensielt at man samtaler med personer og ikke pasienter (29). Enkelte studier antyder at foreldrenes kompetanse, tanker og følelser rundt eget barns overvekt ikke blir etterspurt av helsesykepleier (27). Også i dette materialet finnes det eksempler som bekrefter disse studiene jamfør moren som gjentatte ganger prøver å få legen til å forstå at babyen som befinner seg over normalkurven for vekt kun blir ammet. Noen av informantene følte på det de kalte en ovenfra og ned holdning og at dette var med på å forringe kommunikasjonen mellom helsefagarbeider og foreldre. Det kan synes som at foreldre som møter en helsesykepleier, som ikke klargjør grunnen nok før budskapet blir presentert eller ikke er lydhør nok til foreldre som ønsker å nyansere bildet av eget barn, får en mer reservert holdning til fagpersonen og blir mer skeptiske til om denne oppfølgingen

har noe for seg. En god relasjon mellom foreldre og fagpersoner er viktig om man skal lykkes med å lage et helhetlig opplegg rundt barnet som trenger hjelp til livsstilsendring. Ifølge Iben Akselbo og flere er involvering av foreldre og familienettverk avgjørende for å bygge opp under den motivasjonen som må til for å få til endring (7, 26, 27, 29, 32, 34).

Mariann Gaathaug antyder at det er et misforhold mellom det sterke fokuset barnefedme har i dag grunnet en global bekymringsfull utvikling de siste tiårene og den den kompetanseheving og de ressurser som helsefagarbeidere har mottatt for å adressere utfordringen. Hun spør; «*Hva er vitsen med å veie og måle våre barn hvis det ikke følger ressurser til å følge dem opp?*» (27). Enkelte av informantene i denne oppgaven opplevde helsefagarbeider som både utrygg og inkompetent når de ble møtt med spørsmål som gikk på målemetode og konkrete tiltak for å hjelpe barnet, mens andre var veldig tilfredse med den oppfølgingen helsesykepleier bidro med. Det kan virke som at det er litt tilfeldig om helsefagarbeideren føler seg bekvem og trygg nok når vedkommende tar den vanskelige praten med foreldrene, noe som kan bygge opp under Gaathaugs påstand om at ikke alle har fått det kompetanseløftet utfordringen krever.

Det er også kjent fra litteraturen at enkelte helsesykepleiere kvier seg for å ta praten med foreldre av overvektige barn fordi de frykter at foreldrene skal reagere med fornektelse, sinne og skuffelse ovenfor budbringeren (34, 35). Jeg vil anta at disse bekymringene kan ha med at fagarbeider ikke føler seg helt trygg på temaet barnefedme, men at det også kan bero i at man finner selve kommunikasjonssituasjonen utfordrende. Det blir på en måte en selvoppfyllende profeti hvor helsesykepleieren i enkelte tilfeller trigger forsvarsrefleksjonen til foreldrene og blir møtt med aggressive motspørsmål og ender selv med å gå i forsvar når man ikke faglig klarer å svare godt nok for seg. Et av foreldreparene i denne undersøkelse fikk eksempelvis beskjed om at de kunne reservere seg mot oppfølging fra helsesykepleier og at hun ville skrive en rapport på forholdet, noe som ikke gjorde samarbeidsklimaet bedre. Selv om foreldrene ikke ga uttrykk for at de ønsket å reservere seg, stoppet oppfølgingen fra helsesykepleier likevel opp. Dette var det klareste eksemplet på at dialogen mellom skolehelsetjenesten og familien ikke var optimal. Det finnes studier som etterspør mer forskning på hvordan kommunikasjonen mellom fagarbeider og foreldre av barn med fedme bør foregå (27, 34) da det er forbedringspotensialer innen dagens praksis.

### Manglende tilbud og manglende oversikt

I en studie som gikk på hvordan mødre med overvektige barn opplevde helsetjenesten, ga alle deltagerne uttrykk for at de visste at eget barn slet med overvekt. Likevel opplevde flere av disse at temaet aldri ble tatt opp i møter med skolehelsetjenesten (32). Men blant majoriteten av oppgavens respondenter ble problemstillingen satt på dagsorden. Hos to av informantene var det foreldrene selv som tok opp temaet. Foreldrene hadde forventninger om å få et tilbud som en naturlig følge av praten og halvparten opplevde at så ikke skjedde. To av mødrene etterspurte da om det eksisterte tilbud og erfarte at helsesykepleier og fastlege ikke hadde noen god oversikt over hvilke muligheter som fantes. Av de fire familiene i undersøkelsen som takket ja til behandlingstilbud, hadde to kartlagt samt skaffet seg plass på eget initiativ. Det kan virke som at helsefagarbeiders oversikt over hva som finnes av lokale tilbud kan være mangelfulle, men ifølge Akselbo så mangler også tilbudet på mange mindre steder. Enkelte studier peker også på at helsefagarbeidere ikke alltid har tiltro til de tilbudene som finnes og kan ha liten tro på at arbeid med barns overvekt lykkes (10, 27). At noen helsefagarbeidere føler det slik kan skyldes opplevelsen av at det ikke følger nok ressurser til å håndtere utfordringen, både når det kommer til å bedre egen kompetanse, men også for å sikre gode hjelpetilbud. En slik følelse av maktesløshet kan jo påvirke helsefagarbeiders motivasjon til å skaffe

seg oversikt og driv til å engasjere foreldrene. Gaathaug uttrykker at slike holdninger skaper en ekstra barriere når det kommer til endringsprosessen man ønsker barna skal gjennomgå.

I sin artikkel fra 2015 uttaler Akselbo og Ingebrigtsen at det er behov for flere lokalt forankrede tilbud i arbeidet med barnefedme. Og hjertesukket fra familiene i Kristiansund etter å ha fått tilbud om dagtidsoppfølging i henholdsvis Ålesund og Trondheim understreker det behovet. Fra tid til annen får vi som jobber i treningsbransjen <sup>2</sup> innsyn i Virke trenings kundeundersøkelser som går på hva som er viktigst for medlemmene når man skal velge plass å trene. Uten unntak er beliggenhet det som er viktigst. Skal etterlevelsen (les: bruken) være god, må tilbudet være lett tilgjengelig og tilpasset behovet. Det ser ut som at det er et etterslep på tilbudssiden når det kommer til tiltak for å hjelpe overvektige barn med livsstilsendring. I tillegg virker det som at det er et behov for etterutdanning av helsefagarbeidere for å gjøre dem tryggere i møte med foreldre av overvektige barn. Det kan synes som at de som har fått oppdraget fra Helsedirektoratet om å avdekke og adressere barnefedme, ikke alltid har fått gode nok verktøy til jobben med å motivere og lede barnefamilier videre til tilbud som potensielt kan hjelpe. Prevalensen av barnefedme har økt så raskt at vårt samfunn ikke har klart å komme opp med gode mottiltak enda.

---

<sup>2</sup> Masterstudenten drifter to treningssentre i Trondheim og har hatt fulltids engasjement i treningssenterbransjen siden 1998

## TID

### Funn tid oppsummert

Under tid var det et naturlig skille mellom tidspunktet for tilbud, tid til rådighet for å delta og varighet på tilbudet.

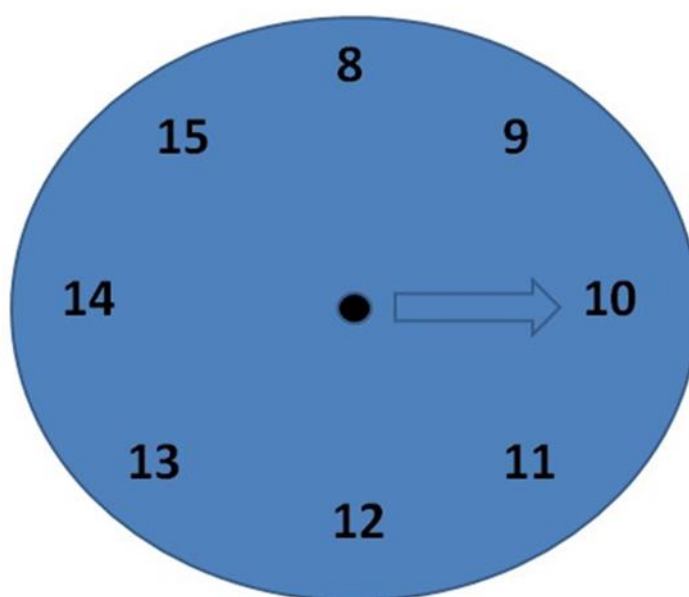
Alle informantene oppga at all oppfølging og omtrent alle tilbud foregikk på dagtid på hverdag. Tre fjerdedeler av informantene problematiserte at ting foregikk på dagtid fordi det gjorde det praktisk vanskelig i forhold til egen jobb. I den ene familien som ikke omtalte dette som et problem jobbet far skift og i den andre familien hadde foreldrene fått en aktiv sykemelding for å følge opp barnet. Oppfølging på dagtid gjorde også at barna ble tatt ut av klassen for oppfølging hvilket de fleste foreldrene fant problematisk (6 av 8 familier). At tilbudet enkelte familier fikk, innebar lang reisevei midt i uken, forsterket bare de samme utfordringene.

Tidsklemma ble brukt som årsak til hvorfor enkelte familier takket nei til tilbud og som forklaring på at etterlevelsen av mottatte tilbud var dårlig. Alle de intervjuede representerte travle barnefamilier hvor arbeid, skole, fritidsaktiviteter og lekser krevde mye. Flere av de overvektige barna hadde også tilleggsutfordringer som var tidkrevende og søsken som også skulle følges opp.

Mangel på tid kom også til uttrykk gjennom at helsesykepleier virket travel, var skjemastyr, kom kjapt til poenget, virket lite lydhør ovenfor foreldrene og ga uregelmessig oppfølging. For de som hadde takket ja til hjelp så var erfaringene stort sett positive, men gjengs var at de kunne tenkt seg en form for oppfølging etter at tilbudet var over. Flere uttrykte et ønske om at hjelpen skulle hatt mye lengre tidsperspektiv. Flere av familiene var opptatte av at hele familien skulle involveres hvilket også fremmer et ønske om tilbud på kveld, helg og ferier. Så ressurser tilgjengelig og tid henger også sammen.

**Figur 4: Ur tilpasset når det er mulig å få hjelp til å adressere barnefedme**

### Hvilket tidspunkt passer best?



## Dårlig tidspunkt

Jeg registrerte med nysgjerrighet at nesten samtlige informanter fant det utfordrende at tilbudet om støtte i all hovedsak foregikk på dagtid. Foreldrene jeg samtalte med i Kristiansund ga også uttrykk for at det var vanskelig å benytte tilbudet om hjelp når dette foregikk mellom klokken 08.00 og 16.00 og de hadde 2 til 3,5 timers reisetid hver vei. De to familiene som ikke problematiserte dette i datamaterialet var hjulpet av sykemelding (kunne dra fra jobb når oppfølging gikk) eller jobbet skiftarbeid (all oppfølging lagt til friperioder). Rachel Barratt med flere hadde en studie som skulle se på hvorfor foreldre ikke ville delta på forsøk som gikk på barnfedme og ett av svarene var at tidspunktet var ubekvemt. Men om det skyldtes tidspunktet på dagen eller at familien akkurat når de ble forespurt hadde det for travelt kommer ikke tydelig fram (12).

Litteraturen er samstemt på at familiene må involveres (7, 26, 27, 29, 32). Flere av de intervjuede i denne oppgaven ga uttrykk for at dette er viktig for at hele familien skal ha den samme forståelsen slik at alle trekker i samme retning. Og da blir klokkeslettet for tilbudet nok en gang relevant. Flere av informantene ønsker seg et tilbud som foregår på kveld eller helg. En mor kunne tenke seg en lengre samling for hele familien på sommeren.

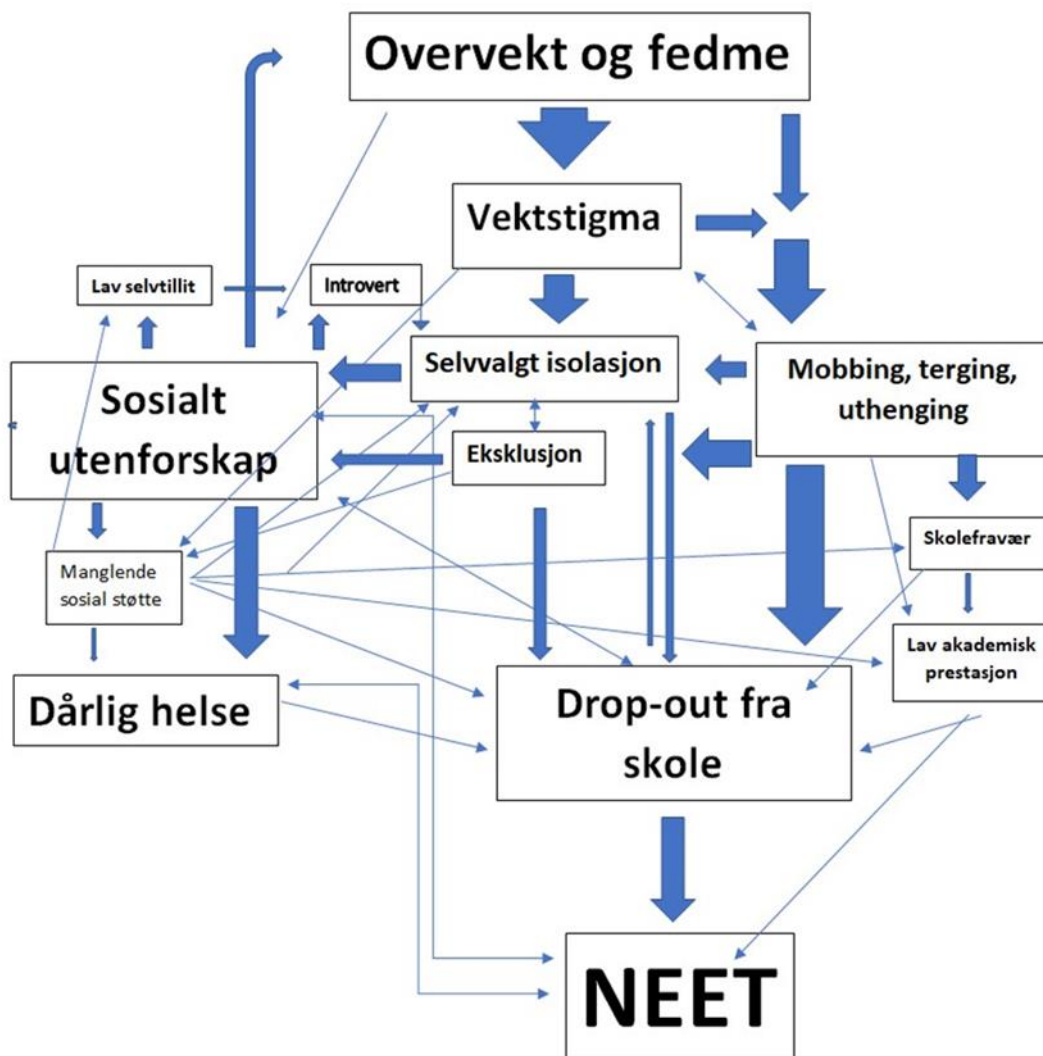
Slik jeg ser det er det to hovedutfordringer med dagtidsoppfølging: 1) Det kan være vanskelig å få fri fra arbeid til å følge opp eget barn på dagtid. 2) Å ta det overvektige barnet ut fra skolefelleskapet for å gi oppfølging kan være stigmatiserende og berede grunnen for opplevd utenforskap.

Hos flere av familiene som stilte til intervju ble det gitt uttrykk for at det kunne være vanskelig å få frigjort tid på arbeid til å være med barnet på fedmeforebyggende tiltak. Et møte nå og da gikk stort sett greit. Det var når oppfølgingen ble mer regelmessig og tidkrevende at det ble mer logistikk for å få kabalen til å gå opp. Enkelte hadde yrker hvor deres tilstedeværelse på jobb var veldig påkrevd, mens andre styrte arbeidstiden selv. Foreldrene ga uttrykk at de ønsket å være til stede under oppfølgingen, men i flere av intervjuene ble det fortalt at barna måtte dra til helsesykepleieren alene fordi de ikke hadde mulighet til å komme til avtalt tidspunkt. Erfaringen med dette var både og. Noen helsesykepleiere ringte opp foreldrene etterpå, og kom med fylldige redegjørelser av hva dagens oppfølging hadde gått ut på, slik at foreldrene følte seg godt inkludert og informert. I andre tilfeller måtte foreldrene spørre barnet om hvordan det gikk? Og ble møtt med et lite informativt; «*Det gikk fint!*».

Foreldrene intervjuet er på samme linje som litteraturen når det kommer til familieinvolvering. Barna er i de fleste tilfeller ikke modne nok til å ta styringen på egen vektutvikling. Foreldrene er de som må sette ramme og struktur slik at kosthold og fysisk aktivitetsnivå får en slik form at det kan bremse, stoppe eller reversere barnets overvekt. Kanskje er en barriere for å takke ja til dagtidstilbud at enkelte foreldre føler at tidspunktet innebærer mindre involvering av dem? Og som følge av det mister man kanskje tro på at opplegget vil fungere. En mor uttalte at det var kjempeviktig at hele familien var med. Om oppfølgingen av sønnen ble et prosjekt på siden av alle andre prosjekt ville det aldri fungere.

Basert på litteratursøket og funn redegjort for i vedlegg 1, hvor målet var å se om det fantes en sammenheng mellom fedme og utenforskap, utarbeidet jeg modellen under. Hensikten er å vise hvor komplekst alt henger sammen, men også å skape et bilde over at sammenhengen er klar selv om reiseveien kan være innfløkt. Tykke piler illustrerer mange studier som dokumenterer sammenheng, mens tynnere piler indikerer færre studier som antyder det. Det er i forbindelse med denne modellen nesten utelukkende henvist til sammenfattende studier. Og man kan med rimelig sikkerhet si at det er en sammenheng mellom fedme, utenforskap, skolefravær og manglende deltagelse i arbeidslivet. Det bakenforliggende søket er redegjort for i vedlegg 1.

**Figur 5: Sammenheng mellom fedme og utenforskap**



Jeg mistenker at for mange foreldre med barn i kategorien kraftig overvektig-fedme, så er frykten for at eget barn skal havne utenfor fellesskapet en av de sterkeste drivkreftene når man vurderer deltagelse i en eller annen form for behandling eller oppfølging. I tre fjerdedeler av intervjuene i denne oppgaven uttrykker foreldrene at de ikke ønsker at barna skal tas ut av skoletimene for oppfølging av vekt.

Som redegjort for i teoridelen som omhandler fedme og utenforskap er ikke foreldrenes bekymring ubegrunnet når de kvier seg for å takke ja til et dagtidstilbud. Det finnes god dokumentasjon på at det er en sammenheng mellom overvekt, mobbing og utenforskap. Videre at de som ender i selvvalgt isolasjon eller som blir ekskludert fra fellesskapet er overrepresentert innen skolefracfall og blant de som hyppigst faller utenfor arbeidslivet. De fleste av oss vil jeg tro har erfart hvor vondt det oppleves og ikke være inkludert, eller har fått med oss hvordan enkelte overvektige er blitt behandlet i skolegården, i idrettslaget, på fritiden og i arbeidslivet. Litteraturen dokumenterer vektstigma i samfunnet generelt, men også innen helsetjenestene (27, 45, 48). Det er ikke så vanskelig å se for seg at foreldre blir usikre når de frykter at barna, det kjæreste de har, kanskje havner i en vanskelig sosial situasjon selv om intensjonen er å gjøre det bedre for barnet. Så noe av den reservertheten blant foreldre som Hanssen-Bauer og Knutsen viser til i sine funn kan kanskje tilskrives dette (36). Rees med flere uttaler at tiltak som skal forebygge overvekt må ta hensyn til de sosiale utfordringene som følger (4, 45, 46). Fordeler veies opp mot ulemper. Foreldrene ønsker kun sitt barns beste (32) og likevel viser både rapporter nasjonalt og internasjonale studier (7), at brorparten av dem likevel velger å takke nei til tilbud om hjelp.

At tidspunktet kan være problematisk av praktiske årsaker for foreldre er et tydelig funn. Men for mange foreldre tror jeg frykten for at barnet skal få en vanskeligere reise fra barn til voksen veier enda tyngre. I syv av oppgavens åtte intervju kommer denne bekymringen for at barnet skal havne utenfor fellesskapet til uttrykk. 1) Ei jente utvikler skolevegning. 2) Foreldrene tar treningsvervene for å sikre at barna blir inkludert. 3) Foreldrene uttrykker bekymring for at barnet skal føle seg enda mer annerledes enn hun allerede gjør. 4) Dattera opplevde stygge blikk og ekle kommentarer og følte på at hun ikke henger med fysisk. 5) Mora uttrykker bekymring for å ta dattera ut fra klassen for å følge opp vekt. Redd for å skape problemer som ikke var der i utgangspunktet. 6) Mor forteller at oppfølging på sykehuset og jakten på å finne gode aktiviteter til sønnen er et tapsprosjekt. Han havner alltid i en situasjon der han føler seg som en taper! 7) Far er bekymret for at ingen kommer på besøk til dattera lengre og er frustrert over at datteras plageånd på skolen får fortsette å trakassere henne fordi han har en diagnose som må tas hensyn til.

I det åttende intervjuet er foreldrene utelukket positive til måten helsesykepleier har fulgt dem opp og takknemlige for hjelpen de takket ja til. Familien bor på et lite sted og det er samme helsefagarbeider som har fulgt dem fra barnehage til grunnskole. De har hatt en relasjon også før barnets overvekt ble adressert og har hatt god kommunikasjon hele veien. Tilbudet familien takket ja til var nettbasert og gjennomføringen kunne altså foregå på familiens premisser. De benyttet verktøyet når det passet inn i familiens hverdag og kunne melde om at familien hadde blitt mer aktiv og spiste sunnere fordi det nettbaserte opplegget hadde bidratt til økt fokus og gitt familien flere virkemiddel. Når intervjuet ble gjennomført hadde dattera reversert den negative vektutviklingen og befant seg innenfor normalen med tanke på høyde og vekt. Foreldrene følte at reisen hadde gått lett fordi dattera selv hadde tatt regien. Familien hadde brukt nettverktøyet for å sette fokus på utfordringen og da hadde dattera kommet opp med tiltak som godteristopp fram til jul samt fysiske aktiviteter hele familien kunne gjøre sammen. Hos denne familien er flere av Zahl-Tanems tips til bedre oppfølging etterlevd. Ett lokalt tilrettelagt tilbud på bygdas premisser som ivaretar behovene til familien på en god måte (26).



Jeg har gjennomført en rekke søk for å finne studier som problematiserer tidspunktet for når oppfølging av barn med fedme foregår uten treff. Jeg finner studier som sier at tilbudet er mangelfullt spesielt på mindre steder (32) og at det mangler ressurser til å sørge for god oppfølging (27). Flere studier har sett på hvorfor folk takker nei (10, 12, 37), men hos disse er ikke klokkeslettet for tilbudet satt i søkelyset.

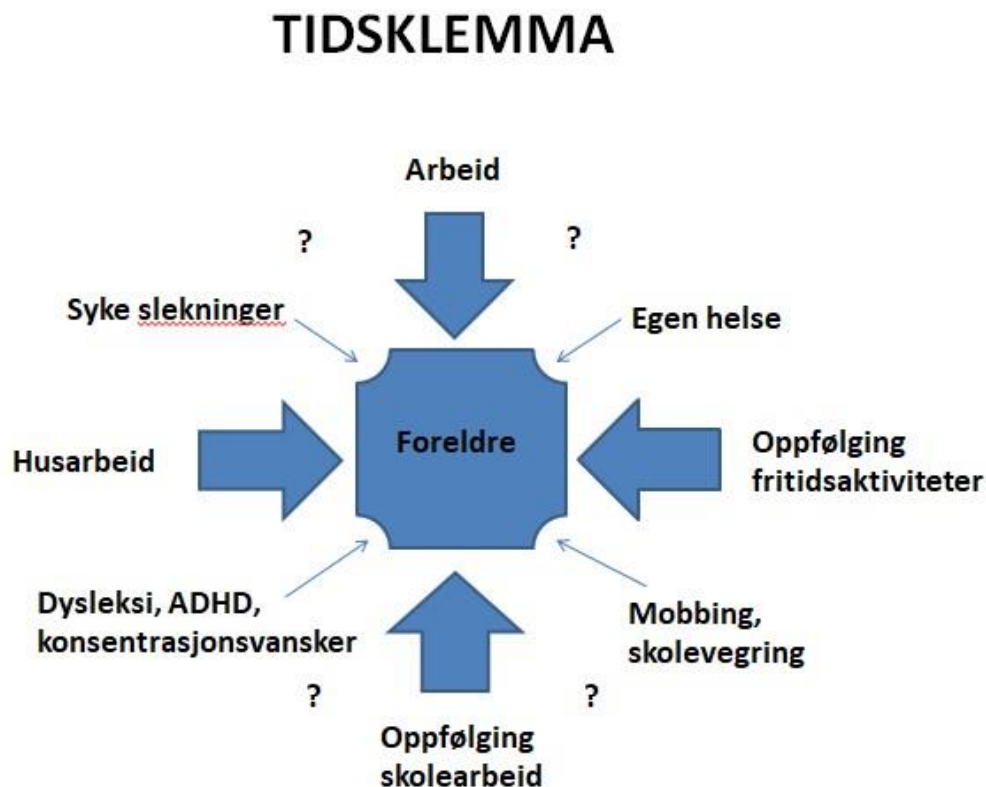
Min jobb er å drifte treningssenter. For meg er det helt åpenbart at jeg må sørge for et godt tilbud når våre kunder kan benytte seg av det. Det kan skyldes praktiske årsaker, men også bekvemmelighetshensyn. Jeg vet at om jeg legger sykkeltimen til kl. 18.00 mandag kveld, så trekker vi fullt hus. Og om jeg hadde satt timen til kl. 13.00, så hadde besøket blitt labert. Vår jobb er å sørge for at tilbudet passer flest mulig av våre brukere og da må våre ansatte tilpasse sin arbeidstid deretter. Hos oss er det kundens behov som styrer når vi har åpent og er bemannet. Hvis tilbudet ikke benyttes må vi evaluere hvorfor for å utnytte ressursene bedre. Et tilbud som ikke tilfredsstillende behovet til brukerne vil forsvinne. Sett utenfra virker det som offentlig tilbud legges opp etter litt andre prioriteringer. Det er så inngrodd at tilbudet skal foregå i helsefagarbeiderens kjernetid mellom klokken 08.00 og 16.00, at ikke engang forskerne tenker på å stille spørsmål ved om dette er hensiktsmessig. Hvem er til for hvem? Er det viktigst at helsefagarbeideren skal få jobbe dagtid? Eller er det viktigst at familiene som trenger hjelp til å støtte sine overvektige barn får et tilbud på et tidspunkt som gjør den praktiske etterlevelsen lettere og som demper foreldrenes bekymring for at barna skal havne utenfor fellesskapet?

Selv om det kanskje mangler konkrete studier som ser på tilbudenes tidspunkt, er det fagfolk som har tenkt at tilgjengeligheten må økes. Prosjekter som «nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier» er jo et eksempel på det. Nettbaserte tilbud som er intuitive og brukervennlige er sannsynligvis noe flere familier har lettere å takke ja til fordi de selv har styringen på når ting skal gjøres. To av intervjuene i denne oppgaven var av familier som hadde takket ja til å delta i nevnte prosjekt. Og tre avsnitt over er det redegjort for den ene familiens positive erfaring med dette. Den andre familien syntes også at prosjektet var spennende, men de savnet og bli veiledet i gang. Det og kun å få brukertilgang for så å måtte finne ut av resten selv, skapte en barriere som gjorde at de aldri kom i gang. Digitale tilbud kan nok være et godt supplement, men jeg tror at helsesykepleiernes viktige rolle med å avdekke, presentere, motivere og følge opp alltid vil være der.

Det finnes studier som har avdekket at foreldre er mer bekymret for mangelen på sosial støtte som følger det og være overvektig enn for andre helsemessige utfordringer som kan følge overvekt og fedme (45, 46). Videre at tilbud som skal kunne forbygge og reversere overvekt og fedme må ta hensyn til de sosiale utfordringene som følger det er å ha en stor kropp (4, 45).



Figur 6: Tidsklemma



### Tidsklemma

Tidsklemma er en hyppig brukt årsak oppgitt av informantene for hvorfor man ikke har lyktes med å etterleve opplegg man har takket ja til å delta på. Og mangel på tid er også en gjenganger blant begrunnelsene for hvorfor man ikke kan takke ja til foreslåtte tilbud (38) og til hvorfor man ikke vil delta i undersøkelser som berører problemstillingen (12).

Som noen av informantene påpekte så handler det egentlig ikke om mangel på tid, men vilje til å prioritere annerledes. Altså er tid kanskje en lettere begrunnelse å bruke, enn personlige årsaker som at akkurat nå har vår familie det så tøft at vi ikke klarer mer, eller manglende tiltro til helsesykepleier eller opplegg tilbudt. Mangel på tid er kanskje en mer diplomatisk måte å takke nei til noe man ikke vil delta på?

Når det er sagt så kan tidsklemma være akkurat det den utgir seg for å være. Og i halvparten av intervjuene kommer dette fram i ulike former. Det være seg at familien har mange barn med ulike behov som alle skal følges opp. At enkelte av barna sliter med flere andre utfordringer som tale, lesevansker, syn og konsentrasjonsutfordringer. At foreldrene ikke lengre bor sammen eller jobber skift slik at en forelder må ta brorparten av oppfølgingen alene.

Teoridelen om fedme og utenforskap tegner et bilde som er sammensatt og som peker på et mangfold av utfordringer som kan følge med overvekt. Det kan komme mange ekstra bekymringer som gjør at det blir vanskelig å gape over enda mere. Som en av mødrene sier: «*Det er så vanskelig å opprettholde rett fokus når du er så travel og gjennomsliten!*».

## Tidspress, mangel på ressurser og for kort tidsperspektiv

I Gaathaugs artikkel undret hun seg over hvorfor man skal veie og måle barna på skolen, når det ikke følger ressurser til å følge dem opp på en god måte etterpå (27). Så fra hennes ståsted så tilfredsstillende ikke ressursene det behovet den raskt økende prevalensen av barnefedme har skapt. Landsem antyder at helsesykepleierne ikke har fått den utdanningen de trenger for å møte foreldrene på en tilstrekkelig skånsom og pedagogisk måte (29). Det er for stor variasjon i leveransen av denne tjenesten. Zahl-Thanem etterspør flere lokalt forankrede og tilrettelagte tilbud (26).

Flere av foreldrene i denne oppgaven følte på at helsesykepleieren hadde det litt travelt. Noen reagerte på at de raskt ble konfrontert med at barnet var overvektig over telefon og uten noen særlig innledning. Andre at helsesykepleier var veldig skjema og tallorientert og mindre opptatt av meningene foreldrene ønsket å komme med. Hos et par familier ble påpekt at oppfølgingen kunne være litt tilfeldig eller at den faktisk falt helt bort. En mor antok at dette skyldtes tidspress hos helsefag arbeiderene, mens en annen trodde dette hadde med at helsesykepleieren fant temaet overvekt vanskelig å følge opp.

Når det kommer til ressurser ble langsiktighet i tilbudene etterlyst hos majoriteten av familiene som deltok på en eller annen form for oppfølging. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer fedme som en sykdom. Men den oppfatningen deler ikke alle. I en forelesning var en Trondheimspolitiker invitert inn for å snakke om hva kommunen gjorde for å forebygge fedme blant befolkningen. Han uttalte: *«Jeg vet at dere som studerer fedme og helse ser på fedme som en sykdom. Men det er det ikke!»*. Hvis det er en gjengs holdning blant våre folkevalgte er det ikke så rart at ressursene tildelt fedmebehandling ikke står i samsvar med behovet. Det er åpenbart at det følger ekstrakostnader for kommunene hvis beslutningstakerne tar inn over seg at fedmebehandling ikke har en kvikkfiks løsning. Og at man må ha et langsiktig perspektiv for å oppnå varige gode resultater. Slik jeg ser det består litt av utfordringene i at en korttidsvalgt politiker ikke klarer å ha langt nok perspektiv på ting. Så å bevilge ekstra midler på forebygging i en budsjettperiode, for så å høste gevinst av dette i en periode som ikke kommer i overskuelig framtid, har vist seg å være uvanlig politikergeskjeft.

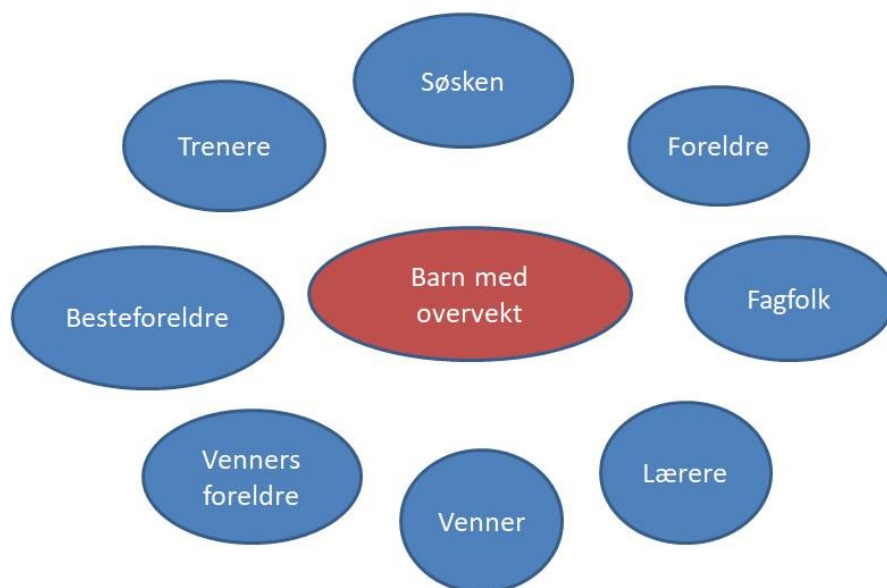
Studier av norske forhold bekrefter at tilbudene som gis er over relativt kort periode (25, 26, 32), og at den på mindre plasser kan være ikke eksisterende (32). For å sitere en av de intervjuede: *«Når det var slutt. Så var det slutt!»*. Blant de som takket ja til et tilbud ønsket tre av fire at tilbudet skulle vare lengre og at de savnet en eller annen form for oppfølging etterpå. Akselbo og Ingebrigtsen hevder at Helsetjenesten bortprioriterer langtids oppfølging av personer med fedme (32).

Når jeg søkte på effekten av Frisklivssentraler fant jeg studier som viste positive resultater ved deltagelse. Utfordringen var at de fleste så på deltagerne underveis eller rett etter tilbudets slutt. En studie som så på resultater fra 32 Frisklivssentraler konkluderte også med det samme. Men i de tilfeller deltagerne ble fulgt opp etter 15 måneder (12 mnd etter intervensjon slutt) var effekten de så etter 3 måneder omtrent borte (25). I denne studien gir flere av de som takket ja til hjelp også uttrykk for at de både på kosthold og aktivitetssiden klarte å ha bra fokus når de var under oppfølging, men at de ikke klarte å opprettholde dette når de ble overlatt til seg selv etterpå.

Dilemmaet til politikerne er at om de erkjenner at fedme er en sykdom så vil det få ressurskrevende følger og prioriteringskabalene vil bli enda tøffere. Men både samfunnsøkonomer og helseforskere (6, 39) er samstemte i at utenforskap, uavhengig av årsak, medfører en betydelig samfunnskostnad. Og at det vil være god samfunnsøkonomi å bruke ressurser på å forbygge årsakene til dette tidlig. Jamfør forskning redegjort for i teorikapittelet vet vi at det er en klar sammenheng mellom fedme og utenforskap. Og vi vet at sjansen for å lykkes med tiltakene øker dess tidligere man kommer i gang (8).

Økonomiske overslag målt i kroner og øre er jo umiddelbart lett å ta stilling til og hvordan dette kan berøre våre felles ressurser. Vanskeligere er det å ta inn effekten overvekt og fedme har på individnivå og hvordan dette kan forringe livskvaliteten til hele familier som blir berørt. Og det sistnevnte punktet burde etter min mening veie vel så tungt som motivasjon for å finne enda bedre metoder for å adressere barnefedme.

**Figur 7: Betydningsfulle andre som ved involvering kan bli «heiagjeng»**



#### Alle skal med

Litteraturen er tydelig på at det er en fordel at hele familien er involvert når man skal legge til rette for livstilendring hos et overvektig barn (7, 26, 27, 29, 32), og i behandlingen av barnefedme har det vist seg at opplegg hvor fagekspertisen jobber tett på familien og klarer å involvere omgivelsene rundt barnet kan ha god effekt på å forebygge, bremse eller reversere tilstanden (7). Det er i samsvar med funnene i denne oppgaven. Skal man kunne bygge en ramme rundt barnet som gjør det lettere å ta sunne valg må omgivelsene være samkjørte. Flere av foreldrene var derfor opptatte av at begge skulle være med på oppfølgingen av barnet og noen ønsket også å involvere øvrige familiemedlemmer.

Det ble gitt uttrykk for at det var vanskeligere å etterleve oppleggene om det kun var den ene forelderen som deltok. Det kunne skyldes at foreldrene var skilte, jobbet skiftarbeid eller rett og slett ikke klarte å frigjøre tid til at begge to kunne stille samtidig. I ett av tilfellene var foreldrene uenige om barnet hadde et vektproblem eller ikke. Det ødela kontinuiteten i oppfølgingen og effekten på sikt var at dattera fortsatte å legge på seg. Et søskenpar slet med vekt i hver sin ende av skalaen. Når foreldrene prøvde å begrense sønnen var resultatet at den allerede undervektige søsteren var den som slavisk fulgte rådene. Men det funnet synes å være mer unntaket og synliggjør egentlig kompleksiteten enkelte familier står ovenfor.

Funnene over tydeliggjør at det ikke alltid er så enkelt at «alle skal med», og gir et bilde på hvor innfløkt og sammensatt situasjonene kan være. Her er det eksempler på ting som er til hindring for å hjelpe barnet med overvekt. I en sluttrapport som skulle se på forebygging og behandling av overvekt og fedme blant bygdebarn anbefaler de lokalt forankrede tilbud på barna og bygdas premisser. At barna og foreldrene involveres aktivt i arbeidet med hvordan oppfølgingen skal foregå er avgjørende, men også at man kartlegger hvilken lokal kompetanse som finnes. Da har man både et bilde på det konkrete behovet, men også en viss oversikt over ressursene som er tilgjengelig. Som det heter i rapporten; «vi må bruke mulighetsrommet til å skreddersy tiltak som er tilpasset kommunen, lokalsamfunnet, det enkeltes barn og dets familie» (26).

#### Familiære forhold som vanskeliggjør etterlevelse av hjelpetiltak

Funnene presentert i underkapittel «Kompetanse og oversikt» samsvarer med annen forskning gjort på området. Innsalget kunne i noen tilfeller vært mer optimalt og bedre kommunikasjonsferdigheter kunnet lettet samarbeidet mellom fagperson og foreldre. Enkelte informanter opplevde helsesykepleiers kompetanse som begrenset og de følte at fagperson var ubekvem i situasjonen. I Akselbo og Ingebrigtsens studie hvor de hadde intervjuet seks mødre med overvektige barn, ble det avdekt at barna i liten grad fikk den behandling og oppfølging de trengte (32). Det er i samsvar med funn i denne oppgaven hvor noen av foreldrene følte det skjedde lite etter at barnets overvekt var stadfestet. Det kan synes som at helsefagarbeiderne ikke har fått den kompetansehevingen de trenger for å håndtere en situasjon som er betydelig annerledes nå enn for bare noen tiår tilbake. Landsem ønsker at utdanningsinstansene i større grad legger vekt på kommunikasjonsferdigheter og det synes også som at temaet overvekt og livstilendring burde få mer plass i utdanningen av nye fagfolk. Videre er det et behov for etterutdanning slik at også etablerte helsefagarbeiderne kan møte foreldrene med den tryggheten som må til for at de skal få til det gode samarbeidet som er en forutsetning for å lykkes. Økt kunnskap kan også være med på å gi fagfolket større tiltro til egne metoder og kanskje gjøre at de møter foreldrene med større optimisme og engasjement.

## KOMPETANSE OG OVERSIKT

### Funn kompetanse og oversikt oppsummert

De fleste foreldrene omtaler dialogen med helsetjenesten som god, men flere foreldrepar opplevde at helsesykepleier virket ubekvem og usikker når de skulle samtale om barnets vekt. Enkelte av foreldrene ønsket mer informasjon om hvordan kategoriseringen foregikk og følte at fagperson manglet kompetanse til å redegjøre for dette på en god måte. Ved et par anledninger opplevde foreldrene at helsesykepleier gikk i forsvar. En fjerdedel av informantene opplevde helsesykepleiers håndtering som sanksjonerende og en annen fjerdedel følte at fagperson antok hvorfor barnet var overvektig basert på at foreldrene selv var overvektige.

Majoriteten av foreldrene uttrykte takknemlighet for at helsesykepleier tok opp tema overvekt, men flere opplevde at vedkommende hadde få ting å tilføre ut over det de selv visste fra før. Hos tre familier ble det aldri gitt tips om tilbud ut over oppfølging med helsesykepleier og hos to familier tok de selv initiativ til å kartlegge hvilke tilbud som fantes.

### Tester og kartlegging

Studier viser at enkelte fagfolk ikke har tillit til egne målemetoder (10). Og at noen også mangler tro på at det går an å lykkes med å forebygge, bremse eller reversere fedme (27). Ifølge Gaathaug kan slike holdninger være til hindring for arbeidet med å adressere barnefedme. Studier referert til tidligere i oppgaven viser jo at flere ulike hjelpetiltak kan fungere for mange så lenge etterlevelsen er god. Utfordringen består altså i å avdekke og imøtekomme behovet til den enkelte familie, slik at alt ligger til rette for at de velger å takke ja til tilbudene som finnes og at de faktisk følger opp iverksatte tiltak. Akselbo og Ingebrigtsen etterlyser mer kunnskap hos helsesykepleierne på temaet (32). Muligens vil økt kompetanse endre på holdningene over. Men kan hende skyldes dette maktesløshet hos helsesykepleier fordi man føler det ikke følger nok ressurser til å utføre mandatet man har fått på en god måte. I en studie fant man at halvparten av helsefagarbeiderne mente at det ikke fantes aktuelle fedmeforebyggende tilbud lokalt. Videre at 23 % mente at tilbudene som fantes var av for dårlig kvalitet (10).

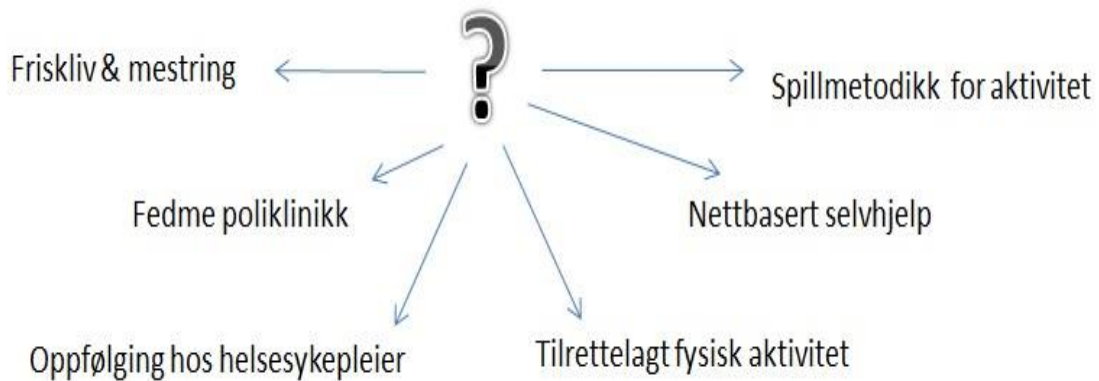
### Pedagogisk innsalg av hjelp til å adressere overvekt hos eget barn

Landsem peker på at gode kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for å nå fram til foreldrene med budskapet og at dette er en kompetanse som er viet for lite oppmerksomhet i utdanningen av helsesykepleiere (29). Ved å styrke dette mener hun at relasjonen mellom helsefagarbeider og foreldre vil bli bedre, man reduserer unødig stress i kontaktpunktet mellom disse, og det vil bli lettere og fokusere på å hjelpe det overvektige barnet. Det etterspørres mer forskning på hvordan budskapet skal formidles (27, 34). Denne studien er med på bygge opp under dette.

### Hvilke muligheter finnes?

I likhet med Akselbo og Ingebrigtsens studie er foreldrene i denne oppgaven klar over at eget barn sliter med overvekt og de er på søken etter noe som kan hjelpe dem. Også her er det flere foreldre som føler at forventningene de hadde til å få støtte ikke innfris og man følte at man ikke kom videre etter at situasjonen til barnet var redegjort for. Akselbo og Ingebrigtsen påpeker at det mangler lokalt forankrede og tilpassede tilbud (32). Men i denne oppgaven blir det også avdekt at fagfolket ikke alltid er klar over at det finnes lokale tilbud jamfør to av familiene som undersøkte mulighetene selv og ba om å få delta på eget initiativ.

**Figur 8: Hvilke muligheter finnes?**



#### Kunnskap om barnefedme

Ifølge Akselbo og Ingebrigtsen trenger Helsetjenesten økt kompetanse om overvekt, livstilendring og kjennskap til positive mestringsteorier (32). «*Fra å ha lite kunnskap og oppmerksomhet rundt temaet er det i dag forventet at helsesykepleierne har god kompetanse til å identifisere og følge opp barn og unge med overvekt*» (27). Videre uttrykker Gaathaug at det ikke har fulgt ressurser til å sikre dette. Helsesykepleierne trenger mer kunnskap. Enkelte av informantene i denne oppgaven kom også med utsagn som bygger opp under dette jamfør moren som følte at helsesykepleier bare gjentok forslagene hun selv hadde kommet opp med på neste møte.

Innenfor både trening og ernæring har jeg i mine 25 yrkesaktive år på treningssenter erfart at det som var opplest og vedtatt som riktig en periode noen år senere blir kraftig nyansert eller fullstendig forkastet. Det er nå forskningen på fedme skyter fart og man må kunne forvente at vi stadig må korrigere og oppgradere vår kunnskap på temaet. Som uttrykket sier: «*Den som tror man er ferdig utlært, er ikke utlært, men ferdig!*». Så at det akkurat nå finnes et stort behov for mer kompetanse innen barnefedme hos helsesykepleiere som Landsem gir tydelig uttrykk for, føler jeg at man med høy grad av sikkerhet kan si stemmer. Vi henger litt igjen i startblokka fordi utfordringene forbundet med barnefedme har økt så raskt.



Funn i studien opp mot litteraturen

I diskusjonskapittelet er det redegjort for at mange funn fra oppgavens datamateriale er i tråd med litteratur på området. I figuren under er dette forsøkt illustrert på en oppsummerende måte. Med forkortelsen HS menes helsesykepleier.

**Figur 9: Foreldres opplevelser nå barnets overvekt blir tema**



I denne studien problematiseres klokkeslettet for når tilbudet om hjelp blir gitt. På det punktet finner jeg verken litteratur som bekrefter eller avkrefter funnet. Figur 10 synliggjør det oppgaven peker på kan være en betydelig barriere mot å takke ja til hjelp.

**Figur 10: Dagtidsoppfølging en mulig barriere mot å takke ja til hjelp?**



## KONKLUSJON

De fleste funn i denne oppgaven er i samsvar med hva som er kjent fra litteraturen. Foreldre kan se sitt eget barn som mer normalvektig enn det helsefagarbeider gjør. De kan stille seg undrende til om kartleggings-metoden brukt (les: vekt og høyde) er egnet og føle at tilnærmingen fra helsesykepleier som noe belærende. De kan føle at de ikke blir hørt og at deres meninger ikke er av betydning. Og oppleve henvendelsen som et angrep på barnet og en kritikk av dem som foreldre. De kan føle på dårlig samvittighet og tidvis gå i forsvar. De kan oppleve helsesykepleier som kort, ubekvem og kunnskapsløs, samt føle usikkerhet vedrørende om hjelp fra den kanten vil ha effekt. Andre sitter igjen med en positiv opplevelse i kontakt helsevesenet. Mange er glade for at barnets vektutfordringer blir satt i søkelyset og har forventninger til at møte med fagperson skal resultere i ett konkret tilbud om hjelp. Flere opplever at så ikke skjer. Noe som kan skyldes at helsesykepleier ikke har oversikt, ikke har tiltro til hjelpen som finnes eller at det faktisk ikke finnes noe lokalt tilbud. Foreldrene uttrykker oftere bekymring for at barnet skal havne utenfor sosialt enn for alvorlig sykdom som kan følge av overvekt. Blant de som takket ja til hjelp opplevdes dette som nyttig når de var under oppfølging, men vanskeligere å etterleve etter intervensjons slutt. Det etterlyses et lengre oppfølgingsforløp.

Det som er et tydelig funn i denne oppgaven og som gjennomførte litteratursøk ikke avdekte noe konkret på, er klokkeslettet for når hjelpetilbudet foregår. Alle informantene og de jeg samtalte med ga uttrykk for at tilbudene foregikk på dagtid mandag til fredag. For mange var dagtidsoppfølging problematisk fordi man måtte skaffe seg fri fra arbeid. En kanskje viktigere grunn var foreldrenes bekymring for å ta barnet ut fra klassen. I nesten samtlige intervju kom det opp eksempler som viste at foreldrene var spesielt opptatte av at barna ikke skulle havne på utsiden av fellesskapet og få utfordringer forbundet med dette. Så kombinasjonen av disse to faktorene synes å være en betydelig barriere for å takke ja til den tilrettelagte oppfølgingen de ble tilbudt. På mindre steder ble familier tilbudt oppfølging inntil 7 timers reisetid på dagtidsoppfølging. At det mangler tilbud på mindre steder er dokumentert i litteraturen. Men effekten av lang reisevei er at hindringen skissert over forsterkes fordi tidsbruken i forbindelse med oppfølging blir mer omfattende.

Denne oppgaven bringer på bane at klokkeslettet for oppfølging kan være en viktig årsak til hvorfor enkelte foreldre av overvektige barn velger å takke nei til hjelp. At nesten all oppfølging og støtte foregår på dagtid kan være en barriere for deltagelse. Funnet skiller seg fra det som per i dag er redegjort for i litteraturen og derfor trengs det mer forskning på området før man kan konkludere betydningen av denne innsikten.

Metoden valgt for å belyse oppgavens problemstillinger synes hensiktsmessig. Intervju med åpne spørsmålsformuleringer ga ny innsikt og utvalget representerer populasjonen på en god måte. Systematisk tekstkondensering sørget for en gjentagende bearbeiding av data og sikret en struktur i arbeidet med å hente ut resultatene. Utvalget kunne vært større og med fordel hatt større andel informanter som representerer familier som har takket nei til tilbud om oppfølging. Like fullt har også familier som takket ja til deltagelse gjort sine refleksjoner som også belyser problemstillingen. Oppgavens potensiale består i beste fall å peke ut en mulig retning for framtidige undersøkelser.



## REFERANSER

1. Ahern AL, Aveyard P, Boyland EJ, Halford JC, Jebb SA. Inequalities in the uptake of weight management interventions in a pragmatic trial: an observational study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2016;66(645):e258-e63.
2. Ghai NR, Reynolds KD, Xiang AH, Massie K, Rosetti S, Blanco L, et al. Recruitment results among families contacted for an obesity prevention intervention: the Obesity Prevention Tailored for Health Study. *Trials.* 2014;15(1):463.
3. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation.* 2005;111(15):1999-2012.
4. Arias Ramos N, Calvo Sánchez M, Fernández-Villa T, Ovalle Perandones M, Fernández García D, Marqués-Sánchez P. Social exclusion of the adolescent with overweight: study of sociocentric social networks in the classroom. *Pediatr Obes.* 2018;13(10):614-20.
5. Skår A, Meza TJ, Fredriksen PM. Development of weight and height in Norwegian children: The Health Oriented Pedagogical Project (HOPP). *Scandinavian journal of public health.* 2018;46(21\_suppl):3-11.
6. Ødegård Guro I. Utenforskap i Norge. Kommunalpolitisk toppmøte 150216 i Kristiansand. 2016.
7. Kelishadi R, Azizi-Soleiman F. Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences.* 2014;19(10):993.
8. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics.* 2007;120(Supplement 4):S164-S92.
9. Barlow SE, Butte NF, Hoelscher DM, Salahuddin M, Pont SJ. Peer Reviewed: Strategies to Recruit a Diverse Low-Income Population to Child Weight Management Programs From Primary Care Practices. *Prev Chronic Dis.* 2017;14.
10. Robson SM, Bolling C, McCullough MB, Stough CO, Stark LJ. A preschool obesity treatment clinical trial: Reasons primary care providers declined referrals. *The Journal of pediatrics.* 2016;177:262-6. e1.
11. Strømsmo LK. "Helsesøsters ønske om å hjelpe...". En kvalitativ studie om helsesøsters tilnærming til foreldre med overvektige barn: UiT Norges arktiske universitet; 2016.
12. Barratt R, Levickis P, Naughton G, Gerner B, Gibbons K. *J Paediatr Child Health.* 2013;49(1):57-62.
13. Lloyd J, McHugh C, Minton J, Eke H, Wyatt K. The impact of active stakeholder involvement on recruitment, retention and engagement of schools, children and their families in the cluster randomised controlled trial of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP): a school-based intervention to prevent obesity. *Trials.* 2017;18(1):378.
14. Finckenhagen KR, Dahlstrøm C. Design av spillkonsept for forebygging av overvekt hos barn- Med spillmetodikk som tilnærming i designprosessen: NTNU; 2018.
15. Di Cesare M, Sorić M, Bovet P, Miranda JJ, Bhutta Z, Stevens GA, et al. The epidemiological burden of obesity in childhood: a worldwide epidemic requiring urgent action. *BMC Med.* 2019;17:1-20.
16. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for Den norske legeförening.* 2007.
17. Júlíusson PB, Eide GE, Roelants M, Waaler PE, Hauspie R, Bjerknes R. Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Paediatr.* 2010;99(6):900-5.
18. Brannsether B. Barneovervekt er en samfunnssykdom. *Tidsskrift for Den norske legeförening.* 2020.

19. Daniels S. Complications of obesity in children and adolescents. *Int J Obes*. 2009;33(1):S60-S5.
20. Wright C, Emmett P, Ness A, Reilly JJ, Sherriff A. Tracking of obesity and body fatness through mid-childhood. *Arch Dis Child*. 2010;95(8):612-7.
21. Rankin J, Matthews L, Cobley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolescent health, medicine and therapeutics*. 2016:125-46.
22. Handeland M, Sandbu R, Hjelmesæth J. Fedmekirurgi for ungdom? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2011.
23. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 1996;2017(6).
24. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL, Mead E, Johnson RE, Fraser H, et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 1996;2017(6).
25. Oldervoll LM, Blom EE, Solbraa AK. RESULTATER FRA ET FLERREGIONALT FORSKNINGSPROSJEKT VED 32 FRISKLIVSENTRALER 2016-2019.
26. Zahl-Thanem A, Ersfjord E, Gjørsund G, Heggem R, Oldervoll L, Plasil T, et al. Kommnetilpasset forebygging og behandling—Overvekt og fedme blant bygdebarn. Sluttrapport. Rapport Norsk senter for bygdeforskning. 2022.
27. Gaathaug MN. Dialog, tillit og respekt er grunnlaget for arbeidet med overvekt hos barn. *Sykepleien*. 2021;109(86212):86212.
28. Støles M, Glavin K, Groven KS. Hvilken betydning får omsorg i formidling til foreldre av et barns overvekt—helsesøstres erfaringer. *Nordisk sygeplejeforskning*. 2019;9(2):128-40.
29. Landsem IP. Sykepleieres kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen. *Sykepleien*. 2018;106(70266):70266.
30. Williams NA, Coday M, Somes G, Tylavsky FA, Richey PA, Hare M. Risk factors for poor attendance in a family-based pediatric obesity intervention program for young children. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*. 2010;31(9):705.
31. Swinburn B, Malakellis M, Moodie M, Waters E, Gibbs L, Millar L, et al. Large reductions in child overweight and obesity in intervention and comparison communities 3 years after a community project. *Pediatr Obes*. 2014;9(6):455-62.
32. Akxelbo I, Ingebrigtsen O. Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer. *Nordisk sygeplejeforskning*. 2015;5(4):453-63.
33. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratetno. 2023.
34. Edvardsson K, Edvardsson D, Hörnsten A. Raising issues about children's overweight--maternal and child health nurses' experiences. *J Adv Nurs*. 2009;65(12):2542-51.
35. Häkkänen P, Ketola E, Laatikainen T. Screening and treatment of obesity in school health care—the gap between clinical guidelines and reality. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(4):1332-41.
36. Hanssen-Bauer MW, Knutsen IR. Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig. *Sykepleien no/forskning*. 2017;10.
37. Povey RC, Cowap LJ, Scholtens K, Forshaw MJ. 'She's not obese, she's a normal 5-year-old and she keeps up with the other kids': families' reasons for not attending a family-based obesity management programme. *Perspect Public Health*. 2020;140(3):148-52.
38. Wild CE, Rawiri NT, Willing EJ, Hofman PL, Anderson YC. Determining barriers and facilitators to engagement for families in a family-based, multicomponent healthy lifestyles intervention for children and adolescents: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10(9):e037152.
39. Falch T. Matte bestemmer frafall i skolen. forskningno. 2013.
40. Tjora A. Utenforskap. Store norske leksikon. 2021.
41. Nøkleby H, Berg R, Muller AE, Ames HMR. Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. 2021.

42. Alika HI. Bullying as a Correlate of Dropout from School among Adolescents in Delta State: Implication for Counselling. *Education*. 2012;132(3).
43. Jeong S, Davis J, Rodriguez J, Han Y. What Makes Them More Vulnerable Than Others? Obesity, Negative Emotions, and Peer Bullying Victimization. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2016;60(14):1690-705.
44. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*. 2013;27(2):117-27.
45. Rees RW, Caird J, Dickson K, Vigurs C, Thomas J. 'It's on your conscience all the time': a systematic review of qualitative studies examining views on obesity among young people aged 12-18 years in the UK. *BMJ Open*. 2014;4(4):e004404.
46. Rees R, Oliver K, Woodman J, Thomas J. The views of young children in the UK about obesity, body size, shape and weight: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11:188.
47. Robinson S. Victimization of obese adolescents. *J Sch Nurs*. 2006;22(4):201-6.
48. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017;140(6).
49. Falkner NH, Neumark-Sztainer D, Story M, Jeffery RW, Beuhring T, Resnick MD. Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obes Res*. 2001;9(1):32-42.
50. Lanza HI, Huang DY. Is Obesity Associated With School Dropout? Key Developmental and Ethnic Differences. *J Sch Health*. 2015;85(10):663-70.
51. An R, Yan H, Shi X, Yang Y. Childhood obesity and school absenteeism: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;18(12):1412-24.
52. Sotosek G. Peer Exclusion at Physical Education. *Bulgarian Comparative Education Society*. 2016.
53. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep*. 2015;4(2):182-90.
54. Ames M, Leadbeater B. Overweight and isolated: The interpersonal problems of youth who are overweight from adolescence into young adulthood. *International Journal of Behavioral Development*. 2017;41(3):390-404.
55. Barlösius E, Fisser G, von Garmissen A. [The Social Experience of Being Obese. Obesity Prevention of Socially Deprived Adolescents]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2015;77 Suppl 1:S29-30.
56. Rotenberg KJ, Bharathi C, Davies H, Finch T. Obesity and the Social Withdrawal Syndrome. *Eat Behav*. 2017;26:167-70.
57. Olsson H, Sörensen S. *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver: Gyldendal akademisk; 2003.*
58. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.*
59. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk. 2009.*
60. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753-60.
61. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utgave. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS. 2012.*
62. Wright D, Redfern & Smith. A snowballs chance in hell: Doing Fieldwork With Active Residential Burglars. 1992:148-61.
63. Vassenden AA, T. Snøballen som ikke ruller. *Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. Sosiologisk tidskrift*. 2007:151-63.
64. Birch M, Miller T. Encouraging participation: Ethics and responsibilities. *Ethics in qualitative research*. 2002:91-106.
65. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795-805.

66. Glaser B SA. The discovery of grounded theory : Strategies for qvalitative research. 1967.
67. Gadamer HG, Hahn LE. The Philosophy of Hans-Georg Gadamer: Open Court; 1997.
68. Eriksson LT. Kritisk tenkande - utan tvivel er man inte klok. 2020.

## Vedlegg 1

### Søkestrategi for sammenheng fedme og utenforskap

#### PICO

Jeg støtter meg til PICO som verktøy i litteratursøket. Hver bokstav står for punkter det kan være smart å klargjøre før man setter i gang arbeidet med å finne relevant litteratur. PICO er en metode ofte anvendt innen kunnskapsbasert praksis for å stille presise spørsmål som tydeliggjør hva vi ønsker å finne svar på (6).

Tabell 1 PICO Utfylt for gjeldende litteratursøk

<b>P:</b>	<b>Population, patient, problem</b>	<b>Ungdom med overvekt/fedme. Sosialt utenforskap og drop-out fra videregående skole</b>
<b>I:</b>	Intervention	uaktuell
<b>C:</b>	Comparison	uaktuell
<b>O:</b>	<b>Outcome</b>	<b>Er det en sammenheng mellom overvekt/fedme, sosialt utenforskap og dropout fra videregående skole?</b>

For å finne svar på om det er en sammenheng mellom fedme og sosialt utenforskap og dropout fra videregående skole har jeg definert følgende emneord:

- Sosialt utenforskap
- Social exlution
- Social isolation
- Loneliness
- Drop-out from school
- Drop-out fra videregående skole
- Frafall fra videregående skole
- Fedme og overvekt
- Obesity and overweight

#### Søkestrategi

I november 2018 ble det gjennomført søk i PubMed, Eric, SveMed og Google Scholar. I søk som identifisert 150 treff eller mindre ble titler og potensielle sammendrag gjennomgått. Inklusjonskriteriene: 1) studier som omfatter ungdom med overvekt eller fedme og frafall fra videregående skole og 2) studier som omfatter ungdom med overvekt og fedme og sosialt utenforskap. Artiklene skal være fagfellevurdert. Artikler på mastergradsnivå eller lavere ble ekskludert. Gangen i søkene er vedlagt. (Vedlegg 1).

PubMed ble valgt fordi det er en formidabel database for helse relatert litteratur. Eric for å få med mer utdanningsrelatert litteratur. Google Scholar med norske emneord og SveMed i håp om å finne nordiske relevante artikler.

Funn litteratursøk fedme og utenforskap



Studie	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
Alika H (2012) Bullying as a Correlate of Dropout from School among Adolescents in Delta State	Undersøke forholdet mellom mobbing og skolefravall	Survey	200 deltagere	Mobbing er en signifikant årsak til drop-out fra skolen.
<u>Ames, M; Leadbeater, B (2017)</u> Overweight and Isolated: The Interpersonal Problems of Youth Who Are Overweight from Adolescence into Young Adulthood	Variere vektstigma i ulike perioder i livet?	Longitudinal study	662	Vektstigmatisering og utenforskap er størst fra midt i tenårene til tidlig voksen alder.
An R, Yan H, Shi X, Yang Y (2017) Childhood obesity and school absenteeism	Sammenhengen mellom overvekt/ fedme og fravær fra skolen	Systematic review	13	Lite fravær fra skolen er en viktig determinant mtp akademisk oppnåelse og god psykososial utvikling. 27% større risiko for skolefravær blant overvektige og 54% større risiko for ungdom med fedme
Barløsius E, Fisser G, Von Garmisson A (2015) The Social Experience of Being Obese. Obesity Prevention of Socially Deprived Adolescents	Avdekke ungdom med fedmes sosiale erfaringer	Gruppeintervju		Å være overvektig er primært sosialt vanskelig. Stigma som følger overvekt er sterkt forankret i alle deler av samfunnet; skole, arbeidslivet, blant jevnaldrende, i media og helsevesenet.
Falkner N, Neumark-Sztainer D, Story M, Jeffery R, Beuhring T, Resnick M (2001) Social, Educational, and Psychological Correlates of Weight Status in Adolescents	Sosiale, utdanningsmessige og psykologiske aspekter relatert til vekt blant ungdom	Cross-sectional study	4742 menn 5201 kvinner	Overvektige har (k/m) 1,63/1,91 større sannsynlighet for å ha vært alene sist helg. 2,09/1,46 større sannsynlighet for å se på seg selv som skolesvak ift normalvektige. Overvektige gutter har en 2,18 ganger høyere sannsynlighet for å droppe ut av skolen sammenlignet med normalvektige



Studie	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
Gorazd S (2016) Peer Exclusion at Physical Education	Hvordan unngå utestengelse blant elever/likemenn	Survey	81	Hyppigste årsak til ekskludering skyldes manglende motoriske evner og overvekt. Problemet består både i utestenging samt selvvilgt fravær fra aktiviteten. Man mister både en viktig sosial arena samt en arena som kan medvirke til å bremse eller reversere overvektsproblemet.
Jeong s, Davis J, Rodriguez J, Han Y (2015) What Makes Them More Vulnerable Than Others? Obesity, Negative Emotions, and Peer Bullying Victimization	Helserelaterte korrelasjoner hos ungdommer sårbare for mobbing	Survey	6578	Mobbing resulterer i psykologisk stress, mistilpassethet, lavere selvfølelse, lavere skoleprestasjon, problem med relasjoner, og økt fare for selvmordstanker/forsøk. Forholdet mellom fedme å bli gjort til mobbeoffer er ikke klar, men negative følelser er knyttet opp mot mobbing.
Lanza I, Huang D (2015) Is Obesity Associated With School Dropout?	Se på sammenhengen mellom fedme og skole dropout	National Longitudinal Survey	5066	Fedme utviklet i ungdomsåra øker risikoen for dropout fra skolen sammenlignet med de med barnefedme og normalvektige. Sammenhengen er sterkest blant hvite ungdommer.
Puhl RM, King KM (2013) Weight discrimination and bullying	Se på sammenheng mellom vektdiskriminering og mobbing	Review		Unge med overvekt og fedme opplever stigmatisering i form av uthenging, terging og mobbing. Resultatet blir lav selvillit, angst, depresjon, kroppsutilfredshet, selvmordstanker, dårlig akademiske resultater, inaktivitet, spiseforstyrrelser og at man unngår hjelp fra helsetjenestene.
Puhl R, Suh Y (2015) Health Consequences of Weight Stigma	Se på sammenhengen mellom vektstigma og spiseforstyrrelser, fysisk aktivitet, vektstatus og psykososialt stress	Review	60 studier	Offentlige kampanjer for å forebygge overvekt og fedme bidrar til økt stigmatisering av overvektige og kan medvirke til økt stress og redusert mestringsfølelse for de kampanjen adresserer. En ny tilnærming behøves.
Ramos A, Sanchez C, Villa F, Perandones O m.fl (2018) Social exclusion of the adolescent with overweight.	Se på relasjonelle mønstre hos overvektige sammenlignet med normalvektige	Cross sectional descriptive study	235	Sammenheng mellom overvekt/fedme og sosial eksklusjon og isolasjon. Ungdom med overvekt inntar selv en perifer sosial posisjon og velger selv mindre mellommenneskelig kontakt. Sosiale nettveksanalyser viktig for å kunne fatte tiltak som forebygger sosial isolasjon.

Studie	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
Rees RW <sup>1</sup> , Caird J, Dickson K, Vigurs C, Thomas J. (2014) 'It's on your conscience all the time'	Utforske perspektivet til unge mennesker i UK med hensyn til fedme, kroppsstørrelse og vekt	Systematic review av kvalitative studier	30 studier og 1400 deltagere	Personlig ansvar. Sosiale aspektet viktigere enn helseimplikasjoner. Unge overvektige beskriver en nådeløs størrelsesrelatert trakassering fra omgivelsene og isolasjon
Rees R <sup>1</sup> , Oliver K, Woodman J, Thomas J. (2011) The views of young children in the UK about obesity, body size, shape and weight:	Utforske perspektivet til unge mennesker i UK med hensyn til fedme, kroppsstørrelse og vekt	Systematic Review av kvalitative og kvantitative studier	28 studier	Istedenfor helsefokus er respondentene mer bekymret for det sosialt negative aspektet økt kroppsvekt medfører. Overvektige opplever i større grad diskriminering og negativitet fra omgivelsene enn normalvektige som bidrar til eksklusjon og sosialt utenforskap. Både overvektige og normalvektige legger ansvaret på individet og er tilbøyelige til å bruke negative karakteristikk på overvektige.
Robinson S, The journal of school Nursing (2006) Victimization of Obese Adolescents	Synliggjøre helsesøstres rolle i forebygging mot vekt-diskriminering og mobbing	Review		Det mangler studier som går spesifikt på fedme og overvekt og mobbeofferrollen blant elever, men den negative konsekvensen av å bli mobbet er godt dokumentert. Det er flere overvektige i mobbeoffer-kategorien enn normalvektige
Rotenberg KJ, Barafhi C, Davies H, Finch T (2017) Obesity and the Social Withdrawal Syndrome.	Sammenhengen mellom fedme og social withdrawal syndrome (SVS)	Survey	135	Det er en signifikant sammenheng mellom fedme og SVS. Ungdom i kategori fedme har lavere emosjonell tillit til nære andre, har mindre kommunikasjon med nære andre og opplever større grad av ensomhet. Kan føre til helsemessige og relasjonelle utfordringer
Stephen J. Pont, Rebecca Puhl, Stephen R. Cook, Wendelin Slusser (2017) Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity	Å bedre klinisk praksis for bameleger	Review		Vekt stigmatisering gir seg til uttrykk gjennom uthenging, terging og mobbing. I studie gjort på 5000 lærere fant man at vektbasert mobbing var den vanskeligste formen for mobbing å håndtere.



## Vedlegg 2

### Informasjonsskriv

#### **Vil du delta i forskningsprosjektet:**

#### **«Hjelp til å forebygge, bremse eller reversere fedme hos egne barn? Nei takk»?**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å avdekke årsaker til hvorfor så mange familier med overvektige barn takker nei til hjelpen de blir tilbudt. Dette skrivet gir deg informasjon om prosjektets mål og hva eventuell deltagelse vil innebære.

#### **Bakgrunn**

Andelen av barn og unge med overvekt har de siste tiårene hatt en kraftig økning og det snakkes om en global epidemi. Verdens Helseorganisasjon ser på barnefedme som et av vår tids største helseutfordringer både på individ og samfunnsnivå.

Helsedirektoratet har derfor gitt helsesykepleiere mandat om å avdekke samt følge opp barn som er overvektige. Det har vist seg at tiltak hvor et tverrfaglig team støtter familier som har barn med overvekt, og hvor miljøet rundt barnet blir involvert, er det som fungerer best for å bremse, stoppe eller reversere overvekt hos barn.

Så vi vet hva den beste «medisinen» er. Likevel takker majoriteten av familier som blir tilbudt hjelp til å adressere eget barns overvekt nei til tilbudet!

#### **Formål**

I forbindelse med mitt masterstudium innen fedme og helse ved NTNU skal jeg skrive en oppgave hvor intensjonen er å avdekke mulige årsaker til hvorfor det er slik.

- Er det noe med innsalget av tilbudet om hjelp som gjør at familiene takker nei?
- Er det noe med selve tilbudet som gjør at familiene takker nei?
- Hva er til hinder for at familiene skal takke ja til tilbudet om hjelp?

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Dere mottar denne henvendelsen fordi dere er foreldre av barn som har eller har hatt utfordringer med overvekt. Det er deres opplevelser i møte med helsevesenet som kan være med å belyse problemstillingene over.

### **Hva innebærer deltagelsen for deg?**

Ved å stille opp til intervju i denne masteroppgaven kan du være med på å bidra til økt kunnskap om hvilke hindringer som gjør at familier takker nei til mottatt tilbud.

Forhåpentligvis vil funn fra denne oppgaven være med på å gjøre at flere barn med overvekt kan få tilbud i en slik form at det er lettere å takke ja til deltagelse. Så potensielt kan ditt bidrag være med på å gjøre ting lettere for barnefamilier som kommer etter dere!

Intervjuet vil ha en varighet på mellom 30-60 minutter.

### **Det er frivillig å delta**

Deltagelse er frivillig og du kan når som helst trekke samtykket tilbake uten å måtte oppgi årsak og uten at det vil medføre negative konsekvenser for deg. Dine personopplysninger vil da bli slettet.

### **Personvern**

Bruk av lydopptak i forbindelse med intervjuet innebærer at prosjektet er innmeldt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og at NSD's retningslinjer blir fulgt underveis. Lydopptak vil bli slettet når transkribering er fullført og nedtegnelser vil være anonymisert. Lydopptak og skriftlige nedtegnelser vil bli behandlet konfidensielt.

Med vennlig hilsen

Kåre Thingnes

(Masterstudent)

## Vedlegg 3

### Skjema for Informert samtykke

Dato: \_\_\_\_\_

#### Taushetserklæring

Jeg erklærer med dette at alle opplysninger som kommer meg i hende i forbindelse med denne masteroppgaven vil bli behandlet konfidensielt slik at det ikke er mulig for andre personer å trekke ut opplysninger som kan tilbakeføres til enkeltpersoner.

Lyddopptak vil slettes og notater anonymiseres og makuleres så fort data er transkribert.

Signatur: \_\_\_\_\_

Kåre Thingnes

#### Informert samtykke

Jeg sier med dette ja til å delta på intervju i forbindelse med Kåre Thingnes`s masteroppgave som omhandler barnefedme.

Jeg er orientert om at han holder på å gjennomføre 2-årig masterprogram i klinisk helsevitenskap – studieretning fedme og helse ved NTNU og at intervjuet jeg samtykker til vil bli brukt i denne oppgaven.

Jeg er orientert om at intensjonen med oppgaven er å avdekke forhold som legger til rette eller er til hinder for å takke ja til tilbud om å adressere eget barns overvekt.

Jeg er informert om at deltagelse er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg uten at det vil få noen negative konsekvenser for meg underveis eller i etterkant.

Jeg er klar over at alle data som blir innhentet vil bli behandlet konfidensielt og at det ikke vil bli stilt spørsmål av personsensitiv art. At lydopptak og håndskrevne notater gjort i forbindelse med intervjuene vil bli slettet/makulert etter at data er blitt transkribert. Videre at eventuelle gjengivelser og sitater brukt vil være modifisert slik at ikke dialekt, detaljrike beskrivelser eller særegne episoder gjør at man kan avdekke hvem informanten er.

Signatur: \_\_\_\_\_

## Vedlegg 4

### Intervjuguide

#### INTERVJUGUIDE

##### INTRODUKSJON TIL INTERVJUET

Jeg holder på med en masteroppgave i Fedme og Helse ved NTNU og har vært så heldig å få være med som en liten del av prosjektet «Nettbasert selvhjelp ved overvekt hos barn og familier». Andelen barn med fedme har økt de siste tiårene og er nå på et bekymringsfullt høyt nivå både globalt og nasjonalt. WHO definerer barnefedme som en av vår tids største helseutfordringene både på kort sikt i form av nedsatt funksjonalitet, psykiske plager, mobbing og utenforskap. Og på lang sikt da barnefedme øker sannsynligheten for fedme i voksen alder med økt risiko for en rekke livsstilsrelaterte følgesykdommer som diabetes, hjerte-kar, kreft og psykiske lidelser.

Derfor er det viktig at helsetjenestens tilbud fungerer godt og når ut til de barn og familier som har et behov for det. Pr i dag vet vi at alt for mange takker nei til tilbudet de får. Intensjonen med dette intervjuet er å få mer klarhet i hvordan brukerne opplever dagens tilbud og bruke den økte innsikten til å skreddersy både innsalg og opplegg bedre slik at det når flere.

#### SPØRSMÅL

##### INTRODUKSJONEN AV TILBUDET

1. Kan du beskrive hva slags tilbud til oppfølging din familie fikk fra Helsesykepleier?
2. Hvordan opplevde du at dette tilbudet ble presentert for dere?
3. Hvilke tanker gjorde du deg da dere fikk tilbudet?
4. Kan du beskrive din opplevelse av hvordan kommunen jobber med å forebygge fedme blant barn og ungdom?
5. Kan du beskrive hvorvidt tilbudet dere fikk imøtekom din families behov?

##### ÅRSAKER TIL HVORFOR MAN TAKKER NEI

6. Hva er de viktigste årsakene til at din familie takket nei til tilbudet dere fikk fra Helsesykepleier?
7. Kan du beskrive eventuelle praktiske hindringer som bidro til at dere valgte å takke nei til tilbudet? (avstand, tidspunkt og tid tilgjengelig)
8. Kan du beskrive eventuelle andre hindringer som bidro til at dere takket nei? (Ønske om å ikke stikke seg ut, belærende/pekefinger tilnærming)
9. Hvordan vil du beskrive styrkeforholdet mellom praktiske og emosjonelle hindringer når dere valgte å takke nei til oppfølging?

10. Hvilke behov hadde/har dere som tilbudet ikke tilfredsstilte og som medvirket til at dere takket nei til deltagelse?
11. Hvordan ville du ha presentert tilbudet for at det skulle vært lettere å takke ja?
12. Har du konkrete forslag til forandringer i tilbudet som hadde gjort det mer attraktivt for din familie å delta?

#### ÅRSAKER TIL HVORFOR MAN TAKKER JA

13. Hvorfor takket din familie ja til tilbudet dere fikk fra Helsestasjon?
14. Var det forhold som gjorde at dere veide for og imot deltagelse? Og kan du beskrive hva de mulige hindringene besto i?
15. Hvilke forventninger hadde du til tilbudet familien din fikk?
16. Hvilke endringer i presentasjonen av tilbudet kunne ha gjort det lettere for flere å takke ja til deltagelse?
17. Har du konkrete forslag til endringer i tilbudet som hadde gjort det mer attraktivt for flere familier å delta?

#### ERFARINGER FRA DE SOM DELTOK

18. Kan du beskrive i hvilken grad tilbudet sto i stil til de forventningene familien din hadde før deltagelse?
19. Kan du gi eksempler på ting som hemmet eller lettet etterlevelsen av opplegget?
20. Beskriv dine mest positive erfaringer med deltagelsen?
21. Beskriv hvor du mener opplegget har sitt største forbedringspotensial? Både når det gjelder innsalget av tilbudet og etterlevelse av opplegget.

#### ANSVAR

22. Når det gjelder oppfølging av barn med overvekt/fedme. Hvordan mener du ansvarsforholdet mellom familie, skole og kommune bør være?
23. Kan du beskrive hvor mottakelig du føler din familie er for innspill fra skole/Helsestasjon når det kommer til dine barns helse og velferd?
24. Hvordan vil du beskrive kommunikasjon mellom helsefagarbeider og familie i forbindelse med presentasjon av tilbudet?
25. Sett i et pedagogisk perspektiv. Kan du beskrive mulige justeringer som ville gjort det lettere for flere å takke ja til deltagelse?

