

Helene Vik & Martine Isene Røsvik

# Helsesykepleieres erfaringer med overvekt og fedme hos barn som går på barneskole

Masteroppgave i helsesykepleie

Veileder: Berit Misund Dahl

Mai 2024



Helene Vik & Martine Isene Røsvik

# **Helsesykepleieres erfaringer med overvekt og fedme hos barn som går på barneskole**

Masteroppgave i helsesykepleie  
Veileder: Berit Misund Dahl  
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Overvekt og fedme er en økende folkehelseutfordring globalt og nasjonalt. Temaet er sensitivt, og forskning viser at arbeidet med overvekt og fedme oppleves vanskelig blant helsesykepleiere. Helsesykepleiere opplever å ikke ha nok kunnskap, tid og ressurser i arbeidet med overvekt og fedme. Helsesykepleier møter barn og unge i skolen, og hensikten med denne studien var å undersøke helsesykepleieres erfaringer knyttet til arbeid med overvekt og fedme hos barn på barneskole. Formålet var å få økt kunnskap om hvilke barrierer og suksessfaktorer helsesykepleierne erfarer i dette arbeidet. På bakgrunn av dette kom vi frem til følgende problemstilling:

*Hvordan erfarer helsesykepleiere arbeidet med overvekt og fedme hos barn som går på barneskole?*

I studien er det benyttet kvalitativ forskningsmetode, med semistrukturerte individuelle intervju. Seks helsesykepleiere med minimum ett års erfaring fra skolehelsetjenesten ble inkludert i studien. Dataanalysen er inspirert av Braun og Clarke sin beskrivelse av refleksiv tematisk analyse.

Det ble analysert frem tre hovedtema; 1) Utfordrende arbeid for helsesykepleier, 2) Støttefunksjoner som suksessfaktor og barriere, og 3) Helsesykepleiere i møte med foreldre og omsorgsgivere. Funnene i studien avdekket at samarbeidet med foreldrene stort sett gikk fint, og foreldrene var som oftest forståelsesfulle. Flere av helsesykepleierne opplevde manglende tverrfaglig samarbeid, og følte seg derfor alene i arbeidet. Arbeidet med overvekt og fedme kunne oppleves utfordrende og gi lite motivasjon, da man som helsesykepleier ofte ikke så resultat av intervensjonene man hadde satt i gang.

Studien viser at helsesykepleiere erfarer både suksessfaktorer og barrierer i arbeidet med overvekt og fedme hos barn på barneskole. Studien viser at arbeidet med overvekt og fedme hos barn er komplekst, og at helsesykepleiere ofte erfarer å stå alene i dette arbeidet. Basert på studien vår, bør oppfølging av overvekt og fedme styrkes i form av blant annet bedre tverrfaglig samarbeid mellom helsesykepleier og fastleger/spesialisthelsetjenesten.

## Summary

Today obesity is an increasing global public health challenge, both on a national and international level. Research indicates that due to its sensitive nature, public health nurses working with obesity find the subject matter challenging. Public health nurses report that they lack knowledge, time and resources when working with matters of obesity. Public health nurses employed in schools, frequently interact with overweight and obese children and youth. This paper's study is conducted in order to assess public health nurses' experiences when working with overweight and obese children attending elementary school. The aim of the study is to increase knowledge of the barriers and success factors that public health nurses experience when working within this field. Based on the above, we developed the following research question:

*How do public health nurses experience working with overweight and obese children attending elementary school?*

The study is conducted by using qualitative research method, with semi-structured individual interviews. The participants consisted of six public health nurses, with a minimum of one year working experience from the school health service. The data analysis is inspired by Braun and Clark's description of reflexive thematic analysis.

Three main subject areas were identified: 1) the challenging work of the public health nurses, 2) the available support functions as success factors and barriers, and 3) public health nurses' interaction with parents and caregivers. The findings indicate that parents generally were understanding and easy to cooperate with. Several of the public health nurses experiences a lack of interdisciplinary collaboration, which resulted in them feeling isolated and alone at work. Additionally, the work could prove challenging with lack of progressions despite implemented interventions, which in turn could affect the public health nurses motivation.

The study demonstrates that public health nurses experience both success factors and barriers when working with overweight and obese children attending elementary school. Through the research it emerged that public health nurses find working with overweight and obese children to be complex, and often feel alone in this work. Furthermore, the study concludes that the care and follow-up of

overweight and obese children ought to be strengthened by better interdisciplinary collaborations between public health nurses and the GPs and the special health services.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>8</b>
2.1 OVERVEKT OG FEDME .....	8
2.1.1 <i>Konsekvenser av overvekt og fedme hos barn</i> .....	8
2.2 HELSESYKEPLEIER SITT ARBEID MED OVERVEKT OG FEDME I SKOLEHELSETJENESTEN .....	9
2.2.1 <i>Tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten</i> .....	10
2.2.2 <i>Kostverktøyet</i> .....	10
2.3 HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE ARBEID .....	10
2.4 TIDLIGERE FORSKNING .....	11
2.4.1 <i>Verktøy brukt i veiledning</i> .....	12
2.4.2 <i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	13
2.4.3 <i>Helsesykepleiernes personlige erfaringer</i> .....	14
2.4.4 <i>Foreldreperspektivet</i> .....	15
2.4.5 <i>Oppsummering</i> .....	15
2.5 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	15
2.5.1 <i>Oppgavens avgrensing</i> .....	16
<b>3.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>17</b>
3.1 SALUTOGENESE .....	17
3.2 EMPOWERMENT OG MESTRING .....	18
3.3 VEILEDNING.....	19
<b>4.0 METODE</b> .....	<b>20</b>
4.1 STUDIEDESIGN .....	20
4.1.1 <i>Forforståelse</i> .....	21
4.2 UTVALG OG REKRUTTERING .....	21
4.3 DATAINNSAMLING .....	23
4.3.1 <i>Digitale intervju via Teams</i> .....	23
4.3.2 <i>Lyddoptaker</i> .....	23
4.3.3 <i>Gjennomføring av intervjuene</i> .....	24
4.3.4 <i>Transkribering</i> .....	25
4.4 ANALYSE .....	25
<i>Fase 1: Bli kjent med datasettet</i> .....	25
<i>Fase 2: Koding</i> .....	26
<i>Fase 3: Finne subtema</i> .....	27
<i>Fase 4: Kritisk gjennomgå temaene og finne subtema</i> .....	27
<i>Fase 5: Finne hovedtema</i> .....	28
<i>Fase 6: Skrive resultatdel</i> .....	29
4.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER .....	29
4.5.1 <i>Informert Samtykke</i> .....	29
4.5.2 <i>Personvern</i> .....	30
4.5.3 <i>Konfidensialitet</i> .....	30
<b>5.0 RESULTAT</b> .....	<b>32</b>



5.1 UTFORDRENDE ARBEID FOR HELSESYKEPLEIER .....	32
5.1.1 <i>Den første og vanskelige telefonsamtalen</i> .....	32
5.1.2 <i>Manglende resultat ga lite motivasjon</i> .....	33
5.2 STØTTEFUNKSJONER SOM SUKSESSFaktor OG BARRIERE .....	34
5.2.1 <i>Tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer</i> .....	34
5.2.2 <i>Kostverktøyet som støtte i veiledning av foreldre</i> .....	36
5.3 HELSESYKEPLEIERE I MØTE MED FORELDRE OG OMSORGS GIVERE .....	37
5.3.1 <i>Å møte foreldrene «der de er»</i> .....	37
5.3.2 <i>Foreldre som takket nei til veiledning</i> .....	38
<b>6.0 DISKUSJON</b> .....	<b>41</b>
6.1 MANGLENDE MOTIVASJON .....	41
6.2 VEILEDNING OG SAMARBEID MED FORELDRE .....	43
6.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	47
<b>7.0 METODOLOGISKE OVERVEIELSER</b> .....	<b>50</b>
7.1 VALIDITET OG RELIABILITET .....	50
7.2 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET .....	51
7.3 UTVALG OG EKSTERN VALIDITET .....	52
7.4 TRANSKRIPSJON.....	53
<b>8.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>55</b>
<b>REFERANSELISTE:</b> .....	<b>57</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>66</b>
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE .....	66
VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING .....	67
VEDLEGG 3: VURDERING SIKT .....	71

## 1.0 Innledning

Overvekt og fedme er en økende folkehelseutfordring globalt og nasjonalt, og har nådd et epidemisk omfang på verdensbasis (World Health Organization [WHO], 2021). Overvekt og fedme er ingen sykdom, men kan skape ulike utfordringer for helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, u.å., s. 14). Det er forbundet med en rekke livsstilssykdommer. Hos unge kan det gi psykososiale konsekvenser, i tillegg til økt risiko for forstyrret spiseatferd (Helsedirektoratet, 2010, s. 25-26). Overvekt og fedme kan forebygges, og det er funnet bedre resultater av livsstilsendring hos barn enn hos ungdom (Øen, 2022, s. 35). Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon artikkel 24 vektlegger at myndighetene skal legge til rette for barns utvikling og trygghet, samt sikre at alle barn og foreldre i samfunnet har grunnleggende kunnskaper om barnets helse og ernæring (Grunnlova, 1814, § 104; FNs barnekonvensjon, 1989, art. 24).

I Norge spiller helsesykepleier en viktig rolle i dette arbeidet. Helsesykepleier er en spesialutdannet sykepleier, rettet mot helsefremmende og forebyggende arbeid mot barn, unge og foreldre (Helsedirektoratet, 2021). Folkehelsearbeid innebærer å styrke faktorer som bidrar til god helse, og redusere faktorer som fører til helsefare. Det vil si å påvirke levevaner og levekår i befolkningen i positiv retning, samt legge til rette for at enkeltindividet og befolkningen generelt skal oppleve respekt, mestring og trygghet (Dahl, 2020a, s. 39). Norge har gitt helsesykepleierprofesjonen et samfunnsoppdrag gjennom lover og forskrifter som regulerer tjenesten. I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2) skal alle kommuner tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, inkludert helsestasjonstjenester og helsetjenester i skolen (Dahl, 2020b, s. 57).

De nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjon og skolehelsetjenesten er rammeverket som helsesykepleiere jobber etter, herunder skal helsesykepleier blant annet kartlegge og forebygge overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2017). Dette skal gjøres ved alle konsultasjoner der det blir tatt høyde og vekt, men er særlig aktuelt etter måling av høyde og vekt i 1. trinn eller 3. trinn. Tidlig intervensjon gjennom individuelle oppfølgingstiltak for hele familien har vist seg å gi best resultater for barn i risikogrupper (Helsedirektoratet, 2010, s. 3).

Vi har ikke funnet åpenbare kunnskapshull i forskningen når det gjelder overvekt og fedme hos barn. Det er et stort og omfattende tema som er i stadig endring, og som trenger ny og oppdatert forskning i takt med samfunnets utvikling. Vi mener dette er relevant og viktig å utforske nærmere, da helsesykepleier står i en god posisjon til å forebygge i en tidlig fase. På bakgrunn av dette ønsker vi å utforske hvordan

helsesykepleier erfarer arbeid med overvekt og fedme til barn som går på barneskole. Vi finner det sentralt å vite hvordan dette arbeidet oppleves for helsesykepleier, for å kunne øke kunnskapen om hva som fungerer, og hva som skal til for å styrke helsesykepleiers rolle i arbeid med overvekt og fedme.

## 2.0 Bakgrunn

I denne delen av oppgaven vil vi presentere en oversikt over hva overvekt og fedme er, samt de mulige konsekvensene det kan ha for barnet. Videre vil vi forklare hvordan helsesykepleiere arbeider med tematikken i skolehelsetjenesten. Til slutt oppsummerer vi tidligere forskning vi har funnet om temaet.

### 2.1 Overvekt og fedme

Overvekt og fedme er en tilstand med unormal fettansamling på kroppen (Meyer & Bergh, 2023). For å kartlegge vekt i forhold til høyde brukes kroppsmasseindeks (KMI) (Øen, 2022, s. 21). Dette måles ved å dele personens vekt i kilo på høyde i meter  $^2$  (Øen, 2022, s. 21). KMI defineres ulikt mellom voksne og barn. Hos voksne blir overvekt definert som KMI  $>25$  og fedme blir definert som KMI  $>30$  (WHO, 2024). Når man vurderer KMI hos barn mellom 2-18 år, skal det tas hensyn til kjønn og alder. Grunnen til dette er fordi barn har redusert skjelett og muskelmasse før puberteten, i tillegg til at jenter utvikles tidligere enn gutter (Helsedirektoratet, 2010, s. 15). For barn brukes begrepet iso-KMI, som vil si at man justerer beregnet KMI for barn i forhold til tilsvarende verdier hos voksne (Norges Helseinformatikk, 2021). Iso-KMI  $>25$  defineres som overvekt hos barn, og iso-KMI  $>30$  defineres som fedme. For å illustrere har vi laget en tabell (tabell 1) fra verdiene presentert av Helsedirektoratet (2010, s 16):

**Tabell 1: Klassifisering av KMI (Helsedirektoratet, 2010, s. 16).**

Klassifisering	KMI
Normalvekt	KMI lavere enn iso-KMI 25
Overvekt	KMI høyere eller lik iso-KMI 25
Fedme	KMI høyere eller lik iso-KMI 30
Alvorlig fedme	KMI høyere eller lik iso-KMI 35

#### 2.1.1 Konsekvenser av overvekt og fedme hos barn

Overvekt og fedme kan føre til en rekke ulike fysiske og psykiske helseplager (WHO, 2024). Det kan blant annet føre til at barna utvikler søvnapne, diabetes type 2, kreft, ugunstige fettverdier i blodet og økt risiko for hjerte-og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2010, s. 10). Overvekt og fedme kan også føre til

redusert livskvalitet, mobbing, negativt selvbilde og kroppsbilde, samt økt risiko for forstyrret spiseatferd (Helsedirektoratet, 2010, s. 26). Forskning viser at ved økende alder hos barn med fedme, øker sannsynligheten for at de fortsetter å være overvektige senere i livet (Starc & Strel, 2011).

## 2.2 Helsesykepleier sitt arbeid med overvekt og fedme i skolehelsetjenesten

Helsesykepleier som jobber i skolehelsetjenesten har en viktig rolle i det helsefremmende- og forebyggende arbeidet, dette inkluderer også arbeid med overvekt og fedme (Dahl, 2020a, s. 44). Ifølge forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, § 1-6), skal tjenesten bidra til å fremme barn og unges fysiske og psykiske helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader, samt forebygge vold og utjevne sosiale helseforskjeller. Dette gjøres ved å veilede barn og foreldre, samt gi helseopplysninger til barna i form av undervisning. Råd og veiledning skal tilpasses hver enkelt barns behov (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 1-6). En av oppgavene til helsesykepleier er å utføre vekt- og høydemåling av barn ved skolestartsamtale, i 3. trinn og i 8. trinn. I forkant av målingen får barna muntlig informasjon, og foreldrene får et skjema med skriftlig informasjon om hensikt og bakgrunn for målingene, hvordan det skal foregå, og eventuell oppfølging (Helsedirektoratet, 2017, pkt. 5.2).

Helsesykepleier jobber ut fra de nasjonale faglige retningslinjene for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Dersom det oppstår vekstavvik (iso-KMI >25) ut fra retningslinjene, er helsesykepleiere sterkt anbefalt å følge dette opp videre (Helsedirektoratet, 2017, pkt. 5.2). Dersom det er behov for tiltak skal helsesykepleier følge de nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2010).

Tiltakene er delt inn i fire tiltaksnivåer som bygger på hverandre, og barnets iso-KMI er avgjørende for hvilket tiltaksnivå helsesykepleier skal følge (Helsedirektoratet, 2010, s. 31). Ved tiltaksnivå 2 (iso-KMI >25) skal foreldrene komme inn til en samtale hos helsesykepleier for å kartlegge og for å få individuell veiledning (Helsedirektoratet, 2010, s. 31). Foreldre spiller en sentral og viktig rolle når det gjelder å etablere sunne og gode kostholdsvaner hos barna (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Ved tiltaksnivå 3 (iso-KMI >30) kreves det tverrfaglig samarbeid med flere faggrupper, og barnet skal henvises til fastlege for og utredes for somatiske sykdommer (Helsedirektoratet, 2010, s. 31). Fastlegen skal deretter vurdere om barnet skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010, s. 51). Ved

tiltaksnivå 4 (iso-KMI >35) skal barnet henvises til spesialisthelsetjenesten, i tillegg til andre lokale tiltak (Helsedirektoratet, 2010, s. 60).

### 2.2.1 Tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten

Som helsesykepleier er det å jobbe tverrfaglig en stor del av arbeidet (Andersen et al., 2022). Ifølge Tveiten (2020, s. 76) betyr tverrfaglig samarbeid at flere fagpersoner jobber sammen og bruker sin kompetanse for å nå et felles mål. For å kunne møte barnets behov på en best mulig måte, kan det være behov for kompetanse fra flere instanser (Tveiten, 2020, s. 76). Arbeid med overvekt og fedme krever noen ganger tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Helsesykepleiere som jobber i skolehelsetjenesten jobber tverrfaglig, og samarbeider med ulike yrkesgrupper blant annet lærere, leger, fysioterapeuter, miljøterapeuter, barnevernspedagoger og psykologer (Andersen et al., 2022). Andre viktige samarbeidspartnere er foreldre (Øen, 2022, s. 42). God kommunikasjon mellom instansene er viktig for å lykkes med det tverrfaglige samarbeidet (Tveiten, 2020, s. 76; Helsedirektoratet, 2018).

### 2.2.2 Kostverktøyet

Mange helsesykepleiere benytter kostverktøyet i arbeidet med overvekt og fedme (Kongsvik, 2017). Kostverktøyet (2024) er et nettbasert verktøy utarbeidet for helsepersonell og familier. Hovedmålgruppen er helsepersonell, som helsesykepleiere og fastleger, som jobber med barn og familier med overvekt eller fedme (Kongsvik, 2017). Målet er å bidra og styrke forebygging og behandling av overvekt hos barn (Drilen, 2016). Dette verktøyet inneholder forskningsbasert kunnskap om mat, kostplaner, samtaleverktøy, illustrerende bildebank, kokebok og hjemmeoppgaver. Det formidles på en enkel og forståelig måte, slik at familiene kan bruke kostverktøyet på egenhånd. Verktøyet ble utviklet ved St.Olavs Hospital, og ble først tatt i bruk i 2016 (Kongsvik, 2017).

## 2.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Helsefremmende arbeid vil si å sette mennesker i stand til å ta kontroll over og forbedre helsen sin (WHO, 1986). World Health Organization arrangerte i 1986 Ottawakonferansen i Canada, der

Ottawacharteret for helsefremming ble utarbeidet. Ottawacharteret fremmer et salutogent syn på helse, og står sentralt i helsesykepleierens arbeid med folkehelsen (WHO, 1986).

Forebyggende arbeid handler om å redusere risiko for sykdom eller skade (Mæland, 2016, s. 15). Forebyggende arbeid er forankret i en biomedisinsk sykdomsmodell, som baserer seg på naturvitenskapelig kunnskap (Dahl, 2020c, s. 138). For at helsesykepleieren skal kunne jobbe med forebyggende og helsefremmende arbeid, må hun eller han ha kunnskap om årsakssammenhenger mellom livsstil og sykdom (Dahl, 2020c, s. 138).

Ifølge Dahl (2020, s. 138) deles forebyggende arbeid deles vanligvis inn i tre nivåer: primærforebyggende-, sekundærforebyggende- og tertiærforebyggende arbeid. Primærforebyggende arbeid handler om befolkningsrettede tiltak som skal forebygge at sykdom eller problemer oppstår. Sekundærforebyggende arbeid handler om å begrense omfanget eller varighet av et problem. Tertiærforebyggende arbeid handler om å minimere konsekvensene av sykdom eller skade som har oppstått (Dahl, 2020c, s. 138). Man kan også dele inn det forebyggende arbeidet i tre ulike tiltak: universelle-, selektive- og indikative tiltak. Universelle tiltak retter seg mot en hel befolkningsgruppe, selektive tiltak retter seg mot spesielle høyrisikogrupper, og indikative tiltak er rettet mot individer med risikosymptomer (Dahl, 2020c, s. 139).

## 2.4 Tidligere forskning

For å finne relevant forskning til vårt forskningsprosjekt gjorde vi flere systematiske søk via ulike databaser som; Pubmed, Idunn, Svemed+ og CINAHL. Bibliotekaren ved NTNU Ålesund bistod oss i søkeprosessen. Vi brukte engelske søkeord da dette ga oss flere treff i databasene. Søkeordene som ble brukt var: *public health nurse, school nurse, nurse, overweight, pediatric obesity, obesity, experiences, communication, attitudes, children, child, parents, father, mother, family, caregiver*. For å sikre oss et bredt spekter av tilgjengelig forskning gjorde vi ulike søk med variasjon og kombinasjon av søkeordene. Vi begrenset søket til artikler som var gitt ut i tidsperioden 2013-2024.

Vi inkluderte 13 forskningsartikler. Flertallet av artiklene var fra Norge og Sverige, men vi inkluderte også artikler fra andre land. Fire av artiklene hadde innhold med ulike profesjoner, to av artiklene tok for seg foreldreperspektivet, og de resterende syv handlet om helsesykepleiere sitt perspektiv. Vi valgte å inkludere artikler som omhandlet annet helsepersonell sitt perspektiv, da vi fant flere fellestrekk i

funnene, som gjorde de relevant for studien vår. Da vi hadde samlet artiklene, gikk vi systematisk gjennom hver av dem for å finne sammenhenger og likheter på tvers av studiene. Vi har valgt å omtale de artiklene som hadde andre yrkesgrupper enn helsesykepleiere, som helsepersonell.

#### 2.4.1 Verktøy brukt i veiledning

De utvalgte studiene avdekket at ulike verktøy eller hjelpemidler knyttet til formidling og veiledning av overvekt eller fedme hos barn var nyttig (Regber et al., 2013; Støles et al., 2019; Skantze et al., 2013). Helsepersonell ga uttrykk for at det var utfordrende å skulle formidle budskapet om overvekt og fedme til foreldrene, da de opplevde det som et komplekst og sårt tema (Thorstensson et al., 2018; Van der Maas et al., 2020; Støles et al., 2019; Chisholm et al., 2022). Helsesykepleierne fant god støtte i å benytte ulike verktøy i arbeidet med overvekt og fedme, både i veiledningssituasjonen, men også når beskjeden om overvekt eller fedme skulle adresseres til foreldrene (Skantze et al., 2023; Støles et al., 2019). Det finnes flere ulike verktøy eller hjelpemidler helsesykepleier kan bruke i dette arbeidet. Vekstkurvene var et verktøy helsesykepleierne foretrakk å bruke i samtale med foreldrene. De erfarte at bruk av vekstkurvene aktivt i veiledningssituasjonen, hadde positiv effekt på foreldrenes forståelse av situasjonen, og samarbeidet videre (Støles et al., 2019; Regber et al., 2013). Bruk av vekstkurvene i samtale med foreldrene gjorde det lettere for helsepersonellet å forklare og vise hvordan vekten til barnet var i forhold til kurven. Vekstkurvene ble ansett som et objektivt verktøy av helsepersonellet i studiene, noe de fant støtte i (Regber et al., 2013). Helsesykepleierne erfarte i tillegg at bruk av vekstkurven i samtale med foreldrene, var en fin måte å få en naturlig inngang til temaet på (Skantze et al., 2013).

Til tross for dette kunne manglende bruk eller tilgjengelighet av verktøy bli en barriere i dette arbeidet. Studiene vi har inkludert i denne oppsummeringen fant at helsesykepleiere opplevde utfordringer rundt kommunikasjonsferdigheter. De ønsket seg flere kommunikasjonsverktøy som de kunne bruke i veiledningen, da flere var usikre på hvordan de burde gå frem når de skulle formidle det som hadde med vekt å gjøre til foreldrene (Skantze et al., 2023; Støles et al., 2019). Helsepersonell, inkludert helsesykepleiere, ga uttrykk for at det hadde vært nyttig med et kommunikasjonsverktøy de kunne bruke, når de stod ovenfor krevende og utfordrende samtaler med foreldre som omhandlet overvekt og fedme hos barn (Sjunnestrands et al., 2019; Chisholm et al., 2022; Sela et al., 2022). Det kom også frem i flere av studiene at helsepersonellet og helsesykepleierne opplevde at de manglet kunnskap, samt savnet bedre retningslinjer og etablerte prosedyrer (Skantze et al., 2023; Bradbury et al., 2018; Støles et al., 2019).



## 2.4.2 Tverrfaglig samarbeid

Flere av studiene i oppsummeringen viste at manglende ressurser kunne bli en barriere i arbeidet med overvekt og fedme. Dette gjaldt blant annet tid og samarbeid med andre instanser, som fastlege og spesialisthelsetjenesten (Sela et al., 2022; Sjunnestrand et al., 2019). Helseesykepleierne opplevde at det ikke var satt av nok tid eller ressurser til å kunne følge opp barna som hadde overvekt eller fedme, slik som helseesykepleierne ønsket (Sela et al., 2022; Heggem et al., 2023). Det kom frem at arbeidspresset var stort, og arbeidsoppgavene var for mange, fordelt på få helseesykepleiere (Heggem et al., 2023). Flere av studiene pekte også på at helseesykepleierne erfarte at samarbeidet mellom ulike instanser var mangelfullt, og at et bedre tverrfaglig samarbeid ville gjort arbeidet enklere (Heggem et al., 2023; Westergren et al., 2021). Helseesykepleierne opplevde også at selv om de henviste barna videre i helsetjenesten for behandling av overvekt og fedme, var det flere ganger henvendelsene ble avslått, fordi fastlegene ikke delte samme syn som helseesykepleierne, og mente barnet ikke hadde behov for denne type oppfølging. Dette gjorde helseesykepleieren usikker på sitt eget arbeid og de kunne miste motivasjonen (Sjunnestrand et al., 2019; Heggem et al., 2023).

Mangel på tverrfaglig samarbeid førte til at helseesykepleiere som jobbet i distriktene følte det var uetisk å ta høyde og vekt av barn, da det ikke var hjelp å få dersom barnet skulle vise seg å være overvektig eller ha fedme (Heggem, et al., 2023). Dette skyldes mangel på ressurser i kommunen. Det var vanskelig å følge retningslinjene, da helseesykepleierne mente det ikke fungerte i praksis. Helseesykepleierne i studien mente at årsakene til fedme var komplekse, og kunne gjelde sosiale, økonomiske og familiære faktorer, og ønsket derfor et mer helhetlig fokus. Samarbeidet med fastlegen viste seg å være mest utfordrende, da fastlegen ikke så det samme problemet som helseesykepleierne gjorde i arbeidet med overvekt og fedme. Fastlegen kunne blant annet ringe tilbake for å spørre "hva er det dere driver med?", noe som opplevdes ubehagelig for helseesykepleierne (Heggem et al., 2023). Helseesykepleierne og fastlegene hadde ulikt syn på definisjonen av overvekt, og selv om retningslinjene sa at barna skulle henvises videre i helsetjenesten, ble ikke dette fulgt opp videre av fastlegene (Heggem et al., 2023).

Flere av studiene avdekket at å etablere et godt tverrfaglig samarbeid var en viktig faktor for å lykkes i arbeidet med overvekt og fedme (Westergren et al., 2021; Heggem et al., 2023; Sjunnestrand et al., 2019). En studie fant at et bedre tverrfaglig samarbeid kan hjelpe helseesykepleierne å formidle

beskjeden om overvekt og fedme til foreldrene. Helsesykepleierne mente at det er mer pålitelig dersom flere instanser sa det samme til foreldrene om barnets overvekt eller fedme (Sjunnestrand et al., 2019). Det var også et ønske om å etablere et bedre samarbeid med ernæringsfysiologer, da helsesykepleierne mente det var viktig å få inn spesialkompetanse i dette arbeidet (Sjunnestrand et al., 2019).

### 2.4.3 Helsesykepleiernes personlige erfaringer

I flere studier erfarte helsesykepleiere at overvekt og fedme var et sensitivt tema. Det var krevende for helsesykepleierne på et personlig og emosjonelt nivå å arbeide med overvektige barn (Thorstensson et al., 2018; Støles et al., 2019). Det var et sensitivt tema for både den som formidlet beskjeden om overvekt og fedme, og foreldrene som mottok budskapet (Bradbury et al., 2018; Van der Maas et al., 2020). Det var ekstra krevende å formidle vekstmålingene for helsesykepleier, når foreldrene selv var overvektige (Thorstensson et al., 2018). Helsesykepleiere ytret at de gruet seg til å ta opp temaet om overvekt og fedme med foreldrene, da de var bekymret for at det skulle oppleves stigmatiserende, samt hvilke reaksjoner de ville få (Chisholm et al., 2022; Støles et al., 2019).

Studiene viste at helsesykepleiere og helsepersonell hadde ulike tilnærminger til hvordan de valgte å formidle budskapet om overvekt eller fedme (Chisholm et al., 2022; Støles et al., 2019). Noen helsesykepleiere valgte å formidle budskapet på en indirekte måte, da de hadde dårlig erfaring med å være direkte (Chisholm et al., 2022). Det kom frem at helsesykepleiere kunne unnlate å prate om barnas vekt, dersom dette kunne svekke foreldrenes tillit til dem (Sjunnestrand et al., 2019). En annen studie avdekket at helsesykepleierne informerte foreldre via brev med vedlagt vekstkurve, mens andre helsesykepleiere hadde best erfaring med å ringe direkte til foreldrene (Støles et al., 2019). Helsesykepleierne i studien til Støles et al. (2019) erfarte at ordene de valgte å bruke i formidlingen av resultatet hadde stor betydning. For å unngå at foreldrene tok budskapet personlig, hadde helsesykepleierne fokus på å bruke en sensitiv tilnærming (Hanssen-Bauer & Knutson, 2017; Thorstensson et al., 2018). Ord som overvekt og fedme ble byttet ut, da foreldrene opplevde disse ordene som truende (Støles et al., 2019). Helsesykepleier hadde god erfaring med å være støttende, ydmyk og omsorgsfull når budskapet skulle formidles. På denne måten kunne de møte foreldrene "der de er", som videre la til rette godt samarbeid for veien videre (Støles et al., 2019; Hanssen-Bauer & Knutson, 2017). Det viste seg i flere studier at en tillitsfull relasjon med foreldrene, kunne bidra til at foreldrene mottok budskapet bedre (Sjunnestrand et al., 2019; Skantze et al., 2023).

#### 2.4.4 Foreldreperspektivet

Formidlingen av overvekt og fedme hos barn til foreldrene er komplekst (Skantze et al., 2023; Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). Studiene viser at det kunne oppstå ulike reaksjoner blant foreldrene, når de mottok beskjeden om at barnet var overvektig eller hadde fedme (Skantze et al., 2023; Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). Mange foreldre opplevde å få en emosjonell reaksjon når de fikk en slik beskjed. Noen foreldre ble svært overrasket, andre opplevde det skamfullt, mens noen foreldre følte det var kritikk av barnet eller av foreldrerollen. Foreldre som selv var overvektige, opplevde det enda sterkere å få en slik beskjed (Chisholm et al., 2022; Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). Foreldre som reagerte med negative følelser, var mindre åpen for samarbeid videre (Ames et al., 2020). Foreldre som selv var bekymret for barnets vektøkning, var allerede bevisst og mottagelig for å gjøre endringer, som bidro til et bedre samarbeid videre (Regber et al., 2013; Bradbury et al., 2018).

Samtalene med helsesykepleierne gjorde at foreldrene ble mer bevisst på situasjonen, og det var lettere å ta grep hjemme. Dette gjaldt også foreldre som følte på skam og skyldfølelse. Andre foreldre hadde behov for tettere oppfølging (Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). Foreldrene var bekymret for at veiledningen kunne føre til et negativt kroppsfokus, samtidig som de var opptatt av å stoppe utviklingen av overvekt og fedme (Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017; Ames et al., 2020).

#### 2.4.5 Oppsummering

Forskningen viser kompleksiteten som oppstår når helsesykepleiere skal formidle barnets vektøkning. Foreldrene reagerte ulikt på hvordan de mottok budskapet, og de fleste fikk en emosjonell reaksjon. Helsesykepleierne hadde god erfaring med å bruke en sensitiv tilnærming, der de var oppmerksomme på hvilke ord de brukte, og var opptatt av å skape tillit for å etablere et godt samarbeid med foreldrene. Det ble også belyst barrierer og utfordringer i samarbeidet med andre instanser som blant annet fastleger.

### 2.5 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsesykepleiere i skolehelsetjenesten erfarer arbeid med overvekt og fedme blant barn som går på barneskole. Gjennom studien ønsket vi å få kunnskap om hvilke barrierer og suksessfaktorer helsesykepleierne møter i dette arbeidet. Denne kunnskapen kan

være nyttig for helsesykepleiere som jobber i skolehelsetjenesten, fastleger eller andre som jobber med overvekt og fedme. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan erfarer helsesykepleiere arbeidet med overvekt og fedme hos barn som går på barneskole?*

### 2.5.1 Oppgavens avgrensning

Vi har valgt å fokusere på overvekt og fedme blant barn på barneskolen, med avgrensning til måling av vekt og høyde som blir utført i 3.trinn.

## 3.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet skal vi presentere oppgavens teoretiske grunnlag. Vi har valgt å ta med Antonovsky (2012) sin teori om salutogenese, da denne er relevant for både foreldre og helsesykepleiere i møte med overvekt og fedme. I tillegg har vi tatt med empowerment og veiledning. Teoriene er relevant da analysearbeidet og funnene avdekte at arbeid med overvekt og fedme i stor grad handler om å motivere og veilede foreldre.

### 3.1 Salutogenese

Aaron Antonovsky var en israelsk-amerikansk sosiolog, og han forsket på forholdet mellom stress, helse og velvære. Han var misfornøyd med det moderne helsebegrepets skarpe skille mellom syk og frisk, og utviklet teorien om salutogenese, der opplevelse av sammenheng står sentralt. I motsetning til en patologisk tilnærming, som handler om å forklare hvorfor folk blir syke, har en salutogen tilnærming fokus på hva som skaper grobunn for helse (Antonovsky, 2012, s. 16).

Stressfaktorer står helt sentralt når vi skal forstå den salutogene tankegangen. Antonovsky mente at stressfaktorer er en forutsetning for å oppleve sammenheng, mestring og få et positivt helsemessig utfall. I motsetning til en patogen tankegang der man er opptatt av stressfaktorers sykdomsfremkallende virkning. Antonovsky sa blant annet at «selve stressfaktorer betraktes alltid som noe negativt, selv om man kan forhindre at den får skadelige følger. Vi kan si det blir at salutogenese åpner for rehabilitering av stressfaktorer i menneskets tilværelse.» (Antonovsky, 2012, s. 32).

Opplevelse av sammenheng, omtalt som “Sense of Coherence” (SOC), er en holdning knyttet til teorien om salutogenese. Antonovsky mente at SOC var avgjørende for at en person bevarer sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012, s. 38). Antonovsky beskrev opplevelse av sammenheng med tre kjernekomponenter: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Personer som har en sterk SOC skårer høyt på disse komponentene, mens personer med svak SOC skårer lavt på disse komponentene (Antonovsky, 2012, s. 39).

Den første komponenten, *begripelighet*, handler om i hvilken grad en person opplever at indre eller ytre stimuli, er kognitivt forståelig i stedet for kaotisk og uforståelig (Antonovsky, 2012, s. 40). Det vil si at

dersom man forventer at framtidig stimuli er forutsigbare, eller at overraskende hendelser kan plasseres i en sammenheng og forklares, skårer man høyt på begripelighet (Antonovsky, 2012, s. 40).

Den andre komponenten, *håndterbarhet*, handler om i hvilken grad en person opplever at han eller hun har tilstrekkelige ressurser til å håndtere kravene man blir stilt ovenfor av stimuliene man opplever eller erfarer. Dersom en person ikke føler at han eller hun er offer for omstendighetene, har man en sterk opplevelse av håndterbarhet i følge Antonovsky (2012, s. 40). Livet vil noen ganger gå i motbakke, men når det skjer, vil man med en sterk opplevelse av håndterbarhet, ha ressursene til å håndtere det, bearbeide sorgen og gå videre (Antonovsky, 2012, s. 40).

Den tredje komponenten, *meningsfullhet*, handler om i hvilken grad en person opplever at livet er forståelig på et følelsesmessig plan. En person som skårer høyt på meningsfullhet, vil ved eksempelvis død i nære relasjoner eller oppsigelse, kunne finne mening og ta utfordringen, og gjøre sitt aller beste for å komme seg gjennom motgangen på en bra måte (Antonovsky, 2012, s. 41).

### 3.2 Empowerment og mestring

Empowerment er et sentralt begrep i den helsefremmende tenkningen. Empowerment er et rammeverk for helsefremming, og kan forstås som en prosess der helse kan fremmes ved at den enkelte tar ansvar og makt over egen helse, og medvirker i ivaretagelse av egen helse (Mæland, 2016, s. 17; Tveiten, 2020, s. 33). Stevenson og Burke (1991) mente at en forutsetning for å få kontroll over eget liv og helse er å være bevisst på sin egen situasjon, og hvordan man kan være med å påvirke denne, i tillegg til deltakelse, når man definerer behov, problemer og beslutninger om sitt eget liv.

Det finnes ingen etablert definisjon på empowerment begrepet, men man sier gjerne at empowerment-prosessen er samhandlingen som skjer mellom bruker eller pårørende og hjelper, der målet er å utvikle mestringskompetanse. Slik samhandling innebærer å omfordele makt, medvirkning og anerkjenne kompetansen brukeren har på seg selv (Tveiten, 2020, s. 38). Samhandling mellom bruker og helsepersonell er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1). Man ønsker å stimulere ressurser og krefter hos den hjelpetrequende, samt å redusere faktorer som kan skape stress. Et viktig moment i empowerment-tenkningen er at brukeren er ekspert på seg selv og sitt liv (Tveten, 2020, s. 41).

Mestring handler om menneskers evner til å takle utfordringer og belastende livssituasjoner som for eksempel ved sykdom (Tveiten, 2020, s. 22). Bandura (1977) utviklet begrepet «self-efficacy», som handler om mestringsforventninger og mestringstillit. Han mente forventningene våre er viktig for hva vi foretar oss. Mestring går ut på å finne de indre ressursene til mennesket, og handlingene de gjør for å kontrollere de følelsesmessige reaksjonene som oppstår. Å føle på mestring er en viktig faktor for å håndtere motgang på en overkommelig måte (Tveiten, 2020, s. 22-23). Ofte trenger mennesker hjelp fra helsepersonell til å finne mestring i vanskelige situasjoner. Helsepsykiatere arbeider ofte med barn og ungdom samt foreldre for å hjelpe med å styrke mestringskompetansen. (Tveiten, 2020, s. 14).

### 3.3 Veiledning

Veiledning er en metode i empowerment-prosessen (Tveiten, 2020, s. 97). Veiledning defineres som «en formell, pedagogisk og relasjonell istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2020, s. 98). Det går ut på at kunnskap og makt blir overført fra den profesjonelle til brukeren, for å legge til rette for at brukeren selv kan ta kontroll over eget liv og egen helse (Tveiten, 2020, s.97-98). En formell istandsettingsprosess betyr at man får en veilederrolle fordi man har den jobben man har (Tveiten, 2020, s. 101). Det pedagogiske aspektet av veiledningen betyr at læring inngår i prosessen. Læringen skal gjøre at brukeren får økt kunnskap og bevissthet rundt sin egen helse. Innholdet i læringen vil variere avhengig av individ, situasjon og kontekst (Tveiten, 2020, s. 100). Det relasjonelle aspektet går ut på å vise tillit, respekt, fortrolighet og likeverdighet i veiledningen. Veiledning er en maktbalanse mellom bruker og veileder, og dette er viktig at veilederen er bevisst på, slik at brukerens autonomi og likeverd blir ivaretatt på en god måte (Tveiten, 2020, s. 100-101).

Man kan veilede gjennom undervisning, rådgivning eller informering (Tveiten 2020, s. 111).

Helsepsykiatere har automatisk en veilederrolle, og veiledning er en tilnærming som ofte brukes i møte med foreldre (Andersen et al., 2022). I arbeid med overvekt og fedme er samarbeid med foreldrene grunnleggende, da familien er den viktigste ressursen for barnet (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Målet med veiledning til foreldre er å øke kompetansen rundt kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2010, s. 33).

## 4.0 Metode

I dette kapitlet skal vi presentere valg av studiedesign, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetiske overveielser.

### 4.1 Studiedesign

Studien har et kvalitativt design. Det finnes flere kvalitative forskningsmetoder, disse har flere fellestrekk, men også ulikheter seg imellom. Fellesnevner for de ulike kvalitative forskningsmetodene er at det skal foregå en systematisk fortolkning av empiriske tekstdata (Malterud, 2017, s. 35). De kvalitative forskningsmetodene bygger på en induktiv eller en deduktiv tilnærming. Induktiv tilnærming vil si at man går fra empiri til teori, altså fra individ til det generelle, og deduktiv tilnærming vil si at man går fra det generelle til det enkeltstående (Malterud, 2017, s. 27). En metode er rammeverket for et forskningsprosjekt. Vi tok utgangspunkt i studiens problemstilling når vi skulle beslutte hvilken metode vi ønsket å benytte i forskningsprosjektet.

Vi valgte semistrukturerte individuelle intervju, da vi ønsket å få kunnskap om erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger hos helsesykepleiere (Malterud, 2017, s. 30). Metoden bygger på en induktiv tilnærming og har et fenomenologisk hermeneutisk design.

Fenomenologi er en vitenskapsfilosofi som omfatter å forstå livsverden ut fra individets egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44). En forutsetning innen denne tilnærmingen, er at forskeren må se bort fra tidligere kunnskap, dette kalles «å sette i parentes», for å kunne nå frem til en fordomsfri tolkning av den aktuelle subjektive erfaring fra individets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46; Malterud, 2017, s. 28). Kvalitativ forskningsmetode har som hensikt å undersøke menneskers erfaringer og opplevelser, og metoden kan bidra til å presentere mangfold og nyanser, samt subjektive erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42; Malterud, 2017; s. 30). Hermeneutikk handler om å få frem gyldige fortolkninger av et menneskelig budskap eller tekst (Malterud, 2017, s. 28). Når man skal tolke tekst med en hermeneutisk forståelse, vil det si at man legger vekt på forholdet mellom deler og helhet, og betydningen av kontekst og selvrefleksjon. Denne prosessen kalles den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2017, s. 28). Vi har tolket datamaterialene fra studien vår i tråd med den hermeneutiske sirkel.



#### 4.1.1 Forforståelse

Forforståelse er de individuelle erfaringene og forutsetningene, hypoteser og faglig perspektiv man har med seg inn i et forskningsprosjekt, før prosjektet starter (Malterud, 2017, s. 45). Forforståelsen vil kunne påvirke hvordan forskeren samler, leser og tolker dataene sine på. Forforståelsen til forskeren kan både bidra positivt og negativt inn mot prosjektet. Den kan i bestefall bidra med næring til prosjektet, og i verstefall være en barriere som gjør at man må avbryte prosjektet fordi forforståelsen får for mye plass og overdøver budskapet fra det empiriske materialet. Forforståelsen er ofte en del av motivasjonen for å sette i gang med et forskningsprosjekt rundt et bestemt tema (Malterud, 2017, s. 45).

Overvekt og fedme er noe vi alle hører om fra tid til annen. Før vi startet helsesykepleierutdanningen hadde vi et inntrykk av at dette var en folkehelseutfordring som vanskelig lot seg løse. Under utdanningen har synet på folkehelse og helsefremming endret seg. Vi begynte gradvis å forstå at denne folkehelseutfordringen delvis kan forebygges med riktig kunnskap, med forbehold om genetiske faktorer. Under praksisperioden vår i skolehelsetjenesten, økte interessen ytterligere, da vi så at arbeid med overvekt og fedme opplevdes vanskelig for helsesykepleierne, selv om dette var noe de jobbet med opptil flere ganger i uken.

Vi var bevisst på forforståelsen under arbeidet med å være så fordomsfri og åpen som mulig, for å være i stand til å undersøke fenomenet på en mest mulig objektiv måte (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 45). For å unngå at vår forforståelse fikk for stor plass i arbeidet, tok vi en oppsummering etter hvert gjennomført intervju. Formålet med oppsummeringen var å trekke ut det viktigste som kom fram i intervjuet. På denne måten fikk vi en større forståelse av det vi undersøkte. Dette hjalp oss i tillegg til å bli bedre kjent med datamaterialet, noe vi opplevde som positivt. Forforståelsen vår kan likevel ha påvirket oss i underbevisstheten, som kan ha påvirket dataanalysen.

#### 4.2 Utvalg og rekruttering

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter til studien. Strategisk utvalg blir brukt når man ønsker deltagere som best mulig kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58). Vi fant det hensiktsmessig å intervjuer helsesykepleiere som jobber med barn i skolealder framfor helsesykepleier på helsestasjon, da det ofte er i skolealder utfordringen med overvekt og fedme er mest aktuell for helsesykepleier. Følgende inklusjonskriterier ble derfor brukt i rekrutteringsprosessen: informantene måtte være utdannet helsesykepleier og ha minimum ett års erfaring fra skolehelsetjenesten.

Vi ønsket en variasjon i både erfaring og hvor i landet informantene jobbet, for å oppnå en større breddeforståelse om temaet. Vi kontaktet ledere på helsestasjoner i åtte ulike kommuner i Norge via epost, og informerte kort om hvorfor vi kontaktet de, og om forskningsprosjektet vårt. Vedlagt la vi informasjon- og samtykkeerklæring (se vedlegg 2) til mulige informanter. Vi ba lederne videresende dette til sine ansatte, og at aktuelle helsesykepleiere kunne ta direkte kontakt med oss per telefon eller via epost, for å ivareta konfidensialiteten. Vi ønsket totalt seks til åtte deltagere til forskningsprosjektet vårt. Rekrutteringsprosessen krevde mye tid, og det var utfordrende å skaffe informanter. Av de åtte forespurte kommunene, ga helsesykepleiere fra tre ulike kommuner positiv respons, og ble inkludert i studien. En helsesykepleier ble ekskludert fordi det kom frem underveis i intervjuet at hun jobbet som konstituert helsesykepleier. Grunnet at rekrutteringsprosessen krevde mye tid og viste seg å være vanskelig, ble snøballmetoden benyttet i tilfeller der vi visste om aktuelle deltagere som innfridde inklusjonskriteriene (Thagaard, 2018, s. 56). Ytterligere en helsesykepleier fra en annen kommune ønsket å delta som informant sent i rekrutteringsprosessen, men hun ble ekskludert, da vi hadde nådd det vi anså som et metningspunkt (Malterud, 2017, s. 65). Informasjonen fra det siste av de seks intervjuene ga lite ny informasjon, og vi anså at vi hadde oppnådd metning. Det betyr at vi ikke forventet å få ny informasjon ved et nytt intervju.

Til sammen ble seks kvinnelige helsesykepleiere fra tre ulike kommuner på Vestlandet inkludert i studien. Alle helsesykepleierne jobbet på barneskole, en av helsesykepleierne jobbet på kombinert barne- og ungdomsskole. Gjennomsnittlig erfaring som helsesykepleier var 4,6 år (tabell 2).

**Tabell 2: Demografiske data**

Helsesykepleier	Skole	Erfaring
H1	Barneskole	2,5 år
H2	Barne- og ungdomsskole	3 år
H3	Barneskole	3,5 år
H4	Barneskole	3 år
H5	Barneskole	12 år
H6	Barneskole	3,5 år

### 4.3 Datainnsamling

Datamaterialet ble samlet inn gjennom semistrukturerte individuelle intervju. På forhånd hadde vi utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 1) som bestod av åtte hovedspørsmål. Vi hadde fokus på å lage spørsmål som var åpne, korte og entydige, samt to-tre underspørsmål til hvert hovedspørsmål.

Semistrukturerte intervju er bygd opp på denne måten med en kombinasjon av strukturerte og åpne spørsmål som kan tilpasses ut fra informantens svar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 165-170). Spørsmålene ble gjennomgått og godkjent av veileder i forkant.

**Tabell 3: Eksempel på hovedspørsmål og underspørsmål fra intervjuguiden**

Hovedspørsmål	Underspørsmål
Kan du fortelle om hvordan du vanligvis går frem når du skal informere omsorgsgivere om at barnet deres er overvektig eller har fedme?	- Hvordan reagerer foreldrene? - Hvordan opplever du dette? - Hva gjør du av forberedelser?
Dersom omsorgsgiver sier seg villig til å få oppfølging med tanke på barnets vekt, hvordan erfarer du veiledningen?	- Hvordan reagerer foreldrene? - Hvordan opplever du dette samarbeidet? - Er det noen foreldre som takker nei?

#### 4.3.1 Digitale intervju via Teams

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt gjennom appen Microsoft Teams<sup>®</sup>, som foregikk over videotelefon. Grunnet geografiske avstander ble intervjuene gjennomført via Microsoft Teams<sup>®</sup>. Før vi startet intervjuene, tok vi en testrunde på teams med for å sjekke om både lyd og kamera fungerte. Alle intervjuene ble gjennomført uten tekniske problemer.

#### 4.3.2 Lydopptaker

Lydopptaker (OM SYSTEM VN-541PC<sup>®</sup>) ble benyttet til alle intervjuene. Denne registrerte ordbruk, tonefall og pauser, som gjorde det lettere for oss som intervjuere å gå tilbake og lytte så mange ganger som vi hadde behov for (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Dette ble kommunisert til informantene før starten av hvert intervju, og informantene samtykket til dette før opptakene startet. På forhånd satte vi oss godt inn i bruksanvisningen til lydopptakeren som vi hadde kjøpt til formålet, og at lydopptakeren

fanget opp lyden til den som intervjuet og informanten. I tillegg dobbeltsjekket vi at datamaterialet ble lagret på opptakeren.

### 4.3.3 Gjennomføring av intervjuene

I forkant av intervjuene forberedte vi oss ved å gjøre oss godt kjent med intervjuguiden (se vedlegg 1). Som intervjuer er man sitt eget forskningsredskap, og det er derfor viktig å ha god kunnskap og interesse for forskningstemaet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 165-166). Vi var fleksible på når intervjuene skulle gjennomføres, og informantene valgte dato og tidspunkt ut ifra hva som passet dem best. Det ble gjennomført seks intervju. Varighetene på intervjuene var mellom 25-45 minutt. Intervjuene ble gjennomført i januar og februar 2024.

I de to første intervjuene var det én av oss som hadde ansvaret for å gjennomføre intervjuet, mens den andre satt passivt ved siden av. Hensikten var å lære av hverandre, da vi ikke hadde erfaring med denne intervjuformen tidligere. Vi informerte deltakeren om at vi var to personer til stede under intervjuet. Den passive forskeren satt utenfor kameravinduet, slik at deltakeren kun forholdt seg til én person under intervjuet. Etter de to første intervjuene valgte vi å fordele de gjenværende intervjuene, da vi følte oss komfortable med å gjennomføre intervjuene individuelt. Vi forsøkte å ha samme type tilnærming i intervjuene.

Under intervjuet opplevde vi at samtalen kunne ta andre retninger enn det vi hadde planlagt i intervjuguiden. Intervjueren har makt til å bestemme temaet for samtalen, og kan styre hvilken retning samtalen skal ta. Denne maktbalansen kan påvirke dynamikken i samtalen, noe vi var bevisst på da vi intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 23). Som intervjuer forsøkte vi å opprettholde en balanse mellom å la samtalen utvikle seg naturlig og samtidig holde oss til de planlagte spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 196). Det var viktig for oss å lytte til det informantene hadde å dele, selv om vi måtte gå utenfor det opprinnelige spørsmålet. Dette bidro til en flyt i intervjuet. Vi opplevde at dette skjedde i alle intervjuene i større eller mindre grad.

#### 4.3.4 Transkribering

“Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). I denne prosessen gjorde vi muntlig tekst om til skriftlig tekst, som vi senere brukte i analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Å transkribere er en tidkrevende prosess, og vi satte av god tid til å utføre transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Vi transkriberte de intervjuene vi selv hadde gjennomført. Da vi var ferdig med denne prosessen, leste vi over de intervjuene vi selv ikke hadde transkribert, for å få en helhetlig oversikt over datamaterialet. Siden vi var to stykker som skulle transkribere, sørget vi for å følge samme skriveprosedyre. Dette var viktig å gjøre for å kunne foreta språklige sammenligninger av intervjuene i etterkant (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Ved å transkribere intervjuene ble vi enda bedre kjent med datamaterialet, og vi begynte allerede i denne fasen å gjøre oss opp tanker om hva som ville peke seg ut som hovedtemaer.

#### 4.4 Analyse

Refleksiv tematisk analyse (TA) inspirert av Braun og Clarke (2022) er benyttet som metode i analysen av datamaterialet. TA er en fleksibel metode med et bredt bruksområde, den egner seg godt for nybegynnere, og kan benyttes i mange ulike typer kvalitative studier (Braun & Clarke, 2022, s. 261). Tematisk analyse er en metode for å utvikle, analysere og tolke mønstre på tvers av et datasett. Metoden er refleksiv, som vil si at kritisk refleksjon over forskerrollen, forskningspraksis og prosess står sentralt gjennom hele prosessen (Braun & Clarke, 2022, s. 4-5). Braun og Clarke (2022, s. 34-35) deler metoden inn i seks ulike faser, og vi kommer videre i kapittelet til å ta for oss hvordan vi har jobbet og hva vi har gjort i hver fase. Vi har gjort hele analysen digitalt, da vi ønsket at analysen skulle være tilgjengelig for oss begge til enhver tid.

##### Fase 1: Bli kjent med datasettet

I den første fasen brukte vi tid på å bli kjent med datasettet slik Braun og Clarke (2022, s. 43) beskriver at det skal gjøres. Dette arbeidet startet umiddelbart etter vi var ferdig med hvert intervju. Vi reflekterte rundt det som kom frem i intervjuene. Vi tok enkle notater som sa noe om det vi tenkte var de overordnede funnene, og som var relevant for problemstillingen, før vi startet den systematiske analysen av datamaterialet. Transkripsjon av intervjuene ble gjort av den samme som intervjuet kort tid etter intervjuet var gjennomført. Vi leste og hørte gjennom hverandre sine intervju hver for oss, før vi

tok en felles gjennomgang av alle intervjuene. På denne måten var vi godt kjent med innholdet før vi startet prosessen med å kode datasettet.

## Fase 2: Koding

I fase to kodet vi datasettet. Ifølge Braun og Clarke (2022, s. 53) er en kode en kortfattet frase som skal ta ut essensen eller meningen i et segment av datasettet, og redusere detaljene. Kodene skal si noe om spesifikke og spesielle betydninger i datasettet. Denne fasen handler om å dekontekstualisere datamaterialet, som vil si å plukke det fra hverandre (Det norske akademis ordbok, u.å.). Vi startet med å legge alle intervjuene inn i en tabell med fire ulike kolonner; helsesykepleier, spørsmål, utdrag fra intervju og kode. Vi kategoriserte et og et spørsmål i tabellen, som vil si at spørsmål nummer to fra alle intervjuene lå under hverandre, deretter lå spørsmål nummer tre fra alle intervjuene under hverandre. Vi gjorde det på denne måten fordi vi senere i analysen lettere kunne sammenligne koder og fellestrekk mellom intervjuene. Vi kodet to intervju sammen, for å sammen finne et sett med koder vi ønsket å bruke til de resterende intervjuene, selv om vi fortsatt var åpen for nye koder. Vi delte opp de resterende intervjuene. Da alle spørsmålene var kodet så vi gjennom hverandres intervjuer og koder, for å supplere og endre på eventuelle koder. Tabell 4 viser et eksempel på hvordan vi kodet datasettet.

**Tabell 4: Eksempel på koding.**

Utdrag fra intervju	Kode
Ja, da bruker jeg å ringe. Tar det alltid på telefon. Og så er det jo et vanskelig tema å ta opp, så jeg prøver å være ydmyk og trå litt forsiktig. Men samtidig så er det jo viktig å gi den tilbakemeldingen. Så jeg prøver å gjøre det på en måte som er ydmyk og ikke støtende. Det tenker jeg er veldig viktig. Det får de beskjed om i forkant... Så de er litt sånn forberedt på at det har vært målt, eller at det har vært en oppfølging. Fordi barnet har lagt over på persentilen. Så da er de på en måte litt forberedt på at jeg ringer. Så da er det jo det å forklare at vi har tatt disse målingene, og så støtter jeg meg på persentilene.	Starter med å ta en telefonsamtale.  Prøver å være ydmyk og trå forsiktig.  Foreldre er forberedt på at det kan komme en telefon.  Støtter seg til persentilene.

### Fase 3: Finne subtema

I den tredje fasen fant vi initiale tema. Braun og Clarke (2022, s. 71) beskriver et tema som noe som skal fange opp et mønster på tvers av datasettet. I denne fasen var vi ute etter en større og bredere mening av datasettet, enn vi var da vi kodet i fase to. Vi startet med å legge til en kolonne til, *subtema* (se tabell 5) i den tabellen vi brukte i fase 2. Deretter begynte vi å gi kodene temaer. Vi prøvde å ha en tanke om «hva betyr egentlig dette?», noe som var til hjelp i denne prosessen. Etter hvert som vi kom inn arbeidet med å gi kodene subtema, så vi at flere av subtemaene kunne være like, selv om kodene var ulike.

**Tabell 5: Eksempel på subtema.**

Utdrag fra intervju	Kode	Subtema
Eh. Nei, i noen tilfeller så ser de at ungen deres er så aktiv at de på en måte ikke ønsker å skape et negativt fokus rundt mat og sånne ting. At de tenker at dette har de på en måte kontroll på, ungen er så aktiv... Så er det jo gjerne litt sånn at de som ikke ønsker oppfølging så kan det godt hende at det ligger andre ting relatert bak til det da, men det har jeg ikke så veldig mye erfaring med, det er stort sett den der med at de er aktive og ja.	Foreldrene ønsker ikke oppfølging fordi barnet er aktivt.	Foreldre som takker nei til veiledning
	Foreldre ønsker ikke oppfølging fordi de vil unngå negativt fokus.	Foreldre som takker nei til veiledning
	Foreldre ønsker ikke oppfølging fordi de har kontroll selv.	Foreldre som takker nei til veiledning.

### Fase 4: Kritisk gjennomgå temaene og finne subtema

I den fjerde fasen gikk vi gjennom, samt vurderte relevansen av subtemaene. Dette er et viktig ledd i videreutvikling av temaene (Braun & Clarke, 2022, s. 97). Denne fasen handler om å kategorisere delene, og se de i sammenheng med hverandre. Vi startet med å manuelt legge koder og subtema inn i en ny tabell, samt en tom kolonne til kommende temaer (se tabell 6). Vi sorterte subtemaer som lignet hverandre, og plasserte de under hverandre, slik at vi fikk en tydelig oversikt på meningsinnholdet i

datasettet. Temaer som gikk igjen, og som vi anså som sentrale for å besvare problemstillingen var: *samarbeid med foreldre, veiledning, tjenesten/ressurser, helsesykepleiers personlige erfaringer.*

**Tabell 6: Eksempel på tema.**

H	Spm	Kode	Subtema	Tema
H1	4	Suksessfaktor er å normalisere, lytte og kartlegge utfordringer, hva de selv tenker gir godt resultat	Tilnærming til foreldre	Samarbeid med foreldre
H5	4	Bruke tid på å skape en god allianse med foreldre	Tilnærming til foreldre	Samarbeid med foreldre
H5	4	Være ydmyk og forståelsesfull for at det er et vanskelig tema	Tilnærming til foreldre	Samarbeid med foreldre
H3	3	Prøver å tydeliggjøre at dette er foreldrene sitt ansvar	Råd til foreldre	Samarbeid med foreldre
H3	6	Min jobb å tilrettelegge for at de kan tilrettelegge for sine barn	Råd til foreldre	Samarbeid med foreldre

### Fase 5: Finne hovedtema

I femte fase fant vi hovedtema, som skal si noe om essensen eller kjernekonseptet av funnene fra analysen. Fasen innebærer at man skal videreutvikle temaene vi allerede har funnet, og finpusse analysen (Braun og Clarke, 2022, s.108). Vi startet denne fasen med å høre og lese gjennom alle intervjuene en gang til, for å få en mer overordnet forståelse av innholdet i datasettet. Dette kalles rekontekstualisering, og betyr at man skal se delene i analysen i sammenheng med hverandre. Dette var nødvendig for oss for å kunne gå videre i analysen, da vi i de tre siste fasene hadde dykket dypt og detaljert inn i datasettet.

Braun og Clarke (2022, s. 111) anbefaler å skrive en definisjon for hvert hovedtema med en beskrivelse av hva temaet handler om, avgrensinger, og til slutt hvordan temaet bidrar til analysen. Vi gjorde dette ved å lage et tankekart for hvert hovedtema. Vi plasserte relevante subtema fra fase tre inn i tankekartet



for å se om det passet inn i det aktuelle temaet, eller om vi måtte stryke det ut. På denne måten ble temaene mer synlige, og det var lettere for oss å gjøre nødvendige endringer for å spisse og avgrense hvert tema. Vi bestemte oss til slutt for tre hovedtema med to undertema til hvert hovedtema.

### Fase 6: Skrive resultatdel

I sjette og siste fase skrev vi resultatet fra analysen som en sammenhengende tekst (se kapittel 5). Braun og Clarke (2022, s. 118) beskriver denne fasen som like viktig som de andre fasene i analysen, da denne delen handler om å finjustere og ferdigstille resultatet for et publikum. Vi tok utgangspunkt i tankekartet fra fase fem, der vi fant hovedtemaene. For å finne tilbake til koder og relevante sitat, gikk vi via subtemaene som vi hadde knyttet til de forskjellige hovedtemaene på tankekartene. I denne fasen var vi helt avhengig av måten vi delte inn intervjuene på i fase to, med nummer på helsesykepleier/deltager og nummer på spørsmål. Dette ble til slutt utviklet til en sammenhengende tekst med sitat som underbygget resultatet.

## 4.5 Forskningsetiske overveielser

Gjennom studien har vi tatt hensyn til etiske standarder, hvor informantene blir møtt med respekt, samt sørget for at deres rettigheter blir ivaretatt etter Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014). Vi sørget for å opparbeide oss god kunnskap på de etiske prinsippene og regelverket som gjelder for medisinsk forskning før vi startet med forskningsprosjektet (Malterud, 2017, s. 211). Forskning reguleres av norske lover og forskrifter, blant annet personopplysningsloven (2018), helseforskningsloven (2008) og forskningsetikkloven (2017). Sentrale etiske prinsipper er blant annet informert samtykke, konfidensialitet og personvern (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 102-106).

### 4.5.1 Informert Samtykke

Kvalitativ forskning stiller strenge krav til informert samtykke (Malterud, 2017, s. 214). Vi utarbeidet et informasjonsskriv og samtykkeerklæring (se vedlegg 2) ut ifra en standardmal på Sikt.no (Sikt, u.å.). Dette skrevet inneholdt informasjon om studien og informasjon om rettighetene til informantene, blant annet at deltagelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten at det fikk noen konsekvenser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). På grunn av at intervjuene ble gjennomført

digitalt, fikk vi muntlig samtykke før intervjuet startet. I etterkant innhentet vi skriftlig samtykke fra deltagerne.

Da vi først sendte ut informasjonsskrivet, var prosjektet under utforming, og vi måtte endre fra fokusgruppe til semistrukturerte individuelle intervju, grunnet utfordringer med rekruttering. Vi sendte da ut et nytt informasjonsskriv til informantene, og fikk ny bekreftelse på at de fortsatt ønsket å være med i studien. Som forskere har vi reflektert over at det ikke alltid er mulig å gi fullstendig informasjon om hva deltakelse i prosjektet vil innebære, da endringer kan oppstå underveis, og vi ikke vet hvilke resultater vi til slutt kommer frem til (Thagaard, 2018, s. 23).

#### 4.5.2 Personvern

Som forskere hadde vi et ansvar for at informantene følte seg trygge på at personvern og anonymitet ble godt ivaretatt (Malterud, 2017, s. 214). Vi tenkte mye gjennom dette, og sørget for at etiske retningslinjer og prosedyrer for personvern ble ivaretatt. Da vi skulle håndtere personopplysninger i studien, måtte vi først gjennom en søknadsprosess for å sikre godkjenning for at vi oppfylte kravene for personvern (Sikt, u.å.). Studien ble meldt elektronisk til Sikt. Vi sendte inn søknaden 30 dager før selve datainnsamlingen skulle starte, i samsvar med kravene til Sikt (Sikt, u.å.). Etter å ha mottatt godkjenning fra Sikt med referansenummer 886913 (se vedlegg 3), kunne vi iverksette rekrutteringsprosessen. Veilederen vår, som fungerte som prosjektleder i forskningsprosjektet, bistod oss i søknadsprosessen. Deltakelse i forskningsprosjektet skal ikke bidra til å skade informanten på noen som helst måte, så vi som forskere var opptatt av tillit mellom partene, samt å ha respekt for informantenes integritet gjennom hele studien (Thagaard, 2018, s. 114).

#### 4.5.3 Konfidensialitet

Konfidensialitet er et annet elementært prinsipp i etisk forsvarlig forskningspraksis. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021) presiserer: «forskeren skal som hovedregel behandle innsamlet informasjon om personlige forhold konfidensielt og fortrolig. Personlige opplysninger skal vanligvis være avidentifisert, mens publisering og formidling av forskningsmaterialet vanligvis skal være anonymisert. I bestemte situasjoner må forskningen likevel balansere taushetsplikt og meldeplikt.» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

Datamaterialet fra intervjuene, både opptak og transkripsjoner, ble lagret i NICE-1. NICE-1 er NTNU sitt fillagringsområde når man trenger å skjerme data (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, u.å.). I forskningsprosessen har vi benyttet koder for å anonymisere deltagerne. Deltagerne ble tildelt koder i tilfeldig rekkefølge, og ikke i rekkefølgen deltagerne faktisk ble intervjuet i. Kodelistene har lagt adskilt fra personopplysningene, for å opprettholde forsvarlig etisk forskningspraksis. I presentasjonen av resultatene har vi bevart kodene vi ga deltagerne, i tillegg til å unngå at sensitive eller detaljerte opplysninger kommer frem, for å ivareta anonymitet og konfidensialitet ovenfor deltagerne i studien (Thagaard, 2018, s. 24). I følge Thagaard (2018, s. 24) kan anonymisering av deltagerne i tillegg bidra til at leseren retter oppmerksomheten mot det som blir presentert i analysen. Deltagernes kontaktinformasjon vil bli slettet så snart forskningsprosjektet avsluttes.

## 5.0 Resultat

Gjennom dataanalysen fant vi frem til tre ulike hovedtema, med påfølgende to undertema hver. Hovedtemaene er som følger: 1) utfordrende arbeid for helsesykepleier, 2) støttefunksjoner som suksessfaktor og barriere, og 3) helsesykepleier i møte med foreldre og omsorgsgiver.

### 5.1 Utfordrende arbeid for helsesykepleier

#### 5.1.1 Den første og vanskelige telefonsamtalen

Helsesykepleierne opplevde ulike reaksjoner hos foreldre, særlig når det var snakk om den første telefonsamtalen der budskapet om overvekt eller fedme skulle formidles. Alle helsesykepleierne syntes denne første telefonsamtalen var vanskelig å ta, og noe de ofte gruet seg til. Grunnen til bekymringen var frykten for hvilken reaksjon de ville få fra foreldrene de kontaktet. Likevel erfarte helsesykepleierne ofte en positiv respons fra foreldrene, og de fleste foreldre viste forståelse for at de ringte.

*Det er ikke den kjekkeste telefon å ta. Det er ikke det. Det er nok ingen som gleder seg til å fortelle noen at barnet deres er over det som er anbefalt. Fordi man kanskje er redd for reaksjonene. (H4)*

En annen bekymring knyttet til den første telefonsamtalen, var at temaet opplevdes sårt og vanskelig, dette var alle helsesykepleierne enig om. Det var særlig utfordrende da de var nyutdannet med lite erfaring og usikkerhet, fordi flere hadde hørt historier om at dette var et tema som var vanskelig å jobbe med. En helsesykepleier sa at hun hadde vært veldig spent på disse telefonsamtalene i starten på yrkeskarrieren sin, da hun hadde hørt at mange syntes disse telefonene var det vanskeligste med jobben. En helsesykepleier nevnte at dersom hun kjente foreldrene på forhånd var det lettere å ta kontakt. En annen helsesykepleier ga uttrykk for en bekymring om å bli misforstått av foreldrene.

*Som sagt så kjenner jeg at jeg vegrer meg litt. Jeg er redd for at de skal reagere med å bli litt sånn aggressive, og synes det er tullede det vi driver med. Og det er skam knyttet til dette her, et vanskelig og sensitivt tema å snakke om. (H1)*

*Jeg opplever at det er et sårt tema og det gjør at en gruer seg. (H6)*

Helsesykepleierne fortalte at de forberedte seg godt på forhånd før de tok telefonsamtalene. De nasjonale faglige retningslinjene ble også brukt aktivt i forberedelse av telefonsamtalene, og de tok en gjennomgang av vekstkurvene og tidligere journaler. Helsesykepleierne syntes det var godt å støtte seg til vekstkurvene og de nasjonale faglige retningslinjene i denne telefonsamtalen. Det var i tillegg godt å kunne fortelle foreldrene at det er helsesykepleieren sin jobb å informere foreldre, dersom barnet deres har avvikende vekst. Flere av helsesykepleierne fortalte at foreldre reagerte fint, når de forstod at dette var en del av helsesykepleierens jobb, og at det dermed føltes tryggere å formidle budskapet. Det ble også nevnt at det var viktig for helsesykepleierne å formidle at telefonsamtalen og informasjon om overvekt og fedme ikke bare var synsing, men en del av de nasjonal faglige retningslinjene. Vekstkurvene på sin side var et nyttig verktøy for å illustrere barnets vekstutvikling til foreldrene.

*Den store tykke veilederen har jeg alltid foran meg... så det er anbefalt at vi skal ta kontakt, det er ikke jeg som bestemmer at jeg skal gjøre det. Foreldrene har fått informasjon om at sånn er det, og at det er anbefalt fra høyere hold, så da prøver jeg å lene meg litt på det da. (H4)*

*... så det er ikke en telefonsamtale jeg gleder meg til, men jeg prøver å forberede meg så godt i forkant som jeg kan. (H4)*

### 5.1.2. Manglende resultat ga lite motivasjon

Flere av helsesykepleierne snakket om at arbeid med overvekt og fedme kunne være svært demotiverende å jobbe med, dersom veiledningen og oppfølgingen som ble gitt ikke viste resultater. Det var de færreste av helsesykepleierne som hadde opplevd å se positive resultater, noe som påvirket deres egen motivasjon inn mot dette arbeidet. Flere helsesykepleiere opplevde heller å se negative resultater i form av at kurven steg og krysset flere persentiler. En helsesykepleier sa at det var utfordrende og demotiverende, når man opplevde at det man gjorde ikke hadde så stor nytte, og stilte spørsmål ved hvor mye tid man skulle legge ned i kostholdsveiledning, når kurven bare fortsatte å stige. Helsesykepleierne savnet kunnskap om hva som hjalp og ga resultater i dette arbeidet.

*... det er vel akkurat det som er litt utfordrende da, at man sitter med en sånn følelse av at det man gjør kanskje ikke gir noe særlig effekt. (H2)*

Flere av helsesykepleierne kunne fortelle at arbeid med overvekt og fedme tidvis kunne bli nedprioritert på grunn av dette med lite resultat. Det ble fortsatt gjort, men kanskje ikke til riktig tidspunkt. Det vil si at helsesykepleierne gjerne kunne utsette kontroll av høyde og vekt for å få timeboken til å gå opp. En helsesykepleier sa blant annet at det var for mye å gjøre i skolehelsetjenesten for tiden, at oppfølging av overvekt og fedme gjerne ble prioritert vekk. En annen helsesykepleier ga uttrykk for at det burde vært lagt av mer tid til dette arbeidet, for virkelig å kunne se effekt av oppfølgingen og tiltakene.

*...i en ellers travel hverdag så må man jo prioritere hva man skal fokusere på. Det gjør kanskje at man ikke prioriterer dette like mye, fordi man ofte føler man får litt motstand. (H6)*

## 5.2 Støttefunksjoner som suksessfaktor og barriere

### 5.2.1 Tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer

Tverrfaglig samarbeid er en del av helsesykepleierens arbeid med overvekt og fedme. Dersom barna overskrider iso-KMI >30 skal helsesykepleieren ifølge nasjonale faglige retningslinjer henvises videre til fastlege (Helsedirektoratet, 2010, s. 36). Helsesykepleierne opplevde utfordringer i samarbeidet med fastlegene, og følte blant annet på mangelfull oppfølging samt tilbakemeldinger. Dette varierte ut ifra hvem som var fastlege og hva som ble fulgt opp. Flere helsesykepleiere følte på frustrasjon da de ikke visste hva som ble gjort hos legen på grunn av manglende tilbakemeldinger. Helsesykepleierne opplevde også at det ikke ble prioritert av fastlegene.

*... jeg føler at det blir ikke prioritert, så det er litt sånn jackpot om du har en bra fastlege som følger det opp også da og gir tilbakemelding for eksempel til helsesykepleieren via e-melding eller ja, det er ikke alle fastleger som gjør, så jeg vet ikke hva fastlegen gjør. (H4)*

På grunn av dårlig tverrfaglig samarbeid følte helsesykepleierne at de stod mye alene i dette arbeidet. De skulle gjerne hatt en tettere dialog med fastlege rundt temaet. Helsesykepleier måtte ofte bruke ekstra tid på å følge opp og etterspørre opplysninger fra fastlege, og dersom dialogen var dårlig, måtte helsesykepleier noen ganger kontakte foreldre for å få informasjon om hva som var blitt gjort. Dette syntes helsesykepleierne var tidkrevende. Hvis det var avtalt oppfølging med helsesykepleier, og foreldrene gikk til fastlegen med barnet i mellomtiden, så kunne fastlegen komme med helt andre

anbefalinger uten å informere helsesykepleieren. Dette kunne gjøre det vanskelig for helsesykepleier å følge den opprinnelige planen.

*Så får jeg ingen beskjed om det er avvik på noen prøver eller sånne ting, så jeg må etterspør veldig mye selv. Jeg må ringe foreldra for å høre om de har bestilt legetime, og det er på en måte jeg som må følge opp om det har skjedd. (H4)*

Det samme gjaldt når barna ble henvist til spesialisthelsetjenesten. De opplevde stadig at barn fikk avslag på henvisningene, til tross for at retningslinjene indikerte at barnet skulle henvises og få hjelp av spesialisthelsetjenesten. Dette opplevdes frustrerende. Helsesykepleierne følte det var lite hjelp å få i spesialisthelsetjenesten, da de ofte henviste tilbake til skolehelsetjenesten, og argumenterte med at “dette her er egentlig skolehelsetjenesten som skal følge opp, og bruk kostverktøyet”. En helsesykepleier nevnte at det kunne være interessant og nyttig dersom de fikk vite hvordan sykehuset så på helsesykepleierens rolle i dette arbeidet. Helsesykepleier skulle ønske at spesialisthelsetjenesten delte av sin kunnskap om intervensjoner, og hvordan man på en bedre måte kunne forebygge overvekt og fedme. Det var også lite tilbakemeldinger å få fra spesialisthelsetjenesten, som gjorde at helsesykepleieren også her måtte ta kontakt med foreldrene for å få informasjon om hvor familien var i prosessen.

*....det er mye avslag fra spesialisthelsetjenesten selv om det er innafor der. (H6).*

*... og det er lite samarbeid med sykehuset opplever jeg. (H1)*

*Så det også er veldig frustrerende, også når vi tar kontakt med fastlege så får vi nesten en avvisning der, og barnet skal egentlig henvises videre til spesialist dersom det er fedme, men jeg opplever at det er lite hjelp å få der også. (H6)*

Ifølge helsesykepleierne vi snakket med, var det ulikt hvilke hjelpetjenester kommunene tilbød, når det kom til arbeid med overvekt og fedme. Dette kunne eksempelvis gjelde tilgang til ernæringsfysiolog eller «overvekts-team» i kommunene. Det var også varierende hvilke kommuner som hadde egen lege som jobbet på skolene. Helsesykepleierne ga uttrykk for at de trodde samarbeidet med legene knyttet til dette arbeidet ville blitt bedre, dersom de hadde tettere kontakt med skolelegen, eller at skolelegen

kunne tatt seg av noen av disse oppgavene. Helseesykepleierne påpekte at overvekt og fedme er et komplekst problem, hvor samarbeid med andre instanser er en viktig faktor for å lykkes.

*Jeg vet at andre kommuner har tilgang til skolelege, så kanskje det hadde vært bedre å få til et samarbeid, for det er et kjempekomplekst problem. (H6)*

### 5.2.2 Kostverktøyet som støtte i veiledning av foreldre

Kostverktøyet var mye brukt blant helseesykepleierne vi intervjuet. De fleste helseesykepleierne hadde positive erfaringer med å benytte kostverktøyet under veiledningen, og følte det var et godt verktøy å støtte seg til. Dette var blant annet fordi verktøyet var oversiktlig og inneholdt en del sammenligningsbilder, samt en oppskrift om hvilke tema man skulle ta opp i de ulike veiledningstimene. Helseesykepleierne syntes kostverktøyet var nyttig å ha, da det fungerte som en mal for veiledningen. I tillegg inneholdt det anbefalinger på hvordan helseesykepleierne kunne kommunisere med foreldrene. Foreldrene fikk ofte en «aha-opplevelse», når de fikk se illustrasjonsbildene i kostverktøyet.

*Jeg føler at et sånt verktøy som kostverktøyet er en veldig god suksessfaktor for å på en måte forstå dette med kosthold. (H4)*

*Det er veldig sånn kvalitetssikring tenker jeg. Også er det noe familien kan stole på, jeg har inntrykk av at de føler det er profesjonelt og ser bra ut. (H5)*

Til tross for at helseesykepleierne fant god støtte i kostverktøyet, var det likevel noen delte meninger blant helseesykepleierne. Noen savnet en forklaring bak tiltakene, og hvordan de mer spesifikt kunne gå frem for å bruke kostverktøyet. Mens andre helseesykepleiere syntes kostverktøyet var oversiktlig og hadde en tydelig fremgangsmåte. Kostverktøyet kunne bli vanskelig å følge, dersom foreldrene hadde fokus på noe helt annet, da helseesykepleierne var opptatt av å jobbe med det foreldrene var opptatt av. Det fungerte derfor ikke alltid å bruke kostverktøyet i praksis. En annen helseesykepleier mente at verktøyet var rettet mot ressurssterke personer som ikke hadde så mange andre utfordringer. En annen barriere var språk, da det per i dag bare finnes på norsk. Helseesykepleierne savnet flere tilgjengelige språkalternativer for kostverktøyet. Til tross for dette var de alt i alt fornøyd med kostverktøyet.



*Kostverktøyet er fint, men det kunne vært litt mer forklaring bak det, eller litt mer spesifikt hvordan vi kan gå fram med den, men et veldig fint utgangspunkt. (H6)*

*... det kan være utfordrende i de veiledningene der foreldrene kan lite, at språk blir en barriere. (H1)*

## 5.3 Helsesykepleiere i møte med foreldre og omsorgsgivere

### 5.3.1 Å møte foreldrene «der de er»

Helsesykepleierne hadde en opplevelse av at temaet var sensitivt for både de som yrkesutøvere, men også foreldrene. En helsesykepleier sa at hun var redd for å gjøre feil eller overkjøre foreldrene i møte med dem, noe som gjenspeilte seg i måten hun tilnærmet seg foreldrene på. De fleste snakket om at en åpen og ydmyk tilnærming, samt å normalisere og ufarliggjøre temaet, ble ansett som viktig for å unngå at foreldre tok det tungt eller følte seg støtt. En annen helsesykepleier sa at så lenge man gikk forsiktig fram og var ydmyk, så gikk det stort sett fint, og de fleste foreldre tok det fint.

*Og så er jeg opptatt av å normalisere, for det skal egentlig lite til for at et barn havner i kategorien overvekt. Og at barn som både ser og er friske, kan havne i den kategorien. Så det bruker jeg alltid å fortelle for å avdramatisere litt. (H1)*

Helsesykepleierne opplevde at de foreldrene som takket ja til veiledning var positive og motivert for å gjøre en endring, og var åpen for å bli veiledet. I tillegg til å være motivert, var samarbeidet rapportert som bra mellom helsesykepleierne og foreldrene. Alle helsesykepleierne ga uttrykk for at et godt samarbeid med foreldre var viktig i arbeid med overvekt og fedme. En helsesykepleier sa at mye av arbeidet med overvekt og fedme på barneskole handlet om å få foreldrene med på laget, da det var foreldrene sitt ansvar å legge til rette for endringen som må til.

*...jeg tenker at det aller viktigste er å få en god allianse, for uten det kommer man seg ikke så veldig langt ofte. Det er hvert fall en suksessfaktor i forhold til å kunne klare å både veilede, og at de kan stole på det du veileder om... (H5)*

Flere av helsesykepleierne snakket om at det var viktig for dem å møte foreldrene der de var, for å oppnå et godt samarbeid og resultat av veiledningen de ga. En helsesykepleier sa at hun pleide å undre seg

sammen med foreldrene, en annen sa at det var viktig å prøve å legge en plan med foreldrene. Flere helsesykepleiere ga uttrykk for at det var viktig for dem å jobbe med det foreldrene var opptatt av. Man burde vite hvor selve problemet var, for å kunne gi en hensiktsmessig veiledning. Helsesykepleierne syntes det var utfordrende og skulle veilede, dersom foreldrene ikke så problemet selv. Ifølge helsesykepleierne i studien vår, var det mange foreldre som rapporterte om gode og sunne matvaner, særlig i tilfeller der barnet var synlig overvektig. Dette var noe som gjorde det utfordrende for helsesykepleier å gjennomføre veiledningen. Det ble nevnt av flere helsesykepleiere at utfordringer med overvekt og fedme ofte er sammensatt av flere faktorer enn kun kosthold og fysisk aktivitet.

*Veldig ofte så opplever jeg at det som blir oppgitt, det er helt innafor, det er ingenting å sette fingeren på, det er liksom ingen endringer å gjøre. Det synes jeg er veldig utfordrende. (H5)*

Helsesykepleier opplevde at de fleste foreldrene som takket ja til veiledning var motiverte. Likevel erfarte de ofte at gjennomføringsevnen til foreldrene kunne være varierende, og at rådene ikke alltid ble fulgt opp. En annen utfordring som ble nevnt av flere, var at foreldrene kunne ha ønske om at helsesykepleier skulle snakke med barnet deres om kosthold og aktivitet, noe flere av helsesykepleierne var skeptisk til. Det kunne også oppleves som utfordrende dersom foreldrene kunne mer om kosthold enn helsesykepleier.

*Jeg synes det er utfordrende, spesielt dette med når foreldrene vil at jeg skal snakke med barna deres. Det synes jeg er utfordrende, å få de til å snu det tankesettet. (H3)*

*Og i andre tilfeller opplever jeg at foreldrene kan mer enn meg, ikke sant, om ultraprosessert mat. Og at man da kjenner på at man kunne ønske man kunne mer. Så det er litt forskjellig type utfordringer. (H1)*

### 5.3.2 Foreldre som takket nei til veiledning

Det kom frem i funnene at helsesykepleierne opplevde en betydelig andel foreldre som valgte å takke nei til videre veiledning. Årsakene til at foreldrene valgte å takke nei var ulike. En av helsesykepleierne fortalte at foreldrene blant annet var bekymret for at veiledningen skulle skape et negativt kroppsfokus, og i verste fall, bidra til å utvikle spiseforstyrrelser. Noen av de andre helsesykepleierne kunne fortelle at foreldrene ofte var bekymret for at ytterligere veiledning kunne føre til en uønsket negativ

oppmerksomhet rundt mat, og ønsket derfor å beholde kontrollen selv. Noen av foreldrene mente at vekten til barna deres var påvirket av genetikk. Noen foreldre sa at barna deres var så aktive og foreldrene tenkte dette kom til å gå seg til etter hvert, og at de derfor ikke hadde behov for noe veiledning per nå. Helseyskepleierne tenkte det handlet mye om at foreldre ikke syntes barn skal veies, fordi det fort kunne skape et negative fokus.

*... det er i ganske mange tilfeller hvor de ikke ønsker videre veiledning. (H2)*

*Så er det mange som legger det på at det er genetisk, og det kan jo selvfølgelig være, eller at de har tung benbygning eller har tung muskelmasse. Men så vet vi jo det at det egentlig ikke utgjør så mye. (H5)*

Helseyskepleierne hevdet at det ikke alltid var samsvar mellom det foreldrene og helseyskepleierne observerte, og dette var ikke alltid like lett. En helseyskepleier hadde en sak hvor et barn var i kategorien overvekt, og tok da kontakt med foreldrene. Foreldrene svarte med at dette var de ikke bekymret for, og skjønnte ikke hvorfor helseyskepleieren ringte. En annen helseyskepleier sa at overvekt hos barn kan se annerledes ut enn overvekt hos voksne og opplevde motstand hos foreldrene. Helseyskepleierne opplevde at foreldrene kunne synes at oppfølgingen kunne være et helt unødvendig tiltak. Andre foreldre satt pris på å bli ringt opp, og så på det som en påminnelse som kunne hjelpe dem til å ta mer bevisste valg i hverdagen.

*Der barna har overvekt er det ikke alle som nødvendigvis tenker at det er så.. De ser på en måte ikke helt det samme som oss der. (H3)*

*Jeg tror de tenker at de sitter på svarene selv. Mange sier at det er fint å få den telefonen, for å bli litt mer bevisst. De kan fortelle at ting har sklidd ut litt, men at de nå skal stramme opp og bli litt flinkere. (H1)*

Til tross for at de fleste foreldre valgte å takke nei til veiledningen, var det flere helseyskepleiere som opplevde at foreldrene ønsket å bli kontaktet igjen på et senere tidspunkt, for ny måling av høyde og vekt av barnet. En helseyskepleier brukte å foreslå at hun kunne ta kontakt igjen om et halvt år, noe foreldrene var positive til.

*Også er det noen som møter meg med at «nei men vi tenker at våres unge er så aktiv og vi har fokus på det hjemme og tenker at det ikke er noe vi trenger oppfølging med nå, men kanskje om noen år. (H2)*

## 6.0 Diskusjon

Studien vår har utforsket hvilke erfaringer helsesykepleiere har i arbeidet med overvekt og fedme blant barn som går på barneskole. Helsesykepleiers motivasjon, godt samarbeid med foreldre, og tverrfaglig samarbeid som ikke fungerte, er de mest sentrale funnene i studien vår. Dette vil vi diskutere nærmere. Vi har delt inn i tre ulike kategorier: manglende motivasjon, veiledning og samarbeid med foreldre, og til slutt tverrfaglig samarbeid. I diskusjonen vil vi drøfte funnene opp mot relevant teori og forskning.

### 6.1 Manglende motivasjon

Funnene i studien avdekket at få helsesykepleiere opplevde å se positive resultater eller fremgang av kostholdsveiledningen de ga foreldrene. Dette resulterte i at helsesykepleierne kunne miste motivasjonen til å jobbe med overvekt og fedme, og anses derfor som en barriere. Ifølge psykologen Alfred Bandura står personers forventinger sentralt når det gjelder motivasjon (Bandura, 1977). Han brukte begrepet «self-efficacy» om mestringsforventninger og mestringstillit, og mente at forventningene våre er viktig for hva vi foretar oss. Bandura mente at vi investerer mer i våre anstrengelser for å nå et mål, dersom vi har troen på at vi kan oppnå det (Tveiten, 2020, s. 24). Sjunnestrand et al. (2019) fant at helsesykepleierne opplevde at selv om de henviste barn videre i systemet for behandling av overvekt og fedme, ble henvendelsene flere ganger avslått, noe vi også fant i vår studie. Dette skjedde, fordi spesialisthelsetjenesten ikke delte samme syn som helsesykepleierne, og mente at barnet ikke hadde behov for denne type oppfølging. Dette gjorde helsesykepleierne usikre på sitt eget arbeid, noe som bidro til at de mistet motivasjonen. En systematisk oversikt utarbeidet av Elvsaa et al. (2016) om effekten av blant annet livsstilstiltak hos barn og unge med overvekt eller fedme, viser derimot at livsstilsendring i form av kostholdsveiledning, økt fysisk aktivitet og adferdsendringer med stor sannsynlighet kan gi en større reduksjon av KMI, enn få eller ingen tiltak.

Antonovsky (2012, s. 144) sin teori om opplevelse av sammenheng (OAS) kan ses i sammenheng med Banduras teori om mestringstro. Antonovsky mente at personer med sterk OAS har tillit til at ting ordner seg. Det vil si at noen med sterk OAS i større grad velger å gå inn i en situasjon, uavhengig av hva den innebærer, fordi stressfaktoren defineres som irrelevant eller godartet. Antonovsky mente det ikke er behov for en bestemt mestringsatferd, slik Banduras gjorde. Så lenge man «er overbevist om at man er i stand til å vise den atferden som kreves for å skape ønsket resultat» (Antonovsky, 2012, s. 144). Felles for flere systematiske oversiktsartikler, var at forebygging antageligvis er mer bærekraftig og effektivt

dersom det benyttes ulike strategier med fokus på ernæring, fysisk aktivitet, klasseromsaktivitet og lek. Samt involvering av foreldre, skole og kommunale aktører (Wang et al., 2015; Larson et al., 2013; Nixon et al., 2012). Helseysykepleierne i denne studien hadde liten eller ingen erfaring med å se resultat av tiltakene eller kostholdsveiledningen de ga foreldrene. Når man snakker om overvekt og fedme hos barn, sier man gjerne at man ønsker at barnet vokser seg ut av fedmen. Det vil si at vekten ikke skal reduseres, men forbli den samme, i takt med at barnet vokser i høyden. På denne måten vil man kunne se en reduksjon i KMI (Markestad, 2023, s. 33). Det er dessuten funnet bedre resultater av tiltak hos barn enn hos ungdom (Danielson et al., 2012).

I studien vår kom det frem at arbeid med overvekt og fedme kunne bli nedprioritert av helseysykepleierne, fordi dette arbeidet ga lite resultat. Til tross for at de ga uttrykk for at de kunne nedprioritere dette arbeidet, ble det likevel alltid gjort til slutt, om enn noe forsinket. Sett i sammenheng med Banduras (1977) teori om mestring og «self-efficacy», kan dette indikere at helseysykepleierne hadde liten tro på at de ville oppnå positiv effekt av tiltakene, som igjen medførte mindre anstrengelse i utførelsen av dem. Selv om helseysykepleiere har forskrifter og retningslinjer å forholde seg til, har hun eller han mulighet til å styre sin egen hverdag i stor grad i skolehelsetjenesten. I de nasjonale faglige retningslinjene står det blant annet at «utover faste måletidspunkt bør barn og ungdom få oppfølging på indikasjon eller på forespørsel fra foreldre og barn/ungdom selv» (Helsedirektoratet, 2017, pkt. 5.2). Dette vil si at helseysykepleier er anbefalt å gjøre det. I praksis betyr det at helseysykepleier kan utsette en ekstra høyde- og vektmåling, uten at dette vil få noen konsekvens for helseysykepleieren som yrkesutøver.

Forebyggende arbeid generelt har som mål å redusere risikoen for sykdom, og man vil ikke nødvendigvis kunne se resultater av intervensjoner med en gang, slik man gjerne gjør ved medikamentell behandling av sykdom. Når man arbeider med overvekt og fedme, så jobber man på et sekundærforebyggende nivå (Dahl, 2022, s. 138), noe som gjerne vil gjøre det vanskelig å si noe om resultatet av intervensjonene. Mæland (2016, s. 128) fremhever at resultater av helseopplysning, som kostholdsveiledning i denne studien, avhenger av kvalitet og kvantitet. Individrettet helseopplysning med toveis kommunikasjon vil kunne være mer effektiv. Varighet og intensitet kan også spille en rolle. I følge de nasjonale faglige retningslinjene skal «veiledning gis individuelt og tilpasset elevenes og familiens helsekompetanse» (Helsedirektoratet, 2017). I vår studie kom det fram at helseysykepleierne i stor grad benytter kostverktøyet i veiledning av foreldre, og at helseysykepleierne prøvde å tilstrebe å møte familiene der de

var. Dette er veiledning på individuelt nivå, der man vil få den individrettede helseopplysningen som Mæland (2016) snakker om.

Helsesykepleierne i vår studie opplevde at utfordringen med overvekt og fedme ofte var komplekst og sammensatt av flere faktorer, noe som kunne gjøre det enda mer utfordrende å veilede familiene. En helsesykepleier mente at kostverktøyet er rettet mot ressurssterke foreldre, og opplevde at det ikke var tilstrekkelig for sammensatte problemstillinger. Heggem et al. (2023) belyste nettopp dette i sin studie. I studien kom det fram at helsesykepleiere erfarte at det var vanskelig å følge retningslinjene, da de mente problemet med overvekt og fedme var komplekst, og gjaldt blant annet sosioøkonomiske faktorer. Helseopplysning har dessuten vist seg å være mindre effektivt hos grupper med lite utdanning og lav sosioøkonomisk status, sammenlignet med grupper som har høyere utdanning. Personer med høyere utdanning er gjerne mer vant til å forholde seg til informasjon av slik art (Mæland, 2016, s. 128). Sosioøkonomisk status har betydning for risiko for dårligere helse. Flere studier har funnet at barn av foreldre med lav sosioøkonomisk status, har større risiko for å utvikle overvekt og fedme (El Sayed et al., 2012; Israel & Ivanova, 2002; Knai et al., 2012). Derfor kan man gjerne ikke se effekt av tiltak som kostholdsveiledning, ettersom det finnes flere andre årsaker til overvekt og fedme hos barn.

## 6.2 Veiledning og samarbeid med foreldre

Det kom frem i studien vår at godt samarbeid med foreldre er en viktig suksessfaktor for og lykkes med veiledningen. Barnets utvikling, atferd og livsstil vil bli påvirket av hvilke miljømessige forhold de vokser opp i (Davison & Birch, 2001). Helsesykepleierne var opptatt av å etablere et godt samarbeid med foreldrene og rapporterte positive opplevelser knyttet til dette. De så på foreldrene som en ressurs i arbeidet med overvekt og fedme. Her spiller også foreldrenes sosioøkonomiske status inn, da det er vist gjennom forskning at et sunnere kosthold koster mer, som igjen er med på å påvirke folkehelseutfordringen med overvekt og fedme i negativ retning (Uldahl & Bere, 2023). Forskning viser også at fedme ligger i familien, og barn som har foreldre som er overvektige har større risiko for å utvikle fedme, og dette krever at helsesykepleierne må ha ekstra fokus på disse barna for å forebygge i en tidlig fase (Whitaker et al., 2010; Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Helsesykepleiere jobber forebyggende og helsefremmende gjennom å veilede og gi råd til barn og foreldre for å fremme god helse og redusere risiko for sykdom og skade (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, § 1-6; Mæland, 2016, s. 15).

Helsedirektoratet (2010, s. 3) fremhever at individuell oppfølging for hele familien har vist best resultat for barn som er i risikogruppen. Det vil si at for barn i risikogruppe som går på barneskole er det mest hensiktsmessig for helsesykepleierne å henvende seg til foreldrene og skape et samarbeid der, da barn som går på barneskole har redusert selvbestemmelse (Hofmann, 2016, s. 11). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven §4-4 (1999) har foreldrene rett til å samtykke på vegne av barn som er under 16 år. Davison og Birch (2001) utførte en studie hvor de lagde en sosioøkologisk modell, som blant annet gikk ut på hvordan egenskaper hos foreldre og familie, risikofaktorer hos barnet, samt miljøet rundt barnet, var med på å påvirke utviklingen av fedme. Dette illustrerer viktigheten av å skape en allianse med foreldrene. Mest fordi foreldre er den viktigste ressursen i barnets liv, og har makt til å påvirke barnets kosthold og mengden fysisk aktivitet. Foreldrene har forutsetningene for å sette grenser for barna, og ta de nødvendige grepene som må til i hjemmet (Helsedirektoratet, 2010, s. 33; Øen, 2022, s. 14).

Funnene i denne studien belyser flere faktorer som må være til stede for å få til et godt samarbeid med foreldrene. En av faktorene var å møte foreldrene «der de er», og finne ut hvilke behov og ressurser de har gjennom en kartleggingsamtale. Salutogenese (Antonovsky, 2012, s. 171), handler om opplevelsen av å se sammenheng og fremme menneskets evne til tilpasning, for å øke kompetanse, helse og velvære. En salutogen tilnærming fokuserer på helsefremming der målet er å få fokuset over på det friske (Antonovsky, 2012, s. 16). Overvekt og fedme kan være et sårbart tema, og det kan være en god måte å møte foreldrene med en salutogen tilnærming og hjelpe foreldrene til selv å ta styring over situasjonen ut fra sine forutsetninger (Øen, 2022, s. 77). Empowerment kan også brukes som en tilnærming i samarbeidet mellom helsesykepleierne og foreldrene. Empowerment i dette tilfellet vil si at foreldrene er delaktige og får en følelse av kontroll og mestring, samt følelse av å være ansvarlig for eget liv (Tveiten, 2020, s. 33). Empowerment fokuserer på å finne løsninger istedenfor problemer. Det er flere måter å fremme empowerment på. Veiledning er en av metodene man kan bruke, og går i dette tilfellet ut på at helsesykepleieren overfører sin kompetanse til foreldrene slik at de selv kan ta kontroll over barnets helse. Helsesykepleiere bruker ofte veiledning i sitt arbeid med overvekt og fedme ved å kartlegge aktivitetsnivå og kostholdsvaner hjemme, samt støtte og styrke kunnskapen til foreldrene gjennom en salutogen tilnærming og empowerment (Helsedirektoratet, 2010, s. 33).

Helsesykepleierne i studien erfarte at det var nyttig å støtte seg til ulike verktøy under kostholdsveiledning. Når man veileder, er målet å styrke mestringskompetansen gjennom å hjelpe den



andre til selv å finne svar gjennom refleksjon (Tveiten, 2020, s. 101-102). På denne måten var det lettere å veilede, når de kunne vise til noe konkret til foreldrene. Dette funnet er i samsvar med Regber et al. (2013) og Skantze et al. (2023) som peker på at det er godt å ha et objektive verktøy å vise til for å få en naturlig inngang til tematikken. Helsesykepleierne i studien vektla kostverktøyet, vekstkurvene og de nasjonale faglige retningslinjene som viktige. Kostverktøyet ble nevnt av samtlige helsesykepleiere, og det viste seg å være et godt utarbeidet verktøy som er populært blant helsesykepleierne. Kostverktøyet er et nettbasert hjelpemiddel som er utarbeidet for familier og helsepersonell som jobber med overvekt (Kostverktøyet, 2024). Hjelpemiddelet er fint å introdusere til familier, slik at de selv kan ta kontroll over kostholdsendringer hjemme (Kongsvik, 2017). utfordringene helsesykepleierne møtte på, var blant annet at kostverktøyet bare finnes på norsk. Dette gjorde det utfordrende å veilede familier som ikke snakker så godt norsk. Da var det bedre å ta i bruk vekstkurvene, som viste grafisk hvor barnet lå vektmessig i forhold til normalen. Andre utfordringer helsesykepleierne støttest på i kostholdsveiledningen, var at foreldrene ikke delte samme synspunkt som helsesykepleierne. Mange foreldre ga uttrykk for at de hadde sunne matvaner, til tross for at barnet var synlig overvektig. Dette gjorde det utfordrende for helsesykepleieren å veilede.

Til tross for godt samarbeid med foreldrene var gjennomføringsevnen varierende. Det viste seg også at mange foreldre var nokså kunnskapsrike når det gjaldt mat. Dette med å «undre seg sammen med foreldrene», var det en helsesykepleier som nevnte var viktig for å kunne kartlegge hvor foreldrene selv var i prosessen og hvilke forventninger de hadde til veiledning. Og deretter tilpasse veiledningen til resultatet av kartleggingen. En helsesykepleier i studien vår nevnte at det var viktig å ikke ha holdning som fremtonet at «vi vet best». «Å være den som innehar kunnskap den andre trenger, innebærer makt» (Tveiten, 2020, s. 100). Det er viktig å være bevisst på sin rolle som helsesykepleier når man veileder og maktbalansen det innebærer. Fremme tillit, respekt og likeverdighet er essensielt (Tveiten, 2010, s. 100-101). På denne måten kan foreldrene føle seg sett og hørt. Overvekt og fedme kan være et vanskelig samtaleemne og kan være forbundet med skyldfølelse og skam (Akselbo & Ingebrigtsen, 2015). Spesielt vanskelig kan det være når foreldrene selv er overvektige (Chisholm et al., 2022; Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017). Funn fra vår studie støttes av tidligere forskning som påpeker at en sensitiv tilnærming er en fin måte å møte foreldrene på. Å være åpen, ydmyk og vise respekt og anerkjennelse i samtalen med foreldrene, for at foreldrene skal kunne legge "skam og skyldfølelse" til side, kan bidra til at de åpner seg for veiledning og samarbeid (Thorstensson et al., 2018; Støles et al., 2019; Hanssen-Bauer & Knutsen, 2017).

I studien vår kom det frem at første steg i arbeidet med overvekt og fedme, var når helsesykepleier tok kontakt med foreldrene for å formidle resultatet etter vekstmålinger i 3.trinn. Alle helsesykepleierne var opptatt av å forberede seg så godt som mulig, før de tok den første telefonsamtalen. Dette var en samtale de fleste helsesykepleierne gruet seg til, da det kunne oppstå ulike reaksjoner blant foreldrene som kunne være avgjørende for samarbeidet videre. I vår studie foretrakk alle helsesykepleierne å ta direkte kontakt med foreldrene via telefonsamtale, da det kunne oppleves som lite personlig å sende brev. Funnene støttes av Støles et al. (2019), som påpekte at helsesykepleiere hadde best erfaring med å ringe direkte til foreldrene. Chisholm (2022) pekte på sin side på at det var ulike måter å formidle resultatet på, hvor noen helsesykepleiere foretrakk å informere foreldrene via brev der de la ved en kopi av vekstkurvene. Ames et al. (2020) viste til at foreldrene hadde ulike preferanser, når det gjaldt hvilke ord helsepersonellet skulle bruke for å formidle overvekt. Noen foreldre foretrakk at helsepersonell brukte "vekst" og ikke vekt og størrelse, mens noen foreldre ønsket at de skulle bruke begrepene overvekt og fedme, da helsefaglige begrep var bedre for å kunne forstå situasjonen. I studien vår påpekte en helsesykepleier at det var viktig å normalisere situasjonen overfor foreldrene, og påpekte også at det egentlig skulle lite til for at barnet blir definert som overvektige.

Det er varierende om foreldrene takker ja eller nei til veiledning. Det kom frem i studien vår at en god andel foreldre valgte å takke nei til veiledning, av ulike årsaker. Negativt kroppsfokus, uønsket oppmerksomhet rundt mat og utvikling av spiseforstyrrelser var grunner som ble nevnt. Foreldrene skal være gode støttespillere for barna, og det er viktig å ha de med på laget (Øen, 2022, s. 42). Noen av foreldrene i studien vår så på telefonsamtalen som en god påminnelse, mens andre skjønte ikke hvorfor helsesykepleieren ringte. Det var heller ikke alle foreldre som var enig i at barnet sitt var overvektig, og at det kom til å gå seg til etter hvert som de vokser. Helsesykepleierne i vår studie syntes det var utfordrende når foreldrene ikke observerte det samme som helsesykepleierne når det gjaldt barnets overvekt. Dette gjenspeiler seg også i tidligere studier som har blitt gjort, som viser at foreldre har begrenset evne til å oppdage overvekt hos egne barn (Eckstein et al., 2006; Jones et al., 2011). I artikkelen til Ames et al. (2020) ble det belyst at foreldre som reagerte med negative følelser, hadde mindre sannsynlighet for å akseptere at barnet var overvektig. Noen foreldre kunne ta det personlig, og følte det var kritikk av foreldrerollen (Skantze et al., 2023). Dette kan igjen være en av årsakene til foreldrene takker nei.

### 6.3 Tverrfaglig samarbeid

I denne studien erfarte helsesykepleierne at tverrfaglig samarbeid var avgjørende for å lykkes i arbeidet med overvekt og fedme blant barn på barneskole. Spesielt innen skolehelsetjenesten spiller samarbeidet med andre fagpersoner, som fastleger og spesialisthelsetjenesten, en avgjørende rolle i dette arbeidet (Helsedirektoratet 2010, s. 31). En av barrierene som ble identifisert i studien vår var at helsesykepleierne mente det var manglende kommunikasjon mellom instansene, og da særlig med fastlegene. Helsesykepleierne påpekte at behovet for en bedre og åpen dialog med disse instansene ville vært nyttig for å oppnå resultater i arbeidet med overvekt og fedme. WHO (2010, s. 13) definerer tverrfaglig samarbeid slik: «Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings». Selv om helsesykepleiere ofte arbeider selvstendig, understreker studien vår og andre studier betydningen av å kunne jobbe tverrfaglig for å kunne møte utfordringene knyttet til overvekt og fedme blant barn på barneskole (Andersen et al., 2022).

Øen (2022, s. 56) påpeker at det gjenstår forbedring, når det gjelder å få til effektivt samarbeid mellom de ulike instansene som arbeider med overvekt og fedme. Hovedproblemet helsesykepleierne nevnte i vår studie var mangelfull oppfølging, samt lite tilbakemelding fra fastlegene. For å kunne hjelpe barnet best mulig, er det nødvendig at flere instanser og fagpersoner jobber sammen, men det krever også god kommunikasjon mellom fagpersonene (Tveiten, 2020, s 76). Tveiten (2020, s. 79) skriver at «kommunikasjon er grunnlaget for samhandling». For å få til et godt tverrfaglig samarbeid er det viktig at de interaksjonelle forutsetningene er på plass i relasjonen mellom helsesykepleier og instansene. Det går ut på evne til å ville samarbeide med hverandre, vise gjensidig tillit, respekt og god kommunikasjon (Dahl & Almås, 2020, s. 198). I vår studie kom det frem at dårlig kommunikasjon mellom helsesykepleier og fastleger førte til at helsesykepleierne følte seg alene i arbeid med overvekt og fedme. Uten god kommunikasjon vil det i praksis ikke fungere å jobbe tverrfaglig (Tveiten, 2020, s. 80). De opplevde at kompetansen de satt på alene var utilstrekkelig for å oppnå ønskede resultater. Helsesykepleierne etterlyste derfor en tettere dialog med fastlegen. Ifølge Helsedirektoratet (2010, s. 51) har helsesykepleierne hovedansvaret for å initiere til et tverrfaglig samarbeid, når flere instanser skal involveres i arbeidet med overvekt og fedme. Når barn har fedme (iso-KMI > 30), var helsesykepleierne pålagt ut fra de nasjonale faglige retningslinjene å henvise videre til fastlege for å undersøke om det kunne være andre faktorer som var medvirkende til fedmen (Helsedirektoratet, 2010, s. 51).

Helsesykepleierne ble frustrert, da de erfarte at samarbeidet ofte var over før det i det hele tatt kom i gang. Dette funnet støttes også opp av tidligere forskning som indikerte at flere helsesykepleiere erfarte det som vanskelig å ta kontakt med fastlegen, da de ikke delte samme synspunkt på problematikken (Sjunnestrand et al., 2019; Heggem et al., 2023). Tilbakemeldingene fra fastlegene var heller ikke alltid like positive, da noen leger mente at barnet ikke hadde behov for denne type oppfølging, slik som helsesykepleieren foreslo (Sjunnestrand et al., 2019; Heggem et al., 2023). Dette skapte ytterlige usikkerhet blant helsesykepleierne angående deres rolle i arbeidet med overvekt og fedme.

Flere av helsesykepleierne i vår studie nevnte at det var demotiverende å ikke bli sett av legene for jobben de gjorde. Synkende motivasjon blant helsesykepleierne kan være med å påvirke utfallet av det tverrfaglige samarbeidet. Tverrfaglig samarbeid kan sees i sammenheng med den helsefremmende teorien om «opplevelse av sammenheng (OAS)». Fokuset er å stille spørsmålet om hva er det som fremmer god helse – altså salutogenese. Det er viktig å se sammenhengen mellom det psykiske og det fysiske. Personer med sterk OAS har større sannsynlighet for å lykkes, enn personer med lav OAS (Antonovsky, 2012, s. 47-48). Teorien kan overføres til det tverrfaglige arbeidet som system. Mangler i det tverrfaglig arbeidet som kommunikasjon mellom helsesykepleier og fastlege i dette tilfellet, gjør at det tverrfaglige samarbeidet fremstår med dårlig OAS (Antonovsky, 2012, s. 178). Når arbeidsgruppen som skal jobbe sammen har dårlig OAS, kan dette påvirke resultatet av samarbeidet. Helsesykepleierne i vår studie opplevde å stå mye alene, noe som gjorde de demotiverte. Dette kan føre til at helsesykepleier utvikler lav OAS (Antonovsky, 2012, s. 184).

Et tverrfaglig samarbeid innebærer også organisatoriske forutsetninger. Tid er blant annet noe som går under dette (Dahl & Almås, 2020, s. 198). Tverrfaglig samarbeid er ressurs- og tidkrevende (Tveiten, 2020, s. 76). Funnene fra vår studie understreker at det krevde ekstra oppfølging fra helsesykepleierne for å sikre at samarbeidet fungerte, primært på grunn av utfordringene knyttet til kommunikasjon. Dette førte til at helsesykepleierne måtte bruke ekstra tid på å etterspørre opplysninger fra fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Dårlig kommunikasjon mellom helsesykepleier og fastleger kan redusere effekten av behandlingen, som igjen vil gå utover barnet (Tveiten, 2020, s.81). God kommunikasjon mellom instansene er viktig for å sikre kvalitet i tjenestene som tilbys (Tveiten, 2020, s. 81).

Det store spørsmålet er hvorfor det tverrfaglige samarbeidet opplevdes utfordrende for helsesykepleierne vi snakket med i studien. En helsesykepleier nevnte det hadde vært interessant å vite

hvilke retningslinjer fastlegene forholder seg til. Helseesykepleierne undret seg over hva som gjorde at henvisningen ble avvist når retningslinjene tilsa at barnet skulle følges opp videre av fastlege. Hva er hensikten med retningslinjer når det ikke blir fulgt opp videre i systemet? Dette støttes også opp av Heggem et al. (2023) hvor helseesykepleierne følte det var uetisk å ta vekt og høyde nettopp på grunn av dette. I et tverrfaglig samarbeid mellom helseesykepleier og fastlege med overvekt og fedme har begge et felles mål, men bidrar med hver sin utfyllende kompetanse (Dahl & Almås, 2020, s. 197).

Helseesykepleiere jobber sekundærforebyggende med overvekt og fedme for å avgrense sykdom som allerede har oppstått (Caplan, 1964). Helseesykepleiere som jobber innen skolehelsetjenesten skal bidra til å identifisere helseproblemer i en tidlig fase og jobber på en helsefremmende og forebyggende måte, hvor en salutogen tilnærming står sentralt (Haugland, 2017, s. 333; Helsedirektoratet, 2010, s. 31). Kan det være at fastleger har et annet fokus enn helseesykepleier? I følge Antonovsky (2012, s. 26) praktiserer leger mer ut ifra et patogent perspektiv, og kanskje dette kan være en av grunnene til at de avviser henvisningene fra helseesykepleiere. Fedme er som nevnt tidligere komplekst og krever tverrfaglig samarbeid, men det føles nytteløst for helseesykepleierne å følge retningslinjene, når ressursene og samarbeidet ikke strekker til. Retningslinjene sier klart og tydelig hvordan det tverrfaglige samarbeidet skal foregå, men vår studie avdekker at det ikke fungerer i praksis. Dette kan føre til at det blir utfordrende for helseesykepleierne å vite hvordan de på best mulig måte skal følge opp barnet videre, og dermed reduseres kvaliteten i tjenesten (Tveiten, 2020, s. 81).

## 7.0 Metodologiske overveielser

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere metoden vi har benyttet i studien, med særlig vekt på validitet og reliabilitet. Vi har benyttet kvalitativ metode med en induktiv tilnærming og et fenomenologisk hermeneutisk design. Vi vil løfte frem de ulike delene i forskningsprosessen som kan ha påvirket studien.

### 7.1 Validitet og reliabilitet

Både validitet og reliabilitet kan være vanskelig å måle i en kvalitativ studie, da disse begrepene er innarbeidet og mest brukt i kvantitativ forskning (Thagaard, 2018, s. 187-189). Det er likevel noen hensyn som er tatt gjennom hele forskningsprosessen, som vil kunne bedre validiteten og reliabiliteten i vår studie. Vi ønsket overordnet å ha en refleksiv og gjennomsiktig (transparent) holdning gjennom hele prosjektet, for å styrke både validiteten og reliabiliteten. Refleksivitet innebærer blant annet å være kritisk ovenfor egne antakelser og verdier, og hvordan dette kan påvirke tolkningen av forskningsdata. Ved å være refleksiv, erkjenner vi at våre egne erfaringer, holdninger og verdier kan påvirke forskningsprosessen og tolkningen av resultatene, og styrker vår evne til å gjennomføre en mer objektiv studie (Malterud, 2017, s. 134). Transparens eller gjennomsiktighet betyr at vi beskriver alt vi gjør gjennom studien, dette er et sentralt begrep innenfor validitet og reliabilitet (Thagaard, 2018, s. 188-189).

Validitet handler om gyldigheten av et utsagn, altså om metoden måler det den faktisk skal måle (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Ifølge Mason (2018, s. 239) handler validitet om gyldigheten av tolkningene som kommer frem i en studie. I kvalitativ forskning kan man styrke validiteten ved å ha en teoretisk transparens gjennom hele prosjektet. Det betyr at vi må gjøre rede for det teoretiske ståstedet som ligger bak tolkningene, i tillegg til å vise hvordan analysen gir grunnlag for tolkningene og konklusjonen vi har kommet fram til i studien. Validiteten kan også styrkes ved at man kritisk gjennomgår analyseprosessen (Thagaard, 2018, s. 189). Et annet viktig prinsipp innenfor validitet i kvalitative studier er å sammenligne resultatene fra vår studie med andre studier. Dersom tolkningene og resultatene fra denne studien kan bekreftes av andre studier, kan dette være med å styrke validiteten (Thagaard, 2018, s. 191). Dersom tolkningene ikke bekrefter hverandre, er det helt avgjørende at forskeren kan argumentere for hvorfor hans eller hennes tolkninger avviker fra andre prosjekter (Thagaard, 2018, s. 192). I studien vår har det vært viktig å ha fokus på validitet gjennom hele forskningsprosessen,

ettersom den kvalitative forskningsprosessen er en kontinuerlig undersøkelse, helt fra prosjektets start til prosjektets slutt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277).

Reliabilitet handler om hvor pålitelig og tillitsfulle forskningsdataene er, samt hvor overførbare resultatene er (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Reliabiliteten i en kvalitativ studie kan styrkes ved at forskeren gjør forskningsprosessen transparent. Det vil si at det blir gitt en detaljert beskrivelse av forskningsstrategi og analysemetoder, og på denne måten kan en utenforstående vurdere forskningsprosessen trinn for trinn (Thaagard, 2018, s. 189). Forskeren bør beskrive forskningsprosessen så konkret og spesifikt som mulig. I studien vår har vi tatt hensyn til dette prinsippet ved å beskrive metoden og framgangsmåten av det vi har gjort så detaljert som mulig i et eget metodekapittel (kapittel 4). Et annet viktig poeng når det gjelder reliabilitet i kvalitativ metode, er at forskeren må reflektere over hvordan data har blitt utviklet, og hvordan relasjonen til deltagerne i studien kan ha hatt betydning for utvikling av data (Thagaard, 2018, s. 188). Vi har vurdert ut ifra Kvale og Brinkmann (2015, s. 51-52) sin beskrivelse av asymmetrisk maktforhold i forskningsintervjuer, at det med liten sannsynlighet har vært en asymmetrisk relasjon mellom deltager og intervjuerperson.

## 7.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Vi valgte å benytte oss av semistrukturerte individuelle intervjuer i studien. Dette er en hensiktsmessig metode å bruke når man ønsker å gå i dybden av et fenomen, og for å få kunnskap om informantenes egne erfaringer (Malterud, 2017, s. 133). Fokusgruppeintervju er også en metode som kunne egnet seg til problemstillingen. Fokusgruppeintervju kan benyttes når man ønsker å få fram variasjoner og nyanser i et miljø hvor flere mennesker samhandler, og i dette tilfellet ville det vært mennesker med samme yrkesbakgrunn (Malterud, 2017, s. 138-140). Fokusgruppeintervju brukes særlig når det gjelder spørsmål om erfaring eller forståelse av tiltak og organisasjoner, som er noe av det vi ønsket å undersøke i studien (Malterud, 2017, s. 138). Da vi startet studien, var planen å benytte fokusgruppeintervju, men det ble valgt bort av praktiske hensyn. Det var blant annet vanskelig å få rekruttert et stort nok antall informanter (10-12 stk.). I tillegg søkte vi etter informanter over et større område med stor geografisk spredning, og dette ville gjort det vanskelig å få gjennomført intervjuene med fysisk oppmøte. Vi anså en digital løsning som lite praktisk ved fokusgruppeintervju, da vi var bekymret for at gruppedynamikken kunne påvirkes av at fokusgruppeintervjuet skulle foregå digitalt. Tid var en annen sentral faktor vi måtte ta hensyn til, da vi skulle velge metode for studien, og fokusgruppeintervjuer ville med stor sannsynlighet krevd mer tid. Semistrukturerte individuelle intervjuer er også tidkrevende, da individuelle

intervjuer kan ta en til flere timer å gjennomføre (Malterud, 2017, s. 137). Likevel anså vi individuelle intervjuer som en bedre egnet metode for vår problemstilling og vår tidsramme.

Vi gjennomførte de individuelle intervjuene digitalt, grunnet store geografiske avstander og økonomiske faktorer. Vi tilpasset oss deltagerne ved at de fikk bestemme tidspunkt, slik at de skulle ha minst mulig ulempe ved å delta i studien. Vi benyttet oss av en semistrukturert intervjuguide. Denne ble ikke prøvetestet før vi benyttet den i intervjuene, men i ettertid erfarte vi at spørsmålene trolig kunne blitt forbedret med en ekstern tidlig tilbakemelding. Ved å ta en gjennomgang av intervjuguiden etter første og andre intervju, ble intervjuguiden revurdert, da vi lærte mer om hvor vi burde ha fokuset, og der vi erfarte at spørsmål kunne misforstås, og at spørsmålene ble ledende (Malterud, 2017, s. 134). Å intervju deltagere i en kvalitativ studie er noe vi aldri hadde gjort før, noe som kan ha påvirket vår rolle som forsker i møte med deltagerne. Kvaliteten på et forskningsprosjekt er avhengig av forskerens rolle som person. Faktorer som alder, erfaring og kjønn kan ha betydning for hvordan forskeren blir oppfattet av deltagerne (Thagaard, 2018, s. 81). Hvordan forskeren fremstår ovenfor deltakerne vil ha betydning for informasjonen forskeren får. Det kan være lettere å få kontakt med personer av samme kjønn som en selv, og i vårt forskningsprosjekt var det kun kvinner som deltok, noe som muligens har hatt positiv betydning for informasjonen vi har fått i denne studien (Thagaard, 2018, s. 81). Vi innledet intervjuene med litt småprat, før vi startet selve intervjuet. Vi ga også beskjed til deltagerne om at de kunne kontakte oss når som helst, dersom de skulle ha spørsmål i etterkant av intervjuet.

### 7.3 Utvalg og ekstern validitet

I studien ønsket vi et utvalg bestående av seks til åtte informanter, med ulik grad av erfaring og en variasjon i hvor i landet informantene jobbet. Vi endte opp med å få et utvalg på seks informanter med 4,6 år gjennomsnittlig erfaring som helsesykepleier, fra tre ulike kommuner på Vestlandet. Spørsmålet er om resultatene ville blitt de samme om vi hadde undersøkt samme tema et annet sted i Norge. I følge Malterud (2017, s. 63) er målet for overførbarhet innen kvalitativ forskning, at funnet kan si oss noe om fenomenet i en annen sammenheng enn der studien er gjennomført. Derfor er det helt avgjørende å være bevisst på hvilket utvalg man ønsker i kvalitative studier. Forskeren må sørge for at datamaterialet er rike og varierte, slik at problemstillingen kan belyses fra ulike sider (Sandelowski, 1995). I vår studie har vi benyttet oss av et strategisk utvalg, med følgende inklusjonskriterier: informanten måtte være utdannet helsesykepleier og ha minimum ett års erfaring fra skolehelsetjenesten. Med disse inklusjonskriteriene fikk vi det vi mener er et rikt og varierende datamateriale, selv om det var relativt få



deltagere, og færre enn vi forventet før vi startet rekrutteringsprosessen. I de seks intervjuene vi gjennomførte kom det fram dyp og variert informasjon, men i det sjette intervjuet kom det lite ny informasjon. I samarbeid med veileder ble vi enige om at vi hadde nådd det vi anså som et metningspunkt etter seks intervjuer (Malterud, 2017, s. 65).

Selv om vi opplevde at vi hadde nådd et metningspunkt i studien, kan vi likevel stille spørsmål ved resultatenes gyldighet. Det er ikke uvanlig å ta avstand fra validitetsbegrepet i tradisjonell forstand når man bruker kvalitative metoder. I følge Malterud (2017, s. 199) tar man i en kvalitativ studie «utgangspunkt i en sosialkonstruksjonistisk erkjennelse av at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldige» (Lock & Strong, 2010). Derfor er ikke målet å finne fram til sannheten, men å vise at man har overveid rekkevidden av funnenes gyldighet, og begrunner hva det sier noe om (Malterud, 2017, s. 199). Dette har vi gjort i et eget kapittel under diskusjon av resultater (kapittel 6).

## 7.4 Transkripsjon

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 207) blir transkripsjonen ofte gjort av en sekretær eller vitenskapelig assistent. I vår studie ble transkripsjonene gjort av oss umiddelbart etter at intervjuene var gjennomført, av samme person som hadde gjennomført intervjuet. På denne måten lærte vi mye om vår egen intervjustil, og fikk dermed en mulighet til å forbedre oss, noe som også Kvale og Brinkmann (2015, s. 207) ser på som nyttig. Likevel kan utførelsen av transkripsjon fra muntlig til skriftlig materiale variere ut ifra den enkelte. Transkripsjonens reliabilitet kan påvirkes av faktorer som ulike dialekter hos informanter, båndopptakerens kvalitet, eller at vi har hørt feil. Dette påvirker hvordan vi tolker og transkriberer det som blir sagt. Utskriverens bruk av punktum og komma kan også påvirke betydningen av det som har blitt sagt (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 212). Vurdering av intervjuetranskripsjonens gyldighet kan være noe mer komplisert enn å vurdere påliteligheten, da dette handler om spørsmål om hva som er den korrekte måten å transkribere på. Kvale og Brinkmann (2015, s. 212) hevder det ikke finnes noen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Vi har forsøkt å ta hensyn til dette ved å lage en felles skriveprosedyre, det vil si hvor detaljert vi tenkte det var fornuftig å gjøre det, samt hvilket skriftspråk vi skulle gjøre det på (bokmål eller nynorsk). Dette er noe Kvale og Brinkmann (2015, s. 208) ser på som helt essensielt for å kunne sammenligne og analysere intervjuene. Vi har vært bevisst på at arbeidet vårt med transkriberingen ikke er perfekt, og at andre faktorer som vi ikke er klar over, kan ha påvirket utfallet av transkripsjonene. Dersom vi har vært usikker på betydningen av noe i det

skriftlige materialet, har vi gått tilbake og lyttet til det muntlige intervjuet på nytt.

## 8.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å belyse hvilke suksessfaktorer og barrierer helsesykepleier erfarte i arbeidet med overvekt og fedme hos barn. Dette ønsket vi å finne svar på gjennom problemstillingen «*Hvordan erfarer helsesykepleiere arbeidet med overvekt og fedme hos barn som går på barneskole?*».

Resultatene i studien viste at arbeid med overvekt og fedme var utfordrende på andre måter enn det vi hadde sett for oss før vi startet studien. Helsesykepleierne rapporterte om godt foreldresamarbeid med de foreldrene som takket ja til veiledning. Helsesykepleierne vektla at en sensitiv tilnærming var viktig for å lykkes med dette arbeidet, samt å møte foreldrene der de er. Det innebærer å tilpasse veiledningen til foreldrene, både med tanke på kunnskapsgrunnlaget til foreldrene, men også hva som oppfattes av foreldrene. Helsesykepleierne brukte kostverktøyet hyppig i veiledning, de opplevde at veiledningen på denne måten ble mer systematisk og kvalitetssikret. De fant god støtte i kostverktøyet. Godt samarbeid med foreldre og bruk av kostverktøyet i veiledning kan derfor sees på som en suksessfaktor.

Det som derimot gjorde arbeidet utfordrende, var å holde motivasjonen oppe i arbeidet med overvekt og fedme. Funnene i studien viste at det var få av helsesykepleierne som opplevde å se resultater eller fremgang av intervensjonene, som førte til at helsesykepleierne kunne miste motivasjonen til å jobbe med overvekt og fedme. I tillegg opplevde helsesykepleierne manglende tverrfaglig samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten, som førte til at helsesykepleierne kunne føle at de sto alene i arbeidet. Manglende motivasjon og tverrfaglig samarbeid som ikke fungerer, kan derfor sees på som en barriere i arbeidet med overvekt og fedme for helsesykepleierne i vår studie.

Studien kan gi en pekepinn på hvordan arbeid med overvekt og fedme erfares for helsesykepleiere. Studien vår viser både flere suksessfaktorer, men også en del barrierer i arbeidet med overvekt og fedme. Funnene viser at arbeid med overvekt og fedme blant helsesykepleiere er komplekst, og at tjenesten har behov for å styrkes. Det er utfordrende å trekke en sikker konklusjon i hva som skal til for å forbedre tjenesten ut ifra funnene i denne studien. Et konkret og viktig funn som kan forbedres, er det tverrfaglige samarbeidet som helsesykepleierne opplevde at fungerte dårlig. Forslagsvis kan det være å etablere en bedre dialog og et samarbeid mellom helsesykepleiere og fastleger, slik at man kan styrke oppfølgingen av barn med overvekt eller fedme. Vi håper studien vår kan være med på å forbedre

arbeidet med overvekt og fedme hos barn i primærhelsetjenesten. Studien vår viser som nevnt at arbeidet med overvekt og fedme hos barn er komplekst, og for å forbedre arbeidet trengs det mer forskning på temaet.

## Referanseliste:

- Akselbo, I. & Ingebrigtsen, O. (2015). Mødre til barn med overvekt – erfaringer og utfordringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(4), 453-463. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2015-04-12>
- Ames, H., Mosdøl, A., Blaasvær, N., Nøkleby, H., Berg, R. C. & Langøien, L. J. (2020). Communication of children's weight status: what is effective and what are the children's and parent's experiences and preferences? A mixed methods systematic review. *BMC Public Health*, 20(574) 1-22. <http://doi.org/10.1186/s12889-020-08682-w>
- Andersen, R., Laholt, H., & Clancy, A. (2022). Hva gjør en helsesykepleier? *Sykepleien*, 110, e-88781. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.88781>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bradbury, D., Chisholm, A., Watson, P.M., Bundy, C., Bradbury, N., & Birtwistle, S. (2018). Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *British Journal of Health Psychology*, 23, 701-722. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12312>
- Braun, V., og Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Chisholm, A., Coupe, N., Ujhelyi Gomez, K., Hart, J., & Peters, S. (2022). Exploring primary school years interactions around child weight: A qualitative meta-synthesis of school staff, parent, and child views and experiences. *Obesity Reviews*, 23(e13451), 1-16. <https://doi.org/10.1111/obr.13451>

- Dahl, B.M. (2020a). Helseesykepleiers arbeid – utviklingstrekk I et folkehelseperspektiv. I B.M. Dahl (Red.), *Helseesykepleie – En grunnbok* (s.39-56). Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M. (2020b). Helseesykepleierens samfunnsmandat og profesjonsidentitet. I B.M. Dahl (Red.), *Helseesykepleie – En grunnbok* (s.57-71). Fagbokforlaget.
- Dahl, B.M. (2020c). Helseesykepleiens kunnskapsgrunnlag og kunnskapsbasert praksis. I B.M Dahl (Red.), *Helseesykepleie – En grunnbok* (136-151). Fagbokforlaget.
- Dahl, B.M. & Almås, S.H. (2020). Tverrprofesjonelt samarbeid. I B. M. Dahl (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid*. (193-207). Fagbokforlaget.
- Danielson, P., Svensson, V., Kowalski, J., Nyberg, G., Ekblom O. & Marcus, C. (2012). Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity treatment success and dropout rate. *Obes Facts*, 5(1), 34-44. <https://doi.org/10.1159/000336060>
- Davison, K.K. & Birch, L.L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, 2(3), 159-171. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16.desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Det norske akademis ordbok. (u.å.). *Dekontekstualisere*. <https://naob.no/ordbok/dekontekstualisere>
- Drilen, T. (2016). Kostverkøyet.no. *Norsk tidsskrift for ernæring*, 14(3), 24-25. <https://doi.org/10.18261/ntfe.14.3.7>
- Eckstein, K.C., Mikhail, L.M. Ariza, A.J. Thomson, J.S., Millard, S.C. & Binns, H.J. (2006). Parent's perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*, 117(3), 681-690. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0910>

El-Sayed, A.M., Scarborough, P. & Galea, S. (2012). Socioeconomic inequalities in childhood obesity in the United Kingdom: A systematic Review of the literature. *Obes Facts*, 5(5), 671-692.

<http://doi.org/10.1186/s12966-020-01074-8>

Elvsaa, I-K., Juvet, Ø., Giske, L.K. & Fure, B. (2016). *Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme. Forskningsoversikt*. Folkehelseinstituttet.

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport\\_2016\\_barn\\_fedme.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_2016_barn_fedme.pdf)

FNs barnekonvensjon. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Barne- og familiedepartement.

[https://www.reddbarna.no/content/uploads/sites/4/2024/02/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.reddbarna.no/content/uploads/sites/4/2024/02/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)

Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. (LOV-2006-06-30-56).

Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Lovdata. (FOR-2018-10-19-1584).

<https://lovdata.no/forskrift/2018-10-19-1584>

Førde, R. (2014, 10.oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Grunnlova. (1814). *Kongeriket Noregs grunnlov*. (LOV-1814-05-17). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>

Hanssen-Bauer, M., & Knutsen, I. (2017). Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig. *Sykepleien*

*Forskning*, 12(61920). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61920>

Haugland, S. (2017). *Skolehelsetjenesten: En unik posisjon*. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom,*

*livsstil og helsefremmende arbeid* (4 utg., s. 329-344). Gyldendal akademisk.

Heggem, R., Gjørund, G., Zahl-Thanem, A. & Brigham, A. M. (2023). Overweight children in rural Norway – public health nurses' possibilities and limitations within national guidelines. *Rural and Remote Health*, 23(3). <http://doi.org/10.22605/RRH7783>

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge – Nasjonal faglig retningslinje.pdf* ([helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no))

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet 13.09.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsedirektoratet. (2021) *Tilgang på og behov for helsesykepleiere*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-helsesykepleiere/innledning/om-helsesykepleiere-og-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Hentet 22.03.2024 fra [Overvekt og fedme hos voksne – Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/overvekt-og-fedme-hos-voksne) ([helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no))

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

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



- Hofmann, B. (2016). *Etiske aspekter ved fedmebehandling av barn og unge* (tilleggsrapport 2016). Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/contentassets/770bd0ba66a54693bedd06066db7490f/etiske-aspekter-ved-fedmebehandling-av-barn-og-unge.pdf>
- Israel, A.C. & Ivanova, M.Y. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescents and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 424-429. <https://doi.org/10.1002/eat.10048>
- Jones, A.R., Parkinson, K.N., Drewett, R.F., Hyland, R.M., Pearce, M.S & Adamson, A.J. (2011). Parental perceptions of weight status in children: The Gateshead Millenium Study. *International Journal of Obesity*, 35(7), 953-962. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.106>
- Knai, C., Lobstein, T., Darmon, N., Rutter, H. & McKee, M. (2012). Socioeconomic patterning of childhood overweight status in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(4), 1472-1489. <https://doi.org/10.3390/ijerph9041472>
- Kongsvik, L. (2017). Hvor mye mat trenger barn som skal redusere overvekt? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2017/10/aktuelt-i-foreningen/hvor-mye-mat-trenger-barn-som-skal-redusere-overvekt>
- Kostverktøyet. (2024) *Kostverktøyet*. <https://www.kostverktoyet.no/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Larson, N.I, Wall, M.M., Story, M.T. & Neumark-Sztainer, D.R. (2013). Home/family, peer, school, and neighborhood correlates of obesity in adolescents. *Obesity (Silver Spring)*21(9), 1858-1869.  
<https://doi.org/10.1002/oby.20360>
- Lock, A. & Strong, T. (2010). *Social constructionism: sources and stirrings in theory and practice*. Cambridge University Press.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Markestad, T. (2023). *Klinisk pediatri*. (4.utg.). Fagbokforlaget.

Mason, J. (2018). *Qualitative Researching*. (3.utg.). Sage London.

Meyer, H. E. & Berg, I.H. (2023, 20.oktober). *Overvekt og fedme i Noreg*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/?term=#overvekt-og-fedme-hos-barn-og-ungdom>

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (5.utg.). Universitetsforlaget.

Nixon, C.A., Moore, H.J., Douthwaite, W., Gibson, E.L., Vogeles, C., Kreichauf, S., Summerbell, C.D. (2012). Identifying effective behavioural models and behaviour change strategies underpinning preschool- and school-based obesity prevention interventions aimed at 4-6 year-olds: A systematic review. *Obesity Reviews*, 13(Suppl. 1), 106-117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00962.x>

Norges Helseinformatikk. (2021, 18.november). *Overvekt hos barn*.  
<https://nhi.no/sykdommer/barn/hormonsykdommer/overvekt-hos-barn>

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (u.å.). *NICE-1*. Hentet 30.04.2024 fra  
<https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NICE-1>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2018-06-15-38).  
<https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>

- Regber, S., Mårlid, S., & Hanse, J. J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing, 12*(27), 1-11. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-12-27>
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health, 18*(2), 179-83
- Sela, Y., Grinberg, K., & Nemet, D. (2022). Obstacles preventing public health nurses from discussing children's overweight and obesity with parents. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing, 45*(4), 425-436. <https://doi.org/10.1080/24694193.2022.2117433>
- Sikt. (u.å.). *Meldeskjema for personvernopplysninger i forskning*. Hentet 23.01.2024 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fyll-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P. & Ek, A. (2019). Planting a seed – child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: a qualitative study within the STOP project. *BMC Public Health, 19*(1494), 1-11. <http://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4>
- Skantze, C., Almqvist-Tangen, G., & Karlsson, S. (2023). School nurses' experience of communicating growth data and weight development to parents of children 8 and 10 years of age. *BMC Public Health, 23*(21), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14941-9>.
- Starc, G. & Strel, J. (2011). Tracking excess weight and obesity from childhood to young adulthood: A 12-year prospective cohort study in Slovenia. *Public Health Nutrition, 14*(1), 49-55. <http://doi.org/10.1017/s1368980010000741>
- Stevenson, H.M. & Burke, M. (1991). Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Health Promotion International, 6*(4), 281-289.

- Støles, M., Glavin, K. & Groven, S. M. (2019). Hvilken betydning får omsorg i formidling til foreldre av et barns overvekt-helsesøstres erfaringer. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 9(2), 128-140.  
<http://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-06>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5.utg). Fagbokforlaget.
- Thorstensson, S., Blomgren, C., Sundler, A. J., & Larsson, M. (2018). To break the weight gain-A qualitative study on the experience of school nurses working with overweight children in elementary school. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e251-e258. <https://doi.org/10.1111/jocn.13924>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk – helsekompetanse og brukermedvirkning* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Uldahl, M., & Bere, E. (2023). Lavinntektsfamilier i Norge må bruke en større andel av inntekten sin for å spise i tråd med kostrådene. *Norsk tidsskrift for ernæring*, 21(1), 23-32.  
<https://doi.org/10.18261/ntfe.21.1.5>
- Van der Maas, J. C., Corbee, R. J., Kroese, F. M., de Ridder, D.T.D., Vos, R. C., Nielen, M., & Monnikhof, E. (2020). Discussing overweight in children during a regular consultation in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 21(18), 1-8. <http://doi.org/10.1186/s12875-020-1088-3>
- Wang, Y., Cai, L., Wu, Y., Wilson, R.F., Weston, C., Fawole, O., Segal, J. (2015). What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(7), 547-565. <https://doi.org/10.1111/obr.12277>
- Westergren, T., Fegran, L., Jørstad Antonsen, A., Timenes Mikkelsen, H., Hennig, C. B., & Stamnes Köpp, U. M. (2021). Prevention of overweight and obesity in a Norwegian public health care context: a mixed-methods study. *BMC Public Health*, 21(983), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11096-x>
- Whitaker, K.L., Jarvis, M.J., Beeken, R.J., Boniface, D. & Wardle, J. (2010). Comparing maternal and paternal intergenerational transmission of obesity risk in A large population-based sample.

*American Journal of Clinical Nutrition*, 91(6), 1560-1567.

<https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28838>

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization.

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

World Health Organization. (2010). *Framework for Action in Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization.

[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1)

World Health Organization. (2021a, 9.juni). *Obesity*. World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>

World Health Organization (2024, 1.mars). *Obesity and overweight*. World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Øen, G. (2022). *Sunn framtid ved overvekt: Forebygging, samarbeid og kommunikasjon med barn, ungdom og familier* (2.utg.). Fagbokforlaget.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide

Tematiske spørsmål	Stikkord for mulige oppfølgingsspørsmål
1. Kan du fortelle om hvor lenge du har jobbet som helsesykepleier, og hvilken erfaring du har fra skolehelsetjenesten?	- Barneskole - Ungdomsskole - Videregående skole
2. Kan du fortelle om hvordan du vanligvis går frem når du skal informere omsorgsgivere om at barnet deres er overvektig eller har fedme?	- Hvordan reagerer foreldrene? - Hvordan opplever du dette? - Hva gjør du av forberedelser?
3. Dersom omsorgsgiver sier seg villig til å få oppfølging med tanke på barnets vekt, hvordan erfarer du veiledningen?	- Hvordan reagerer foreldrene? - Hvordan opplever du dette samarbeidet? - Er det noen foreldre som takker nei?
4. Hva er en suksessfaktor for deg i slike møter med foreldre?	- Positive erfaringer? - Hva fungerer?
5. Hva er utfordrende for deg?	- Personlige utfordringer? - Utfordringer i tjenesten?
6. Dersom barna er med i en slik konsultasjon, hvordan er samarbeidet med barna?	
7. Hvordan opplever du at tjenestetilbudet er tilrettelagt for slik oppfølging?	- Tid - Kompetanse - Retningslinjer - Bruk av hjelpetjenester
8. Finnes det noe annet du ønsker å legge til eller dele om dine erfaringer med samarbeidet med foreldre til barn med overvekt?	

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## Overvekt og fedme hos barn - helsesykepleieres erfaringer med veiledning til foreldre

### **Formålet med prosjektet**

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsesykepleieres erfaringer knyttet til veiledning av foreldre som har barn med overvekt eller fedme på barneskole. Vi ønsker å få økt kunnskap om hvilke utfordringer helsesykepleierne erfarer både personlig og på ulike nivåer av tjenesten, samt hva som er suksessfaktorer. Dette er en masteroppgave.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

NTNU i Ålesund, institutt for helsevitenskap Ålesund er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får denne forespørselen, fordi du jobber eller har jobbet som helsesykepleier på barneskole. Vi ønsker at du skal være utdannet helsesykepleier, samt at du har minimum ett års erfaring fra skolehelsetjenesten.

Vi sender ut dette informasjonsskrivet til lederen din på helsestasjonen, som videresender det til sine ansatte. Vi ber deg derfor ta direkte kontakt med oss dersom du ønsker å delta i vår undersøkelse.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

I vårt prosjekt ønsker vi å undersøke temaet ved hjelp av individuelle dybdeintervju. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 60 minutter. Intervjuet vil foregå med fortrinnsvis fysisk oppmøte på et

sted i nærheten av arbeidsplassen din, dersom det ikke er mulig, kan vi arrangere et digitalt intervju.

Det vi trenger å vite om deg er hvilken arbeidserfaring du har, vi har ikke behov for ytterligere personopplysninger. Navnet ditt kommer til å bli erstattet med koder i analysen. Det vil bli brukt båndopptak under intervjuene, og disse vil bli slettet så snart intervjuene er transkribert.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler personvernopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student og veileder som kommer til å ha tilgang til personopplysningene. Alle navn vil bli erstattet med koder når vi transkriberer intervjumaterialet. Lydopptakene vil bli slettet umiddelbart etter transkribering er gjort. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes ved publikasjon. Det er viktig for oss at du kjenner deg trygg på personvern og anonymitet blir ivaretatt uten risiko for gjenkjennelse.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 31.12.2024. Lydopptakene slettes umiddelbart etter transkribering, og alt datamaterialet anonymiseres.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Ålesund har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert kopi av opplysningene.
- Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende.
- Å få slettet personopplysninger om deg.
- Å sende klage til datatilsynet om behandlingen av dine personvernopplysninger.



Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

- Berit Misund Dahl, veileder  
E-post: [bd@ntnu.no](mailto:bd@ntnu.no)  
Tlf : 48109434/70161393
- Helene Vik  
E-post: [helenvi@ntnu.no](mailto:helenvi@ntnu.no)  
Tlf: 90265063
- Martine Isene Røsvik  
Epost: [martiir@ntnu.no](mailto:martiir@ntnu.no)  
Tlf: 94185589
- Thomas Helesen, personvernombud, NTNU  
E-post: [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)  
Tlf: 93079038

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

eventuelt student

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Overvekt og fedme hos barn – helsesykepleieres erfaringer med veiledning til foreldre» og har fått anledning til å stille spørsmål.

**Jeg samtykker til:**

å delta i intervju

at anonymiserte opplysninger lagres etter prosjektlutt, og kan benyttes til videre forskning dersom aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Vurdering Sikt



# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
886913

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
15.12.2023

**Tittel**

Overvekt og fedme hos barn - helsesykepleieres erfaringer med veiledning til foreldre

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Ålesund

**Prosjektansvarlig**

Berit Misund Dahl

**Student**

Martine I. Røsvik; Helene Vik

**Prosjektperiode**

01.01.2024 - 31.12.2024

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

**Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

**Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

