

Å arbeide med familiar som har barn med overvekt/fedme

Helsearbeidarar sine erfaringar

Masteroppgåve i klinisk sykepleievitenskap

Høgskolen i Oslo og Akershus, institutt for sykepleie

Kari Eldal Tvedt

Kull 2008 D

15.05.2012

Rettleiar: Kirsti Riiser

Birettleiar: Bjørg Christiansen

FORORD

Det er med både sorg og glede eg kan setje det siste punktum i mi masteroppgåve. Det har vore ein lærerik prosess som har ført med seg alt frå latter og glede til sveitte og tårar, men no er det gjort. Å skrive masteroppgåve langt frå rettleiar, men med stor familie og full jobb har krevd sitt. Det er mange som fortener takk. Eg vil fyrst av alt takke min tolmelige og strukturerte rettleiar Kirsti Riiser. Du har vore ei god støtte og hjelp gjennom heile prosessen. Rask med å svare på mail, gje konstruktiv kritikk og oppmuntring. Din faglege dyktigheit har vore til hjelp mang ein gang. Utan deg hadde ikkje dette blitt ei masteroppgåve. Birettleiar Bjørg Christiansen for hjelp med metode og i slutfasen. Informantane mine som stilte opp, og som engasjert delte sine erfaringar og tankar kring det å jobbe med familiar som har barn med overvekt/fedme. Eg set stor pris på at de sette av tid til meg i ein travel kvardag. Eg må få rette ein stor takk til gode kollegaer som har hjelpt meg, støtta meg og diskutert oppgåva med meg. Eg vil også takke Gudbjørg Øen med all sin fagkunnskap som har gitt gode råd på vegen.

Til sist men ikkje minst vil eg takke familien min og mine gode venner. Takk for at de har holdt ut. Foreldre og svigerforeldre har stilt opp som barnevakt. Den største takken må likevel gå til mannen min Willem som tålmodig har holdt hus og heim. Mellom lekser og middag har han kjørt barna på fotball og slalåmtrening. Våre flotte barn Magnus, Herman, Jonas og Ludvig – no skal vi ut på tur.

Førde, mai 2012

Samandrag

Føremål: Føremålet med studien er å kaste lys over erfaringene til helsearbeidarar i møte med familiar som har barn med overvekt og fedme.

Teoretisk forankring: Transteoretisk modell og motiverandesamtale er brukt som teorigrunnlag. I tillegg er det gjort bruk av forskning på området.

Metode: Forskingsdesignet er kvalitativt. Det vart gjennomført tre fokusgruppeintervju med opne spørsmål med totalt ni informantar. Det var seks helsesyster, ein lege, ein fysioterapeut og ein sjukepleiar som hadde erfaring med fenomenet. Forskingsmaterialet er analysert med inspirasjon frå Malterud si tekstanalyse.

Resultat: Helsearbeidarane sine erfaringar vert skildra og drøfta i ein overbyggande dimensjon: *Helsearbeidarane sine utfordringar i møte med familiare* og *Kva helsearbeidarane gjer for å motivere til endring av helseåtfærd*. Informantane fortalte om fleire utfordringar i møte med familiare. Overvekt og fedme hjå borna er eit vanskeleg tema å ta opp, dei møter motstand og forsvar frå familiare og familiare «pyntar» ofte på sanninga. Det er eit stort fråfall frå behandlinga og helsearbeidarane føler at dei må oppdra foreldrene. Det er utfordrande å motivere barn og unge og dei fortel at familiare er utsett for stigmatisering. Helsearbeidarane finn det vanskeleg å halde på motivasjonen og dei har for lite tid og ressursar til behandlinga. Vidare fortalde dei at det er lite samarbeid mellom helsetenestene.

Trass utfordringane helsearbeidarane fortel om, var helsearbeidarane engasjerte og gav inntrykk av å ha ei empatisk tilnærming til familiare. Dei uttrykte forståing for at det å gjere endringar i høve til helseåtfærd er ein tøff jobb. Helsearbeidarane gav også uttrykk for at dei lytta til familiare, og dei framheva at det var viktig å myndiggjere familiare. Dei brukte ulike tilnærmingar i møte med familiare, blant anna opne spørsmål. Dei fritek familiare for skuld og dei støttar familiare i dei vala dei tek om endringar i høve til helseåtfærd i familien.

Konklusjon Helsearbeidarane finn det utfordrande, men spennande å arbeide med familiar som har barn med fedme, men det er lett å miste eigenmotivasjon når dei møter familiar som ikkje får til å gjere endringar. Dei nyttar ei empatisk tilnærming prega av forståing. Det må satsast meir på å utdanne fagpersonar som er kompetente til å ta seg av dei komplekse problemstillingane som ein møter i dette arbeidet. Helsemyndighetene må take sitt ansvar, og ein må sette av ressursar utdanning, samt til ramme rundt behandlarar. Samtidig har den enkelte helsearbeidar eit sjølvstendig fagleg ansvar for å halde seg oppdatert og tileigne seg ny kunnskap. Det er ei krevjande og aukande problemstilling som treng motiverte og kyndige helsearbeidarar som kan møte familiare der dei er.

Summary

Purpose; the purpose of the study is to look closely at Health Care Workers (HCW) experiences in working with families with children who are obese

Literature; Stages of change and motivational interviewing provide the theoretical background, and updated research are added.

Method; qualitative design is used. Three focus group interviews with a total of 9 respondents were conducted. The questions were open ended. The respondent groups included six District Nurses, one GP / medical doctor, one Physical Therapist and one nurse. All were experienced in working with families and children with a weight problem. Malterud's analysis of information gathered in interview was to a certain extent used.

Results; the experiences were explained and discussed from the view of the HCW; HCWs challenges when meeting the families, and what can HCW do to enhance children and families motivation to make changes in health related behavior. The respondents told about several challenges when meeting the families. It is hard to raise the issue of a child's obesity, families often react with defense and offer explanations which covers up the severity of the problem. There is a high rate of drop out from treatment, and HCW feel they need to teach the parents skills for handling the problem. It is challenging to motivate children and adolescents, and the family is stigmatized. HCW find it hard to keep motivated, and they feel they are not given the time and resources for implementing the treatment. They informed there was a lack of cooperation between the different health services.

Even with the challenge they encounter in this work, the HCW were very involved and made the impression to be compassionate when dealing with the family. They voiced an understanding to the difficulties of altering health related behavior. HCW expressed that they were listening to the families, and pointed out the need to empower the families. Different approaches were used when seeing families, like open ended questions. Guilt is removed from the families, and they are given support in their chosen way of altering health related behavior.

Conclusion and implication; HCW find it challenging, but also interesting, to work with families with children who are obese. While working with families who are not able to make alterations, it is hard to keep motivated. HCW approach the family with compassion and understanding. An effort should be made to educate more professionals skilled to handle the complexity of the work. Health authorities need to take responsibility and provide resources for educating, and resources for the HCW to do the job in a satisfying way. Also, there is a responsibility for the HCW to update own knowledge and skills. Obesity is on the rise and there is a need for motivated and skilled HCW who can meet the needs of the families.

Innhald

Føreord

Samandrag

Summary

1.0 INNLEIING	9
1.1 Bakgrunn for val av problemstilling.....	10
1.2 Føremål og presisering	11
1.3 Presentasjon av problemstilling	12
1.4 Oppbygging av oppgåva.	13
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	15
2.1 Overvekt/fedme, årsaker og konsekvensar	15
2.2 Utgreiing, behandling og oppfølging.....	22
2.3 Ulike intervensjonar innanfor behandling av overvekt og fedme.....	24
2.4 Forsking om helsearbeidarar sine erfaringar	27
2.5 Motivasjon og endring	29
3.0 METODE	39
3.1 Design og val av metode	39
3.2 Utval og rekruttering	40
3.3 Eigen forforståing	41
3.4 Intervjuguide	42

3.5 Gjennomføring av fokusgruppe intervju	43
3.6 Transkriberinga.....	45
3.7 Trinn i analysen	46
3.8 Etske vurderingar	51
4.0 PRESTENTASJON AV HOVUDFUNN.....	54
4.1 Rolla til helsearbeidarane.....	54
4.2 Dei komplekse møta.....	55
4.3 Utfordringane slik helsearbeidarane skildra dei	64
4.4 Kva gjer helsearbeidarar for å motivere til endring av helsevanar?	70
4.5 Oppsummering resultat – hovudfunn.....	75
5.0 DRØFTING.....	78
5.1 Kva utfordringar møter helsearbeidarane i sitt arbeid?	78
5.2 Kva helsearbeidarane gjere og kan gjere for å motivere til endring.....	93
5.4 Metodediskusjon.....	100
6.0 KONKLUSJON	107

Vedlegg

Vedlegg 1: Kvittering frå personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskaplig datateneste AS

Vedlegg 2: Søknad om å gjere intervju i kommunane

Vedlegg 3: Svar frå kommune Nr. 1

Vedlegg 4: Svar frå kommune Nr 2.

Vedlegg 5: Søknad om å gjere intervju i spesialisthelsetenesta + svar

Vedlegg 6: Førespurnad om å ta del i forskingsprosjektet

Vedlegg 7: Samtykke til deltaking i studie

Vedlegg 8: Intervjuguide

1.0 INNLEIING

I fleire tiår har kroppsvekta til det norske folk auka. Forsking og klinisk praksis viser at gjennomsnittsvakta har auka både hjå barn og vaksne. Helsemyndigheitene er bekymra over utviklinga, og i følgje (World Health Organization [WHO], 2011) var 43 millionar barn under fem år overvektige i 2010. Samtidig bur 65 % av verdas befolkning i land der overvekt og fedme tek fleire liv enn undervekt (WHO, 2011). Førekomsten av overvekt og fedme hjå barn og unge har dei siste tiåra auka over heile kloden, spesielt i den vestlege verda. I USA er 34 % av barn og unge overvektige, og 16 % har fedme (Wang, 2007). Tal frå Europa viser høgast førekomsten i sør, der 25 % av barn og unge er overvektige og om lag 10-15 % har fedme (IASO, 2011).

Norske studie syner at førekomsten av overvekt og fedme i Noreg er tredobla sidan 1970-talet (Andersen et al., 2005). I aldersgruppa 4 -16 år var 12.5 % av gutane overvektige og 2.1 % hadde fedme. Hjå jentene var 14.8 % overvektige og 2.9 % hadde fedme (Júlíusson et al., 2007). Studien ”Barns vekst i Norge”, syner at dei med overvekt og fedme samanlagt steig frå 16 % til 19 % i perioden 2008-2010. Denne auken vart sett hjå både jenter og gutar (Hovengen & Strand, 2011). Låg- og mellominntektsland står framfor ei dobbel utfordring ved at underernæring og fedme finst på same tid i same land, og sjølv innanfor same hushald (WHO, 2011). Utvikling av overvekt og fedme blant born og unge skjer i eit komplekst samspel mellom ulike faktorar. Somatiske, psykososiale, sosiale og miljømessige faktorar spelar inn saman for å forstå fenomenet overvekt og fedme.

Det er ei generell oppfatning om at det å endre helseåtferd er krevjande. Vi kan ikkje klare oss utan mat, men vi kan klare kvardagen i dagens samfunn utan å vere fysisk aktive. Det å skulle endre helseåtferd krev difor mykje av den einskilde. Dei siste åra har det blitt eit stadig større fokus på korleis våre levevanar verkar inn på helsa, både psykisk, fysisk. Norske media har i fleire år hatt eit stort fokus på riktig ernæring, trening og livsstilsjukdommar. Det blir gitt mange gode råd for korleis ein skal ete og trene for å kunne ha ei best mogleg helse og oppnå

ein høg levealder. Likevel har det dei siste åra vore ein auke i andelen med overvekt/fedme, og det kan sjå ut som at det er vanskeleg å få til ein vektreduksjon når ein fyrst har gått kraftig opp i vekt (Steinsbekk, Wichstrøm, Ødegård, & Mehus, 2012). Det å vere regelmessig i aktivitet og ha eit kosthald med mykje frukt og grønt, lite sukker og metta feitt, måtehald innanfor alkohol og tobakk, aukar statistisk sett sannsynlegheita for å få ei god helse.

Spesialistar som dagleg arbeider med behandling av fedme meiner at det er ei generell einigheit om at det er viktig å fange opp tendensar til utvikling av overvekt hjå førskulebarn, og på same tid gje støtte og rettleiing kring individuelle tiltak til omsorgspersonane (Hjelmesæth & Handeland, 2009). Reilly (2006) seier at behandling bør truleg fortsette lenger enn det som tradisjonen seier i dag, og bør innehalde hyppige og lengre konsultasjonar med pasientane. Hjå barn er behandlinga sannsynlegvis mest effektiv dersom tilnærminga er å behandle heile familien, i staden for berre å fokusere på barnet (Reilly, 2006).

1.1 Bakgrunn for val av problemstilling

Denne oppgåva tek for seg erfaringane til helsearbeidarar med å arbeide med barn med overvekt/fedme og deira familiar. Meir spesifikt handlar det om kva utfordringar helsearbeidarar opplever, og korleis dei opplever å skulle motivere til endring av helseåtferd.

Helsesøster, legar, sjukepleiarar, ernæringsfysiologar, fysioterapeutar og psykologar er av dei yrkesgruppene som møter familiar som har barn med overvekt/fedme. Desse yrkesgruppene må i større grad en tidlegare hjelpe pasientar med vektkontroll. Utviklinga i helsevesenet går meir og meir mot ei pasientsentrert tilnærming. Der ein myndiggjer pasientane sjølv til å ta ansvar for eiga helse. Ei av rollene til helsearbeidarane er å støtte pasientane si avgjersle til å gjere sunne val kring eigna helseåtferd. Helsevesenet er ein viktig ressurs i koordineringa og behandlinga av barn med overvekt/fedme. Det er eit kompleks fenomen som krev ei kompleks tilnærming. I og med at dette er eit relativt nytt fagfelt veit ein lite om kva erfaringar helsearbeidarar har med dette arbeidet.

Interessa for temaet vart vekt gjennom mitt arbeid som sjukepleiar ved ei barneavdeling. Her møtte eg familiar som hadde barn med fedme. Å møte desse barna og deira familie var både vanskeleg og utfordrande. Det var særskilt vanskeleg å vite korleis ein skulle tilnærme seg familiane som gav uttrykk for å ikkje vere interesserte i, eller klare for å arbeide med endring. Med mine kunnskapar som sjukepleiar såg eg at ei endring i familien måtte til for at barna ikkje skulle utvikle alvorleg fedme. Eg har sakna systematisk kunnskap om korleis vi som sjukepleiarar/helsearbeidarar kan motivere og hjelpe familiane til å endre helseåtfærd. Eg vart også slått av kor komplekse utfordringar helsearbeidarar står overfor i det daglege, både når det gjeld møtet med familien og barna, men også utfordringar i høve til at vi lever meir og meir stillesittande liv, og har tilgang på meir mat enn vi treng. Dette er også ei pasientgruppe som lett kan bli stigmatisert og som det kan knytte seg negative haldingar til frå helsepersonell (Puhl & Heuer, 2010). I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleierne står det:” *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettighet* (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s.7). I møte med barn og familiar som er til behandling for overvekt og fedme har eg opplevd at overhalding av yrkesetiske retningslinjer er blitt satt på prøve. Dei grunnleggjande haldningane til pasientar som vert skissert gjennom dei yrkesetiske retningslinjene har stått sentralt i arbeidet med denne oppgåva.

1.2 Føremål og presisering

Føremålet med studien er å sjå på kva erfaring helsearbeidarar har frå å arbeide med familiar som har barn med fedme, og korleis dei erfarer det å motivere familiane. Dette er eit relativt nytt fagfelt, men det er grunn til å tru at helsearbeidarane har erfaring som er viktig å få fram. Eit mål er at oppgåva skal munne ut i nye skildringar kring erfaringane til helsearbeidarane i møte med familiane. Desse skildringane kan om mogleg vere med på å danne grunnlag for korleis helsearbeidarar kan tilnærme seg familiar som har barn med overvekt og fedme i framtida.

Temaet barn med overvekt/fedme inkluderer tema som kosthald, fysisk aktivitet, psykososiale forhold, økonomi, psykisk helse, politiske føringar, satsing på skule, barnehage m.m. I denne oppgåva har eg har valt å sjå på helsearbeidarar sine erfaringar i møte med familiane som får oppfølging for overvekt/fedme i kommune- og spesialisthelsetenesta og korleis dei fremmar familiane sin motivasjon for endring av helseåtfærd. I denne oppgåva er det helsearbeidarar sine historier og erfaringar som vert formidla.

Motivering til endring av helseåtfærd er ein svært viktig intervensjon. Informasjon om og strategiar for endring i kost og fysisk aktivitet står sentralt i motiveringsarbeidet. Det er mange teoriar om motivasjon og endring av helsevanar som kunne blitt brukt i ei slik type oppgåve. Eg har valt å bruke Motiverande samtale (MI) som ein måte å tilnærme seg pasientgruppa. MI er valt fordi denne metoden i aukande grad vert nytta innanfor førebyggjande arbeid i skulehelseteneste og i frisklivssentralar (Helsedirektoratet, 2008). Også internasjonalt er dette ei samtaleform som vert anbefalt som verkty for å endre vekt hjå barn (Han, Lawlor, & Kimm, 2010).

Stages of change (stadiemodellen/transteoretiskmodell) av Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994 vert nytta som teoretisk grunnlag i denne oppgåva fordi den er utvikla spesielt for endringsprosessar og er mykje brukt innanfor motiveringsarbeid, og også i høve til MI. MI er ikkje ein eigen teori i seg sjølv, men ein samtalemåte og er valt fordi denne er brukt innanfor endringsarbeid (Rollnick, Miller, & Butler, 2009).

1.3 Presentasjon av problemstilling

Behandling av overvekt og fedme er krevjande og tek tid. Prosessen krev ein langvarig innsats frå pasient, familie og helsepersonell. Fleire vil trenge støtte livet ut, og ein må tilpasse tiltaka etter alder. Helsearbeidarar vil kunne verte oppgitt, frustrerte og fortvila over at pasientane og familiane ikkje fyljer dei råda ein gir. Dersom ein signaliserer dette, vil det kunne føre til at familiar droppar ut av behandlinga eller at vekta aukar. Det er også avgjerande at det blir etablert eit tverrfagleg samarbeid, då fleire av familiane har fleire

utfordringar enn fedme, noko som fører til ei meir kompleks behandling (Helsedirektoratet, 2010b).

Den nemnde auken i overvekt og fedme hos barn og unge i Noreg aktualiserer eit behov for endring i helseåtferd. Norske myndigheiter konkluderer med at noko må gjerast for å snu overvektstrenden og satsar på å førebygge overvekt og fedme frå barna er små (Helsedirektoratet, 2010b). Forsking har synt at oppfølging av heile familien har best effekt (Oude et al., 2009). Ulike grupper av helsearbeidarar i kommune og spesialisthelsetenesta har ei sentral rolle som samtalepartar i møte med familiane, då det som oftast er ei tverrfagleg oppfylging av familiane. I og med at dette er eit relativt nytt fenomen er det lite forskning på korleis helsearbeidarar erfarer møtet med familiane. Dette har leia meg fram til følgjande problemstilling:

Korleis erfarer helsearbeidarar i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta å arbeide med familiar som har barn med overvekt/fedme?

Vidare ynskjer eg særleg å gå inn på følgjande forskingsspørsmål:

1. Korleis skildrar helsearbeidarane dei ulike aktørane (foreldre og barn)
2. Kva for utfordringar møter helsearbeidarane?
3. Kva strategiar har helsearbeidarane for å motivere til endring av helsevanar?

1. 4 Oppbygging av oppgåva.

Etter innleiinga vert oppgåva bygd opp slik: Kapittel to handlar om teoretiske rammeverk og forskning kring førekomst, konsekvensar, årsaker og behandling av overvekt og fedme hjå barn og unge. For å forsøke å svare på problemstillinga har eg gjort søk etter litteratur som ser på førekomst, årsaker og konsekvensar av det å vere overvektig som barn og ung. Eg har også gjort søk på kvalitative studium om helsearbeidarane sine erfaringar. Her såg eg etter studiar som har liknande eller motstridande funn. I tillegg har eg søkt på forskning om effekt av tiltak av kost, fysisk aktivitet og bruk av MI, for å finne ut om det er studiar som kan syne kva

intervensjon som har best effekt i behandling av fedme. Vidare vert motiverande samtaleteknikk presentert, der det er lagt vekt på sentrale omgrep, og forskning innanfor motiverande samtale med fokus på behandling av fedme hjå barn.

I kapittel tre blir metode og gjennomføringa av fokusgruppeintervju skildra saman med metodekritikk og etisk refleksjon. Eg har valt å nytte intervju i form av minifokusgrupper for å finne svara på problemstilling og forskingsspørsmål. Oppgåva er kvalitativ, og er inspirert av fenomenologisk tenking, eg har heile vegen hatt eit klinisk og praktisk fokus.

I kapittel fire blir resultata presentert, det vil seie analysen av fokusgruppeintervjua. Vidare i kapittel fem blir resultata drøfta opp mot val av teori og relevant forsking på området.

Oppgåva avsluttast med konklusjon i kapittel seks.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet blir det gjort greie for årsaker, konsekvensar og behandling av overvekt og fedme. Vidare blir det gjort greie for eit utval av studie som er gjort innanfor bruken av MI samt studie som syner kva erfaring helsepersonell har med å arbeide med familiar som har barn med fedme. Det blir også gjort greie for Motiverande samtaleteknikk (MI), og stadiemodellen/transteoretiskmodell (SOC).

2.1 Overvekt/fedme, årsaker og konsekvensar

WHO definerer overvekt og fedme som unormal eller overdriven fettakkumulering som kan svekkje helsa (WHO, 2011). Den grunnleggande årsaka til overvekt og fedme er ubalanse i energien mellom kaloriinntak på den eine sida, og kaloriforbruk på den andre sida (Epstein, Roemmich, et al., 2008b; Folkehelseinstituttet, 2011; Nielsen, Underland, & Johansen, 2010; WHO, 2011). I dei nye nasjonale retningslinjene for veging og måling (Helsedirektoratet, 2010b) er det anbefalt å bruke WHO's vekstkurve i alderen 0-5 år (WHO 2012), og vekstkurvene frå Vekststudien i Bergen i aldersgruppa 6-19 år (Júlíusson et al., 2009). Barn er i naturleg vekst, og forholdet mellom høgde og vekt vil vere i stadig endring, difor er det utvikla internasjonale alder - og kjønn justerte KMI – kurver for barn under 18 år (iso-KMI) (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000). Skjeringspunktet for overvekt og fedme vil difor variere avhengig av kjønn og alder. Dersom KMI overstig Iso KMI 25, kan det vere indikasjon på utvikling av overvekt. Iso KMI er stipulert KMI som vaksen. Det vil seie at med ein Iso KMI på 30 som barn, reknar ein med at dette barnet som vaksen vil ha ein KMI på 30. Dette bør vurderast saman med familiar overvekt, vanskelege psykososiale forhold, fysisk

aktivitet og kosthald. Har barnet KMI over iso-KMI 30 har barnet alt utvikla overvekt og tiltak bør settast i verk

Reguleringa av mengde mat i forhold til energiinntaket er påverka av ei rekkje nyoppdagingane. Desse oppdagingane gir viktig kunnskap om individuelle årsaker til utvikling av fedme. Pretlow (2009) seier det er rundt fem teoriar på kva som er årsaka til barneovervekt epidemien. Desse årsakene er genetikk, vektas *set point* (fedmevendepunkt), lågt stoffskifte, rikeleg tilgang på mat og ein stillesittande livstil. Andre forklaringar er at ein har mindre tid til å lage mat, at familiar med låg inntekt ikkje har råd til å kjøpe sunn mat samt at barn ikkje lenger veit korleis dei skal ta sunne matvareval (gjenteke etter Øen, 2012 s 22). I tillegg kan psykologiske, sosiale, arvelege og metabolske forhold spele inn, der er det store variasjonar mellom ulike individ. Kosthald og mosjon er heilt sentralt samt det å ha eit redusert inntak av fett, alkohol og sukker og å auke inntaket av plantebaserte matvarer som frukt og grønt. Dersom ein aukar den fysiske aktiviteten kan ein lettare halde vekta innanfor normalområdet (Drevon, Bjørneboe, & Blomhoff, 2007). Ein anna faktor er at barn veks i ulikt tempo, når ungane er i 5-6 års alderen er feittvevet lågast.

Matvanar

Foreldre er rollemodellar for barna sine og har innflytelse på barna sine *matvanar*. Dersom ein av foreldra har eit unormalt etemønster kan dette føre til høgare kroppsvekt hjå barnet. Det er viktig å lære foreldre om sunn mat, porsjonsstørrelsar, og korleis ein kan fremme barnas aksept av nye matvarer (Birch & Davison, 2001). Ein ser at når mat blir tilbydd i større porsjonar så fører det til eit auka mat og energiinntak, og når snacks og godteri blir tilbydd i større porsjonar fører det til eit auka energiinntak (Fisher, Liu, Birch, & Rolls, 2007; Looney, 2011). Det kan også sjå ut som at barn går ned i vekt om dei får eit lågare energiinnhald i maten (Leahy, Birch, & Rolls, 2008).

Ein norsk studie syner at foreldra sine mat og godterivanar verkar inn på barnas vanar og barnas vekt (Oellingrath, Svendsen, & Brantsaeter, 2010). Det har òg synt seg at barn og ungdom med det største inntaket av søte drikkar også har det høgaste energiinntaket, ei forklaring på dette kan vere at barna ikkje klarar å kompensere det auka energiinntaket ved drikke med å redusere inntaket av anna mat (Moreno et al., 2008). Det å ha regelmessige måltid har synt seg og vere positivt for å halde normalvekt. Helseundersøkelsen i Nord – Trøndelag (HUNT, 2011) syner at ungdom som åt frukost og lunsj dei fleste dagane i veka,

hadde mindre risiko for overvekt enn dei som hoppa over frukost og lunsj. Overvektige barn under tre år som har normalvektige foreldre er ikkje i risikograppa for å utvikle overvekt som voksen. Hjø eldre barn med overvekt aukar denne risikoen uavhengig om dei har normalvektige eller overvektige foreldre. Foreldre si overvekt meir enn doblar risikoen for at barnet blir overvektig som vaksen - både hjå barn med fedme og normalvektige barn under ti år (Whitaker, Wrigth, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). Truleg er det ein kombinerings av kosthald og andre faktorar som bidreg til den auka førekomsten av overvekt og fedme hjå barn og unge (Moreno et al., 2008).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er eit overordna omgrep som blir brukt om arbeid, idrett, mosjon, friluftsliv, leik, trening, trim, kroppsøving og blir av Caspersen, 1985 definert som: *"Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå"* (Helse og omsorgsdepartementet, 2005-2007 s. 7). Det viser seg at dess eldre barna blir dess mindre fysiske aktive blir dei, (Sallis, 2000) og at foreldre og eldre søsken si grad av fysisk aktivitet korrelerer med kor aktive barna/ungdommen er (Sallis, Prochaska, & Taylor, 2000).

Samfunnet er i dag lagt opp slik at vi ikkje treng og vere så fysisk aktive som det tidlegare generasjonar var. Resultata av kartlegging av norske 9- og 15- åringar viste at 9- åringane i snitt er meir aktive enn det 15- åringane er, og at gutane i gjennomsnitt er meir aktive enn jentene. Barna er meir aktive i kvardagen enn i helgane, det er ingen sosiale skilnader i om barna er aktive eller ikkje, men barn av foreldre med høgare utdanning har betre kondisjon enn barn med foreldre med lågare utdanning (Andersen, Kolle, Steene-Johannessen, Ommundsen, & Andersen, 2008).

Det å vere stillesittande og mindre fysisk aktiv er med på å føre til overvekt/fedme (Steinbeck, 2001). Nyare studiar viser det motsette, nemleg at overvekt fører til innaktivitet, og at innaktivitet ikkje fører til overvekt (Metcalf et al., 2011). Andelen med barn og unge som deltek i organisert idrett har vore synkande dei siste tiåra. Det er dokumentert at det er fleire gutar enn jenter som er medlem i idrettslag, og at det er få barn og unge som driv eigentrening (Regeringen, 2003). Dette er ei uheldig utvikling, då det er kjend at aktivitetserfaring frå

barne-og ungdomsåra påverkar fysisk aktivitet i vaksen alder. Janssen and Leblanc (2010) har i ein systematisk oversikt sett på helsegevinstar av fysisk aktivitet og helse hjå barn og unge i skulealder. Eit av funna var at det var svakt til moderat slektskap mellom fysisk aktivitet og overvekt/fedme. Det syner seg at det er ein tendens til at barn blir køyrt meir til og frå skulen i dag enn det på 1970- talet. Endringa er størst hjå dei minste barna, dei største barna sykklar meir enn dei minste. Det er skilnader i å føle seg trygg mellom by og land. Dei barna som bur i urbane strøk føler seg meir utrygge i trafikken enn barn i grisgrendte strøk, men foreldrene til barn i urbane strøk er mindre redde for ulykker enn det foreldre i grisgrendte strøk er (Fyhri A, 2011).

Skjermtid

Skjermtid er tidsbruk framfor datamaskiner, fjernsyn og ulike handheldne digitale einingar ein held i hendene, slik som mobiltelefon og Nintendo. Auka skjermtid kan bidra til utvikling av overvekt på grunn av fleire faktorar. Dette kan vere gjennom lågare fysisk aktivitet, auka inntak av mat eller ved påverknad frå reklame for usunn mat (Epstein, Roemmich, et al., 2008b). Frå 1989 og til 2005 har det vore ein jamn auke i barns og unge sin rapporterte bruk framfor PC, auken er spesielt stor frå 2001-2005. Dette gjeld for både jenter og gutar. Gutane rapporterer ein meir omfattande og aukande bruk enn jentene (Samdal et al., 2009).

Forsking viser sprikande funn når det gjeld barn/ungdom og TV. Ei metaanalyse om samanhengen mellom skjermtid, fedme og fysisk aktivitet fann at det var samheng mellom bruk av TV og fedme hjå barn og unge, men det var knytt usikkerheit til om dette var klinisk relevant (Marshall, Biddle, Gorely, Cameron, & Murdey, 2004). Studien “European Yourth Heart Study” byggjer på norske data, der dei utforska målt fysisk aktivitet og TV bruk i forhold til utvikling av overvekt. Funna peikar på at reduksjon i bruk av fjernsyn ikkje bidreg til å auke den fysiske aktiviteten, og at ein bør førebygge bruk av fjernsyn samt å jobbe for å stimulere til aktivitet innaktivitet kvar for seg (Ekelund et al., 2006).

Sosiale og etniske faktorar

Nokre studie peikar i retning av at det å vere aleinebarn, barn av aleineforeldre og barn i familiar med ein lågare *sosioøkonomisk status* kan vere risikofaktor for å utvikle

overvekt/fedme (Wang, 2007). Tal frå Noreg viser at familiar med høg utdanning og høg inntekt har eit meir helsefremjande kosthald enn dei med låg utdanning og låg inntekt, samt at det er fleire fysisk inaktive i gruppene med låg utdanning (Helse og omsorgsdepartementet, St meld nr. 20 (2006-2007)). Studie syner også at foreldre som har overvektige barn ikkje alltid er klar over dette sjølv (He & Evans, 2007). Ein studie av Lien Kumar & Lien (2007) viser stor variasjon i førekomsten av overvekt og fedme mellom ulike etniske grupper. Den syner mellom anna ein større del overvektige hjå ikkje-vestlige barn enn blant etniske norske.

Somatiske og medisinske konsekvensar

Dei somatiske og medisinske konsekvensane av overvekt og fedme er mange, og WHO konkluderer med at overvekt/fedme fører til alvorlege lidningar. Risikoen aukar etter kvart som KMI aukar (WHO, 2011). Utviklinga av metabolsk syndrom kan starte alt i barne- og ungdomsåra hos dei som er arveleg disponerte for det (Steinberger et al., 2009).

Barn med overvekt/fedme i risikograppa for å utvikle hjarte/karsjukdommar som vaksne på grunn av at utviklinga av aterosklerose alt kan starte i barneåra (Wynne, Stanley, McGowan, & Bloom, 2005). I Noreg er førekomsten av type 2 diabetes hjå barn låg, medan ein i USA finn ein kraftig auke i type 2 diabetes, overvekt og metabolsk syndrom (Pinhas-Hamiel et al., 1996). I tillegg fysisk innaktivitet kan overvekt og fedme også føre til ein del andre plager hjå barna og dei vanlegaste er: Smerter i kne- og hofteldd, søvnrelaterte luftvegsproblem som igjen kan føre til: kognitiv svikt, åtferdsvanskar, humørsvingingar, trøttleik på dagtid, reduserte skuleprestasjonar og redusert livskvalitet. Førekomst av astma har auka parallelt med auken av overvekt og fedme. (Helsedirektoratet, 2010b).

Psykososiale faktorar og livskvalitet

God psykisk helse er grunnleggande for alle barn og unge. Det å skape gode oppvekstvilkår og sikre barns rettar står sentralt, og psykisk helse er definert som eit området ein skal satse på for å oppnå dette. Ei undersøking gjort i sju europeiske land av barn i alderen 9-17 år synte at ungdom rapporterte lågare livskvalitet enn barn og jenter lågare enn gutar (Bisegger et al., 2005). I følge Barlow (2007) er emosjonell helse, i tydinga god sjølvkjensle og godt forhold til mat og kropp ei målsetjing.

I ein amerikansk studie rapporterte barn og ungdom med overvekt/fedme lågare helsereelatert livskvalitet enn normalbefolkninga. Livskvaliteten var like låg som barn og unge som hadde kreft (Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003). Ei norsk studie syner at kroppsbiletet meir enn KMI korrelerer med helsereelatert livskvalitet (Haraldstad, Christophersen, Eide, Natvig, & Helseth, 2011). Ein studie frå Australia syner at barn rapporterte lågare sosial og fysisk funksjon enn normalvektige barn (Williams, Wake, Hesketh, Maher, & Waters, 2005). Forsking syner at barn og unge med overvekt/fedme oftare har risikoåtferd enn normalvektige. Det er forskjellar mellom kjønna, der jentene i større grad rapporterte at dei hyppig brukte rusmiddel, medan gutane i større grad enn jentene tydde til vald i konfliktsituasjonar (Farhat, Iannotti, & Simons-Morton, 2010).

Ein norsk studie av Steinsbekk med kollegaer (2009) har sett på kva som kjenneteiknar norske barn med fedme i forhold til andre barn, og om dei har meir psykiske helseplager og dårlegare livskvalitet enn andre. Studiar syner mellom anna at barn med fedme i gjennomsnitt hadde dobbelt så mykje emosjonelle vanskar og åtferdsvanskar som barn i normalbefolkninga, dette kan vere emosjonelle problem som angst, depresjon eller utagerande problem som gjer utslag i åtferdsvanskar. Steinsbekk påpeikar at det å ha redusert livskvalitet ikkje har samanheng med vekta, men med psykologiske faktorar hjå barn som får behandling for fedme (Steinsbekk, Jozefiak, Odegård, & Wichstrøm, 2009). Det er kjent at fedme og livskvalitet heng nøye saman og at livskvaliteten går ned når vekta går opp (Tsiros et al., Apr 2009). Førekomen av psykiske lidingar hjå barn og unge i normalbefolkninga er om lag den same som hjå barn med fedme, men dei barna som søker behandling for fedme har fleire psykologiske vanskar enn dei som ikkje søker behandling (Zametkin, Zoon, Klein, & Munson, 2004). Dei ungdommane som blir fylgt opp i spesialisthelsetenesta for fedme rapporterer lågare livskvalitet enn ungdom som blir fylgt opp i kommunehelsetenesta (Swallen, Reither, Haas, & Meier, 2005). Studie syner at det hjå jenter var samanheng mellom psykiske plager og overvekt (Lien, Kumar, & Lien, 2007).

Overvektige ungdom har ein auka risiko for dårleg sjølvkjensle og nedsett livskvalitet spesielt i forhold til den fysiske utsjånaden, atletisk form og sosial funksjon (Griffiths, Parsons, & Hill, 2010). Barn og unge er i lita grad bekymra for dei helsereelaterte konsekvensane som kan kome av overvekt/fedme, dei er opptatt av kropp, utsjånad, klede og fysisk aktivitet (Steinsbekk & Sørebo, 2010). Faktorane som i størst grad er assosiert med redusert

sjølvkjensle er; tidleg ungdom, vere kvinne, å identifisere seg med “mengda”, den kulturelle standarden av kroppsfasong, mobbing, det å vere eit offer, samt det å ha ei historie med sterk foreldrekontroll på matfronten og eigne førestillingar om vekt (Lowry, Sallinen, & Janicke, 2007).

Det har vore usikkerheit knytt om det å behandle overvekt og fedme hjå barn kan føre til eteforstyrningar og andre relaterte komplikasjonar. Ein review artikkel baser på fem studiar konkluderte med at det var ein minimal risiko for auke i eteforstyrningar hjå barn ved profesjonelt administrerte behandlingstilbod mot overvekt (Butryn & Wadden, 2005). På den andre sida ser ein at fedme hjå barn aukar risikoen for forstyrra eteåtfærd, noko som igjen auka sannsynlegheita for ytterligare vektauke. Barnefedme og eteforstyrningar kan sjåast i samanheng, men det er usikkerheit rundt denne samanhengen (Austin, 2011; Mesas, Muñoz-Pareja, López-García, & Rodríguez-Artalejo, 2012). For å unngå panisk slankeåtfærd hjå dei som går til behandling for overvekt/fedme må dei som skal hjelpe bruke ei tilnærming som er pedagogisk der dei vektlegg tilrettelegginga av sunne og trivselsskapande måltid. I tillegg må dei bruke ein psykologisk kompetanse ved at dei forstår mekanismane som ligg bak og dermed kan handle på ein slik måte at ein unngår å skape stress, uro og bekymringar om vekt og utsjånad (Øen & Stormark, 2012).

Stigmatisering

Aksepten for nokre kilo for mykje er større ettersom snittvekta går opp (HUNT, 2011). På den andre sida ser ein at born som sjølv er i faresona for og verte overvektige, stigmatiserer andre overvektige born alt i tidleg alder. Utviklinga av hjelpeprogram må ha som mål å redusere både stigmatisering og overvekt (Rich, 2008). Stigmatisering og diskriminering mot overvektige er gjennomgåande, og fører til fleire konsekvensar for deira psykiske og fysiske helse. Trass i at dokumentering av overvektige vert stigmatisert vert implikasjonen av dette i forhold til folkehelsa ignorert, istadenfor vert overvektige personar skulda for vekta si og stigmatisering genererer dermed til helseforskjellar (Puhl & Heuer, 2010). Funn frå Musher-Eizenman (2004) si studie syner at førskulebarn sine haldningar til figurar av tjukke barn er negative. Ei gruppe barn vart synte figurar av normalvektige og overvektige barn og spurt om kven dei helst ville ha som leikekamerat, og om dei trudde at figuren sjølv kunne kontrollere si eiga vekt. Resultata synte at figurane som dei meinte var tjukke, sjølv var skuld i overvekta

si. Dei brukte flest negative adjektiv for tjukke figurar, og den tjukke figuren vart også valt sjeldnare som leikekamerat enn dei andre.

2.2 Utgreiing, behandling og oppfølging

Helsedirektoratet har laga retningslinjer for korleis førebygge og behandle barn med overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2010b). Hensikta med retningslinjene er at dei skal vere ei hjelp for helsepersonell og deira samarbeidspartar i kampen mot overvektsproblematikken.

Utgreiing

Kartlegging av overvekt og fedme kan gjerast av helsesyster/lege eller anna kvalifisert personell. Høgde og vekt blir brukt for å berekne kroppsmasseindeksen (KMI). Verdiane blir lagt inn på høgde/vekt og KMI- kurver; desse blir brukt til å bedømme vekstforhold og tendens til utvikling av overvekt (Helsedirektoratet., 2010b). KMI over iso-KMI 25 prosentilen fortel om overvekt. Helsepersonell bør vere særleg merksame dersom begge foreldra er overvektige, ved risiko for metabolsk syndrom i familien eller ved teikn på at barnet kryssar KMI prosentilar oppover. Fastlegen skal gjere ei medisinsk utreiing, og det er han som bestemmer om det skal sendast tilvising til spesialisthelsetenesta. Målet er å identifisere kor mange barn og unge som avvik i vekst på eit tidleg stadium, og å kunne redusere dei negative konsekvensane dette kan ha for den einkilde. Avvik i vekst er forstått som avvik i vekt, lengd/høgde og hovudomkrins. Nye retningslinjer for veging og måling på helsestasjonen og i skulehelsetenesta inneberer at barna vert målt fleire gangar enn tidlegare (Helsedirektoratet., 2010a) Dette vil gi grunnlag for å kunne setje i verk og evaluere tiltak på både individ- og befolkningsnivå.

Behandling og oppfølging

Behandling av overvekt og fedme utgjer oftast ein kombinasjon av kosthaldstiltak og auka fysisk aktivitet, åtferdsterapeutiske og/eller familierapeutiske tilnærmingar. Hovudmålet med behandlinga av overvekt og fedme hjå barn er å skape varig god helse gjennom helsefremjande levevanar, slik som sundt kosthald og jamleg fysisk aktivitet. Helsefremjande

levevanar kan føre til varig vekttap eller vedlikehald av vekt for nokre barn, medan andre treng ytterlegare tiltak for å stabilisere eller redusere vekt på lengre sikt. Til dømes kan åtferdsstrategiar (kognitivterapi, familieterapi) vere føremålstenleg for å utvikle og oppretthalde sunne vanar. I tillegg tilbyr helsevesenet behandling/oppfølging av dei som alt har utvikla overvekt og fedme. Det er ikkje god nok dokumentasjon på effekten for å behandle og følgje opp barn og unge med overvekt/fedme, men i følgje Oude et al. (2009) må tiltaka inkludere heile familien.

Det primære målet for å behandle fedme er å betre den langsiktige fysiske helsa gjennom å skape permanente sunne helsevanar. Innføring av desse vanane åleine vil føre til betre vekt (vekttap eller vedlikehald av vekt) for nokre barn, medan andre barn og unge kan ha behov for ekstra fokusert innsats for å redusere energiinntaket og auke energiforbruket. Andre igjen kan trenge ytterlegare hjelp med åtferdsmodifikasjons strategiar for å utvikle og oppretthalde sunne vanar. Emosjonell helse (god sjølvkjensle og hensiktsmessige haldningar til mat og kropp) er også eit viktig resultat. For å oppnå desse måla vert det anbefalt at behandlarane tilbyr ei tilnærmande behandling på fire stadium av aukande intensitet. Pasientar kan starte på den minst intensive fasen og avansere avhengig av respons på behandling, alder, grad av fedme, helserisiko og motivasjon. Behandlarar kan identifisere nokon overvektige ungdommar som er motivert for å starte åtferdsending i ein meir intensiv fase. Denne tilnærminga kan føre til større suksess når fedme er meir alvorleg, så lenge pasienten er motivert (Barlow, 2007).

Han et al. (2010) har tilrådd at barn som ligg høgare enn 95-persentilen, eller høgare enn 85 persentilen når det i tillegg er hypertensjon, hyperlipidemi eller nedsett glukosetoleranse, til å blir vurdert for behandling. Ikkje-farmakologiske tilnærmingar bør vere grunnlaget for all behandling av fedme spesielt hjå barn, og bør alltid betraktast som fyrstelinjebehandling. Det bør vurderast iverksetting av tiltak ved tendens til overvekt. Barn med aukande KMI og eller iso-KMI < 30 bør få tilbod om behandling. For barn som er i vekst er målet å stabilisere vekta og å oppnå iso-KMI >30 gjennom auka fysisk aktivitet og endring av kostvanar. Vidare rådar ein til at diettar og slankekurar ikkje vert brukt som behandling (Helsedirektoratet, 2010b).

Behandling av overvekt og fedme krev langsiktig oppfølging og tverrfagleg samarbeid. Behandlinga må involvere heile familien då foreldrene er sentrale rollemodellar og

støttespelarar for barna. Det er legen som har behandlingsansvar, og fokuset i behandlingsmåla bør fokusere på motivasjon til åtferdsending, tilrettelegging av det psykososiale miljøet, auka fysisk aktivitet, redusere dei stillesittande aktivitetane samt fokusere på gode kostvanar der ein også reduserer energiinntaket. For å auke barnets, ungdommens og familiens fysiske aktivitet er det viktigaste tiltaket å auke kvardagsaktiviteten. Når det gjeld kosthaldet bør fokuset vere på regelmessige måltid, auka inntak av frukt og grønt, reduksjon av porsjonsstørrelsar samt å redusere inntaket av sukker og feitt. Spesialisthelsetenesta skal vere med på å sette diagnose og behandle alvorleg overvekt med føljesjukdommar, og behandling og oppfølging må skje som eit samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetenesta. Lågkaloridiettar, medikamentell behandling og kirurgi bør berre bli tilbydd utvalte ungdommar med fedme, og skal kun gjennomførast i regi av spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet, 2010b).

2.3 Ulike intervensjonar innanfor behandling av overvekt og fedme

Fleire har sett på kva intervensjonar innanfor behandling av overvekt og fedme som har best effekt (Epstein, Paluch, Beecher, & Roemmich, 2008; Oude Luttikhuis et al., 2009; Reilly, 2006). Nedanfor viser eg til resultat av tiltak innanfor fysisk aktivitet, stillesittande aktivitetar og kosthald, i tillegg til studiar som omhandlar samansette tiltak. Andre behandlingar som medikamentell behandling eller behandling der andre årsaker ligg til grunn for at barnet lir av sjukleg overvekt vert ikkje tatt med.

I eit systematisk oversiktsartikkel av Oude et al. (2009) som inkluderte kontrollerte studiar av behandlingar for overvektige barn, såg forskarane på 64 studiar, 54 av desse vart vurdert til å vere ikkje- farmakologiske livsstilsintervensjonar. Trass metodiske svakheiter konkluderte forskarane med at familiebaserte livsstilsintervensjonar med eit åtferdsprogram retta mot å endre kosthald og fysisk aktivitet og tankemønster ga signifikant og kliniske relevant reduksjon i overvekt hjå barn og unge både på kort og lang sikt. Behandlingsformer som åtferdsterapi, kognitiv åtferdsterapi og familie baserte åtferdsterapi har synt å ha gode resultat

i behandling av overvekt og fedme hjå barn (Braet, Tanghe, Decaluwé, Moens, & Rosseel, 2004; Rossini et al., 2011; Wilfley, Kolko, & Kass, 2011).

I følge Reilly (2006) er det ein del funn som innanfor pediatrike tilnærmingar til behandling av pediatrik fedme som ikkje er tatt med. Etter femårsrevisjon av 254 pasientar (ved Sick Children Hospital i Edinburgh) som var tilvist frå primærhelsetenesta, synte det seg at 54 % av pasientane ikkje møtte opp på nokon av dei avtalene som vart gjort for dei, av dei 48 % av pasientane som møtte, og som deltok på minst ei av dei tre avtalene som vart gjort, var det berre 22 % som klarte og vedlikehalde dette etter 6 mnd – dvs. 12 % av dei som vart tilvist til klinikken. Reilly peikar på at dette kan syne at tradisjonelle tilnærmingar til behandling ikkje er tilstrekkeleg kunnskapsbaserte, tilstrekkelig klientsentrert og/eller utilstrekkelige intense (Reilly, 2006).

Ei kvalitativ studie av Staniford, Breckon, Copeland, and Hutchison (2011) hadde som mål å finne ut kva dei ulike aktørane (barn, foreldre og helsearbeidarar) la vekt på innanfor behandling av fedme. Resultatet synte at alle var einige i at behandlinga burde innlemme heile familien og legge vekt på fysisk aktivitet, kosthald og psykologiske aspekt. Foreldre og barn rapporterte at dei trengde pågåande støtte for å fortsette åtferdsending etter avslutta behandling. Helsearbeidarar meinte at intervensjonane skulle ha som mål å lage sjølvstendige individ som etter avslutta behandling klarte å vedlikehalde åtferdsendingane (Staniford et al., 2011).

Fysisk aktivitet

Dei norske tilrådingane for fysisk aktivitet til barn og unge er 60 minutt kvar dag (Helsedirektoratet, 2008). Oversiktsstudium gjort av Reilly (2006) har undersøkt fysisk aktivitet som førebygging og behandling av fedme hos barn. I ein systematiske oversiktsartikkel peika dei på at det kan sjå ut som det å auke aktivitet og redusere innaktivitet kan vere effektive tiltak i behandlinga. Eit av måla burde vere å redusere stillesittande åtferd, spesielt det og sjå TV, samt auke den fysiske aktiviteten. Det å redusere stillesittande åtferd (TV, data, handheldne spel og så vidare) til maksimalt to timar kvar dag er eit av dei mest effektive tiltaka i behandlinga mot fedme (Reilly, 2006). Dette forutset at dei erstattar innaktivitet med aktivitet (Metcalf et al., 2011). Reilly (2006) seier vidare at det å auke den fysiske aktiviteten også er eit lovande tiltak, sjølv om det er uklart om fokus bør vere på

uthaldstrening og/eller kvardagsaktivitet. Barn med fedme har generelt avgrensa treningstoleranse, men truleg er det oppnåeleg å auke kvardagsaktiviteten gjennom til dømes å gå til skulen (Reilly, 2006). Andre studiar finn også at det å redusere TV og databruk kan ha ei viktig rolle i å førebygge og å senke KMI på små barn, men at desse endringane kan relaterast meir til endringar i engergiinntaket enn til endringar i den fysiske aktiviteten (Epstein, Roemmich, et al., 2008a).

Nowicka og Flodmark (2006) seier at for å hjelpe barn og unge med fedme er det ikkje nødvendig å lage strukturerte treningsprogram. Familien og helsearbeidaren kan diskutere praktiske nøkkelomgrep som truleg kan resultere i ein meir aktiv livsstil, som å redusere stillesittande aktivitetar, oppmuntre til spontan leik, fremje kvardagsaktivitet og sport, vektlegge gymtimane samt å auke variasjonen på aktivitetar og hobbyar (Nowica & Flodmark, 2006).

Kosthald

Dei norske anbefalingane er gode rettesnorer for eit sundt kosthald. Kort oppsummert seier dei at: Ein anbefala eit kosthald som i hovudsak er plantebaserte og som inneheld mykje grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk. Ein bør ete mindre rødt kjøtt, salt, tilsett sukker og energirike matvarer. Det bør vere balanse mellom engergiinntak og energiforbruk. Det er så langt ikkje vist forskjell i KMI reduksjon i ungdom med fedme ved ulike diettar av karbohydrat, feitt og protein (Helsedirektoratet, 2011).

Reilly (2006) seier at behandlinga må innehalde kosthaldsendringar, og “the traffic ligh” metoden frå Epstein eller ein modifisert versjon av denne ser ut til å vere ein praktisk og lovande kosthalds strategi (Epstein, Paluch, et al., 2008; Reilly, 2006). Det kan sjå ut som det er eit slektskap mellom store energittette porsjonsstørrelsar i barneåra og fedme, noko som fortel oss at å redusere engergiinnhaldet i maten burde kunne vere ein effektiv måte å førebygge og behandle fedme på (Rolls, 2010). Ny forskning syner at kosthaldet er viktigare enn den fysiske aktiviteten for å få til ein vektreduksjon, og at ein skal vere ekstremt aktiv for å gå ned i vekt når ein fyrst er blitt for stor (Steinsbekk et al., 2012).

Nordic Nutrition Recommendations (NNR) og WHO har anbefalt at når det gjeld bruk av sukker bør hovudfokuset vere på å redusere søte drikker, sukkertøy, is og kaker framfor anna type sukkerhaldig mat (Nowicka & Bryngelsson, 2006).

2.4 Forsking om helsearbeidarar sine erfaringar

Vidare presenterast resultat av studier som ser på erfaringar helsearbeidarar har med jobba med familiar som har barn med fedme. Det er gjort søk i Cinahl, Medline, Ovid Pub Med, Joanna Biggs og Cochrane. Søkeorda er brukt i ulik kombinasjon, og med samanbinding AND og OR. Søkeorda var: health workers, practioners, nurse, general practis, experience, treatment, obesity, family.

Ei svensk kvalitativ studie av sjukepleiarar og legar sine erfaringar i møte med overvektige pasientar i primærhelsetenesta syner at både sjukepleiarane og legane følte at dei trengte auka kompetanse i å fremje til livsstilsending. Dei drog fram at det å halde på nye vanar var viktig for familiare, og at det var viktig at sjukepleiar og lege forstod pasientane sine haldningar. Det var motstridande oppfatning om fedme er ein sjukdom eller ikkje, og om kven som har behandlingsansvar for pasientane. Når det gjaldt sjølve pasientbehandlinga meinte sjukepleiarane og legane at det var viktig at pasientane vart møtt med respekt, og at ein skulle tilby individuelle løysingar som kunne følgjast trinn for trinn av pasienten. På spørsmål om kva som var til hinder for å få til ein god relasjon med pasientane, var svara at pasientane ikkje hadde motivasjon til å endre åtferd, eller at dei hadde unnvikande åtferd – det kom også fram at pasientane hadde for mykje tillit til helsearbeidarane, og at pasientane mangla sjølvtilit (Hansson, Rasmussen, & Ahlstrom, 2011).

Ei liknande kvalitativ studie vart gjort av Walker, Strong, Atchinson, Saunders, and Abbott (2007) der dei intervjuar tolv legar og seks sjukepleiarar. I studien kom det fram at både legane og sjukepleiarane følte at deira rolle var å ta opp temaet om barnas vekt, men at overvekt var eit sosialt problem og eit familieproblem. Hindringar eller barrierar var: tidsklemme, mangel på erfaring og mangel på ressursar. Både legane og sjukepleiarane var redde for at forholdet mellom helsearbeidar og pasient skulle bli øydelagt av det å diskutere dette ømtålige temaet. Det synte seg også at både legane og sjukepleiarane følte seg dårleg rusta til å behandle fedme

hjá barn på grunn av manglande bevis for effektive tiltak. Dei var skeptiske til at tiltak i høve til kost og fysisk aktivitet ville ha noko effekt høve til barnas overvekt.

Det er også gjort eit fokusgruppeintervju av amerikanske helsesystrer der målet var å kartlegge helsesøstrene sine barrierar i høve til det å ta opp barns vekt med familiane (Steele, Wu, Jensen, Pankey, & Davis, 2011). Helsesøstrene gav uttrykk for at dei hadde for lite kunnskap om å rettleie familiane slik at barna gjekk ned i vekt. Dei følte at dei mangla tid og ressursar til å gjere dette arbeidet, at dei ikkje var kompetente nok, og fekk for lite støtte av leiinga. Nokon sa at dei hadde eigne vektrelaterte problem som igjen førte til at dei følte at dei ikkje fekk tillit av familiane. Andre årsaker som vanskeleggjorde arbeidet var dårlege, tidlegare erfaringar med livsstilsendingsprogram, eller at barna sjølv mangla motivasjon.

Helsesøstrene fortalte at nokre familiar ikkje såg på vekt som eit problem, og at dei ikkje var motivert til endring. Det kunne vere kompliserte familieforhold som gjorde det vanskeleg for helsesøstrene å sette i gang tiltak, eller at familiane hadde lite tid og ressursar til å prioritere barnas fysiske aktivitet og etevanar. Andre årsaker var kulturelle ulikskapar som språkproblem, manglande kunnskap om kva mat som var vanleg å ete i dei ulike kulturane, ulikt syn på kva som var vanleg kroppsstørrelse og høg prevalens for vektproblem i enkelte kulturelle grupper. Helsesøstrene sa at dei var redde for reaksjonane til familiane når dei snakka om barnas vekt- at dei var redd for at foreldrene skulle føle seg personleg angripne. Det var også vanskeleg å danne eit forhold til barna på grunn av at dei møttes så sjeldan. Maten i kantina på skulen var av dårleg kvalitet, der det var manglande sunne alternativ. Dei nemnde også sosiale normer som eit problem, blant anna at synet på kven som var overvektig hadde endra seg (Steele et al., 2011).

Det som peikar seg ut til å vere dei største utfordringane eller barrierane er at det er ressursmangel og at helsearbeidarane har ikkje tru på at behandlinga verkar. Den utfordringa som peikar seg mest ut er at helsearbeidarane føler at dei manglar ekspertise i møte med familiane (Turner, Shield, & Salisbury, 2009). I ei studie av Spivack, Swietlik, Alessandrini, and Faith (2010) oppgav helsearbeidarane at det var ulike barrierane hjå familiane som vanskeleggjorde arbeidet med familiane. Eksempel på dette er at foreldre og barn er ikkje motivert til å endre livsstil, foreldrene er overvektige, familiane et feil type mat og er i for lite aktivitet samt at dei ser for mykje på TV (Spivack et al., 2010).

2.5 Motivasjon og endring

Det blir no gjort greie for kva eg i denne oppgåva meiner med helse, helseåtfærd og motivasjon. Vidare vert det gjort greie for motiverande samtale (heretter omtala MI). MI vert i aukande grad blir nytta innanfor førebyggjande arbeid i skulehelseteneste/frisklivssentralar, og nytta i stadig større grad i arbeidet med familiar som har barn med overvekt/fedme for å motivere til endring av helseåtfærd (Helsedirektoratet, 2008).

Helseomgrepet

Den biomedisinske definisjonen av helse er fråvær av sjukdom. Definisjonen er derimot kritisert for å vere for snever og for å ha for høgt fokus på fysisk funksjon. Som ein motreaksjon til denne laga WHO i 1948 denne definisjonen av helse: *“Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 1948).

Det er også innvendingar mot denne definisjonen ved at den har gjort sjukdomsomgrepet vanskeleg å avgrense, og at den er eit eksempel på eit uoppnåeleg ideal. Den norske legen Peter F Hjort har definert helse som: *“Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav.”* (Mæland, 2010, s. 24). Her vert helse tenkt som ei evne til å fungere eller meistre, og sett i samanheng med dei krava som menneske vert utsett for. På den måten kan ein forstå helse som ein ressurs, som gir mennesket styrke til å fungere og motstandskraft til å stå i mot dei påkjenningane ein vert utsett for gjennom livet. I følgje (Mæland, 2010, s. 25) kan ein skilje mellom minst tre oppfatningar av helse: *“Helse som fravær av sykdom, helse som ressurs og helse som velbefinnende”* (Mæland, 2010 s. 9).

Som helsearbeidarar prøver vi å hjelpe folk til å få sunnare levevanar, ved å hjelpe dei til å slutte å røyke eller hjelpe folk til eit betre kosthald. Dette stemmer overeins med dei kunnskapane vi har om helseåtfærd sine konsekvensar for eiga helse. Det er viktig å stimulere til eigenomsorg gjennom å gjere folk bevisste på og hjelpe dei med kva som er positiv helseåtfærd. Ein tanke er at folk må ta det ansvaret dei har for eiga helse, ein kan ikkje overlate ansvaret for eiga helse til andre, den kan ikkje vere eit samfunnsansvar (Espnes & Smedslund, 2009). Helse vert også påverka av genetiske og biologiske faktorar, faktorar knytt

til individets åtferd og psykologiske væremåte, miljø og omgivnadane samt førebyggjande tiltak, behandling, omsorg og pleie.

Dei fleste har kjennskap til at det er ein samanheng mellom korleis du lever og korleis det går med helsa di. Det er for dei fleste kjend at for å oppretthalde ei god helse bør ein ikkje røyke, ein bør ha eit variert kosthald med mykje frukt og grønt, vere forsiktig med alkohol, vere fysisk aktiv og passe på å få nok søvn. I denne oppgåva er eg oppteken av at endringane skal vere helserelevante. Kasl og Cobb (1966) har definert helseatferd på denne måten:

“Helseatferd er enhver aktivitet hos en person som oppfatter seg selv som frisk, og hvor målet er å forebygge eller oppdage sykdom før den bryter ut”. (Espnes & Smedslund, 2009, s. 90).

Motivasjon

Motivasjon er eit omgrep som er mykje brukt og misbrukt i daglegtale, og blir ofte brukt for å forklare kvifor ein person endrar eller ikkje endrar åtferd. For å lukkast med endring av helseatferd er motivasjon den drivkrafta som skal til for å lukkast. Motivasjon kan definerast som *årsaker til menneskelege handlingar*; dvs faktorar som set i gang, gjev retning og intensitet til og opprettheld åtferd (Barth, 2001). Tankar og kjensler påverkar åtferd. Ein persons tankar og kjensler vil igjen vere påverka av motiv, grunnar, ynskjer, tankar, frykt, avgjersle, intensjonar, bekymringar med meir (Barth, Børtveit, & Prescott, 2001). I følgje Øen (2012) er motivasjonen vår i stadig endring basert på kva erfaringar vi har og kva tankar vi har om ein situasjon.

Endring og vedlikehald

Endring skjer i følgje Prescott & Børtveit (2004) på to plan, desse er det tankemessige planet og handlingsplanet. Samanhengen mellom intensjon og handling står sentralt innanfor fleire helse åtferdsteoriar og modellar til dømes stadiemodellen (Conner & Norman, 2005).

Prochaska et al. (1994) seier at endringsarbeidet kan sjåast som ei rørsle gjennom fasar, og at det er avgjerande å bestemme seg for endring på det riktige tidspunktet.

Barth et al. (2001) seier at for å kunne hjelpe familiar til å gjere endringar treng helsearbeidarar å kjenne til endringsprosessar (Barth, 2001). Ein kan sjå utviklinga av varig

åtfærd som ein endringsprosess, og at dersom ein ser endring i eit slikt perspektiv kan det hjelpe oss til å lettare forstå kva ein person strevar med, og kva oppgåver som må løysast for at han skal kome seg vidare. Prescott & Børtveit (2004) deler endringsarbeidet inn i tre stadie: *Bevisstgjerjing* – å få eit realistisk eller hensiktsmessig bilete av åtfærd og dei negative konsekvensane.

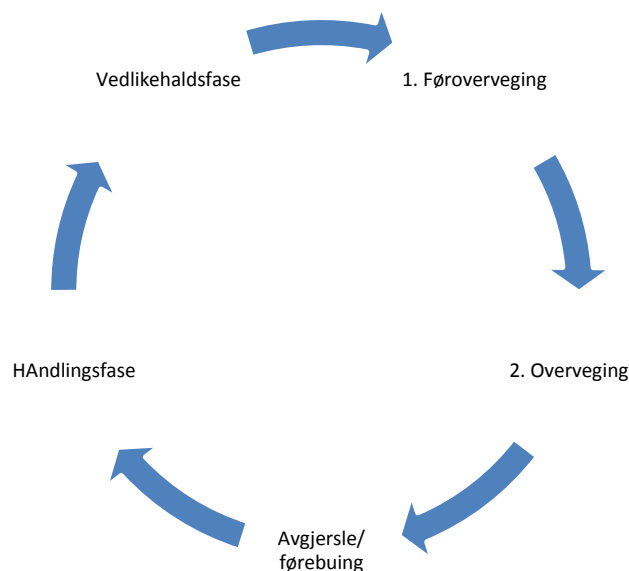
Avgjersle om endring – der ein går gjennom ambivalens og gjer avgjersla forpliktande.

Setje i gang og styrkje endring – her ligg fokuset på å finne fram til gode og akseptable framgangsmåtar. For å halde på endringane over tid treng ein uthaldenheit, ein treng å fornye motivasjonen, ein må førebygge tilbakefall og ein må bearbeide dersom ein har hatt glippar og tilbakefall (Prescott & Børtveit, 2004).

Transteoretisk modell

Transteoretisk modell/stadiemodellen (Prochaska et al., 1994) er ein forklaringsmodell som vektlegg endringsprosessar, om kva som skjer frå du har bestemt deg for å endre noko, til endringa skjer. Prochaska et al. (1994) seier at vi kan gå frå eit trinn til neste, men ein kan også gå tilbake eit steg, eller bli ståande på same trinnet. Det å få tilbakefall er normalt. Ved å forstå desse trinna i prosessen, kan ein få kontroll over endringa og få til raskare og mindre smertefull endring.

Figur Nr. 1 Transteoretisk modell.



(Omarbeida etter etter Prochaska & DiClemente, 1992).

1. *Føroverveging.* I starten av ein endringsprosess er ein person med ei problematisk åtferd lite oppmerksam på åtferda sine negative sider. I denne fasen legg ein merke til dei gode sidene ved åtferda og overser dei mindre gode sidene. Dei som er i denne fasen er i liten grad mottakelege for informasjon om ulempene ved eiga åtferd. Om ein har kunnskap kan ein gjerne vurdere informasjonen som lite relevant for ein. Bakdelen med åtferda er ofte tydeligare for andre enn for personen sjølv. Det kan vere utfordrande å engasjere personar i denne fasen til ei samtale om uheldige konsekvensar av åtferda. Dette kan gjere seg utslag i at dei skifter emne, dei svarer knapt, dei kan bli irriterte og signaliserer på alle måtar at dei ikkje ynskjer å fortsette samtala. DiClemente har forklart fire reaksjonsmønster som ”beskyttar” dei som er i denne fasen med innsikt eller hindrar dei i å verte merksame på dei uheldige konsekvensane av åtferda. Dette er benekting og bagatellisering, rasjonalisering, aktiv protest og resignasjon.
2. *Overveging.* I denne fasen blir personen meir merksam på dei uheldige sidene ved åtferda, på same tid opplever han at den har gode sider. Resultatet kan vere at han ynskjer å endre seg, men kan vere usikker på om det er nødvendig, og om han eigentleg vil endre seg. Mange av dei som er i denne fasen har planar om å ta fatt på ei endring innan 6 månader. I ein slik fase kan personen slite med ambivalens – og kan gå i ulike tankefeller der ein veg fordelane opp mot bakdelane med åtferda – ein del menneske vil kunne vere i denne fasen i lang tid.
3. *Avgjersle/førebuing.* I denne fasen tek ein avgjersle om ei endring, ein planlegg oftast å gjere endringa innan ein månad. Ein førebur seg ved at ein dannar seg førestillingar om korleis ting skal verte etter endringa. Det å fokusere på det som er bra for ein i framtida, aukar sannsynet for at endringa blir varig. Ein treng kanskje å overtale seg sjølv om at endring er nødvendig – og dersom ein fokuserer på det negative kan ein risikere tilbakefall. Dette kan vere ein fase der ein søker råd og rettleiing hjå andre. Dei som korta ned førebuingsfasen har større sjanse for å ta til med den negative åtferda att.
4. *Handlingsfase.* Er i starten ei optimistisk og oppløftande periode. Å handle er å gjere noko ein ikkje gjorde før, gjere meir av andre ting eller slutte med noko. Tilvente åtferdsmønster er ikkje endra i ei handvending. Om ein lukkast eller ikkje er avhengig av at førebuingane har vore grundige, ein har investert nok i endringane, om det finst fleire måtar å hjelpe seg på

eller om ein stolar på ein enkelt metode, eller som ein gjer om att ting som ein tidlegare har erfart ikkje hjelp.

5. *Vedlikehaldsfase*. Inneberer for mange hardt arbeid og krev at ein passar på og er vaken overfor korleis ein lever. Det er behov for å halde oppe motivasjon, meistre utfordringar og mobilisere styrke for å stå imot freistingar. Avgjersla om endring må haldast ved like, og ein må fokusere på det som er positivt ved å endre åtferd. Motivasjonen for å fortsette med endringa aukar dersom ein opplever å ha det betre enn før. Det er ikkje alle problem som forsvinn, eksempel på dette er psykiske symptom. Det er viktig å førebygge tilbakefall, og om ein får tilbakefall er det viktig å gjere det kortvarig, og avgrense “skadane” (Prochaska et al., 1994).

MI som verkty

MI kviler på humanistisk psykologi då spesielt på Carl Rogers si klientsentrerte tilnærming, der fokuset er ei samarbeidande, respektfull og empatisk tilnærming (Prescott & Børtveit, 2004). Vidare støttar metoden seg til Prochaska og Di Clements transteoretiske teori om at åtferdsendring går gjennom fasar til Daryl Bems sjølvpersepsjonsteori og til kognitiv dissonansteori av Festinger (Andresen, 2010). Helsearbeidaren har pasienten i fokus og brukar samtala som eit verkty (Prescott & Børtveit, 2004). MI vaks ut av ein serie av drøftingar mellom gjesteforskaren William R. Miller og ei gruppe norske psykologar ved Hjellestadklinikken utanfor Bergen i 1982. I sin fyrste artikkel om MI skildrar Miller (1983) metoden som ein pragmatisk tilnærming basert på sunn fornuft og prinsipp frå erfaringar innanfor rådgivingspraksis. MI handlar om motivasjonsfaktorane ved endring. Dermed handlar MI nødvendigvis ikkje om korleis endringa skal skje, men om endringa skal skje – kvifor ei endring skal skje eller kvifor ikkje endring skal skje (Barth & Nasholm, 2007). Målet er at klienten skal reflektere over, føle, tenkje og møte seg sjølv – for så og utforske sin eigen motivasjon, og ta stilling til ei eventuell endring. Det er klienten sjølv som sit med fasiten på sitt problem, si eiga sak og den som kjenner prosessen. I MI er det viktig å ta omsyn til pasienten sin autonomi (Barth & Nasholm, 2007).

MI antek at folk flest har motstridande kjensler eller usikker motivasjon for endring og at dei ofte vaklar i si grad av motivasjon og ambivalens (motstridane kjensler). MI tillèt at klientar ope uttrykker sin ambivalens for å rettleie dei til ei tilfredsstillande løysing av motstridane motivasjonar. Målet er at klienten skal ønske og gjere åtferdsendringar. Det er ikkje MI-

rådgivaren sin funksjon å overtale eller tvinge klienten til endring. Forsøk på og direkte å overtale ein klient til endring vil ikkje vere effektivt fordi det inneberer å forsterke den eine sida av konflikten som klienten sjølv alt opplever. Resultatet kan vere at klienten tek motsett val, argumenterer mot behovet for endring, noko som dermed fører til auka motstand (argument avlar argument) og ein reduksjon i sannsynlegheita for endring (Soderlund, Nordqvist, Angbratt, & Nilsen, 2009).

Eit anna viktig formål med MI er som tidlegare skildra å auke klientens indre motivasjon til endring. Indre motivasjon oppstår frå personlege mål og verdiar. Denne måten å tilnærme seg klienten på vektlegg å hjelpe klienten til å lage sine egne vedtak om endring. På den måten at det er klienten sjølv som må ta ansvaret om han skal gjere endringar, og korleis han best kan gjere det. Hensikta med det er å overføre ansvaret for å argumentere for endring til kunden ved å lokke fram det som vert kalla “endringssnakk”. “Endringssnakk” er ytringar der klienten syner at han erkjenner behovet for endring. Dette kan vere ytringar der han syner bekymringar for noverande situasjon, det at han har intensjon om å gjere ei endring, eller at han har tru på at endring er mogleg. Rådgivaren si rolle i denne prosessen er å hjelpe klientane til å avklare deira motivasjon for endring, gje informasjon og støtte, tilby alternative perspektiv på dagens problemåtfærd og potensielle metodar for å endre desse til åtfærd. MI kan brukast om ein frittståande intervensjon eller som ein del av ei anna behandling, og er ofte kombinert med andre tilnærmingar som kognitivterapi (Soderlund et al., 2009). Banduras teori om forventning om mestring (self-efficacy) er eit døme på ei slik tilnærming. Forventning om mestring er trua på at ein er i stand til å utføre noko på ein spesiell måte for å oppnå visse mål. Eit viktig prinsipp for sosial kognitiv teori er at forventning om mestring er sterkare og mestring meir haldbar når individet sjølv er delaktig (Bandura, 1997). MI er blitt kritisert for å mangle teoretisk rammeverk for å forstå kva effekt metoden har. Self-Determination Theory (SDT) er blitt framheva som ein teori som kan vere eit relevant rammeverk for MI (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005).

Som menneske ynskjer vi å bli sett, hørt, vere interessante og viktige for andre menneske. Eit sosialt instinkt gjer at vi ynskjer merksemd frå andre, alternativet er og vere aleine med gleder og sorger. MI har eit humanistisk grunnsyn som tek utgangspunkt i at det er ei kraft i det og bli akseptert av andre, i det ligg det at andre legg merke til, lyttar og respektere oss for den vi er. I Følgje Barth & Näsholm (2007) kan det vere skambelagt å søke hjelp og ein kan slite

med dårleg sjølvbilete og sjølvforakt. Vidare seier dei at ein del kan oppleve at det å be om hjelp er det same om at ein er udugeleg til å løyse egne problem, eller at det kan oppfattast om ein ikkje er normal, som andre. I MI er det meint at rådgivaren skal forstå og akseptere sin klient slik som han er.

Det er fire retningsgjevande prinsipp i MI, skildra i forkortinga RULE der R står for Resist (det å motstå trongen til å korrigere pasienten) U står for Understand (forstå klientens sin motivasjon), L står for Listen (lytte), og E står for Empower (myndiggjering) (Rollnick, Miller, & Butler, 2009). Det å vere ambivalent i høve til endring er vanleg, også sjølv etter at ein har fått eit helseproblem. Ein ynskjer å gjere endring, veit at ein bør, ser at ein kan gjere endringar, men likevel så kjem det eit «men» (Miller & Rollnick, 2002). I følgje dei er MI ei samtaleform meir enn terapi eller behandling. Måten å snakke med klienten på skal gjere det mogleg for klienten å bli klar over og motivere indre verdiar og mål. Dette skal igjen påverke motivasjonen, samt å styrkje ynskjer om endring. Klienten er hovudpersonen, og hjelparen må lytte meir enn han gir råd. Hovudprinsippa i MI er i følgje Miller & Rollnick (2002) empati, diskrepans, det å rulle med motstand, å akseptere ambivalens samt å styrkje mestringstillit og som dei utdjupar nærare:

Empati-krev at ein har evne til å sette seg inn i klienten sin situasjon, samt at ein har evne til å formilde ein budskap til klienten på ein måte som blir opplevd som støttande. Det er viktig at ein ikkje let seg rive med eller overidentifisere seg med klienten. Empati er eit av hovudgrunnlaga i endringsfokusert rådgiving, og empatisk forståing vert uttrykt gjennom bruk av refleksjonar og oppsummeringar (Barth et al., 2001).

Diskrepans - er ueinigheiter eller ulikheiter mellom opplevingar av to tilstandar eller situasjonar. Motstand, usikkerheit og motførestellingar er i følgje Barth et al. (2001) naturlege aspekt ved endring.

Å *rulle med motstand* - syner til at ein aksepterer klientens motførestellingar og unngår konfrontasjonar når ein er ueinig. Når ein ikkje blir møtt med motstand mister motstanden ofte litt av krafta

Akseptere ambivalens- handlar om at rådgivaren må akseptere ambivalens som ein vanskeleg og nødvendig del av endringsprosessen. Den ambivalente klienten vil svinge mellom eit ynskje om å gjere endringar og eit like intenst ynskje om å ikkje endre på noko.

Styrke mestringstillit - inneber ei sikker tiltru til dei endringane ein har bestemt seg for (Barth et al., 2001).

I ein MI samtale nyttar ein heilt bevisst opne (og lukka) spørsmål, oppsummeringar og refleksjonar (spegling) (Rollnick et al., 2009).

Spørsmål – ein kan skilje mellom opne og lukka spørsmål. Lukka spørsmål kan vere gode i kartleggingssamtaler og opne spørsmål kan vere gode virkemiddel når målet er å utforske og forstå. Lukka spørsmål krev presise svar (ja/nei), dei startar ofte med verb, og svaralternativa er avgrensa. Opne spørsmål inviterer til å dele tankar, vi veit ikkje svaret og det er den som svarar som definerer. Opne spørsmål startar ofte med “kva...”. Eksempel kan vere: “Kva tenkjer du om situasjonen slik du ser den no?”. *Oppsummering* – er ei samanfatning av to eller fleire moment av det klienten har sagt. Dette kan vere ein måte å kontrollere at ein har forstått klienten riktig, og klienten kan korrigere når det trengst. Ei oppsummering er eit referat av ein del av samtala, den kan også vere med på å styre samtala og dermed påverke til endring. Eksempel kan vere” Du har nemnt fleire ting..”.

Refleksjon – blir også kalla for spegling, er ein indre prosess der ein vurderer eller tenkjer over noko på ein grundig måte, gjerne frå fleire ståstader. Ein kommuniserer tilbake det den andre har sagt, andre gongar kommuniserer ein tilbake det vi trur den andre har sagt (spegling av bakanforliggjande kjensler eller meining). Den enklaste forma for refleksjon er når ein nøyaktig gjentek delar av det som klienten har sagt (spegling med klienten sine egne ord). Målet med dette er at refleksjon kan føre til at klienten ser på seg sjølv og eigen åtfærd på ein ny og kanskje anna måte i ein gitt situasjon (Barth et al., 2001).

MI er ein samtalemåte som eignar seg særleg godt når ein skal hjelpe ein person til endring, før han veit sikkert om han er klar for slik endring, kvar gong personen opplever tilbakefall i endringsarbeidet og når ho/han opplever tvil om ho/han vil greie å gjere endring (vaklande meistrinstru). Hjelparen bør difor utforske kva stadium i endringsprosessen personen er i, slik at MI kan nyttast for å møte personen der han er. Når personen er klar for å gjere endring (i handlingsfasen) er det hensiktsmessig at hjelparen nyttar andre metodar for åtfærdsmøifikaasjon, som til dømes kognitiv åtfærdsterapi. Transteoretisk modell (SOC) er ein modell som kan vere til hjelp for å forstå korleis endring kan føregå i fasar (Prochaska et al.,1994), slik at MI blir nytta når den er relevant (Rollnick et al., 2009).

Bruk av motiverande samtale i behandling av overvekt/fedme hjå barn

Det vert vidare synt enkeltstudie der MI har vore brukt i direkte pasient/familiekontakt. Det er gjort søk etter effekt og erfaring med bruk av motiverande samtale. Søka vart gjort i Pub Med, Cinahl, Johanna Briggs og Cochrane. Søkeorda var obesity, treatment og motivational interviewing. Studiane som er valt ut er av ny dato, det er også valt ut ei svensk studie, då ein kan rekne med at svenske forhold kan overførast til Noreg. Det er ikkje funne liknande norske studie.

Enkeltstudie som har sett på bruk at MI i behandling av fedme hjå barn kan peike i retning mot at metoden kan vere effektiv. Det er blant anna blitt gjort ein pilotstudie som synte at barn var motiverte for å endre livsstilen sin til sunne helsevanar, men at dei hadde vanskar med og halde motivasjonen og oppfylginga ved like etter 1-2 månader (Tripp, Perry, Rommey, & Blood-Siegfried, 2011). Det synte seg at ved konsistent bruk av MI- teknikkar kombinert med kosthalds og treningsretteiing, var det ein trend mot lågare KMI indeks og lågare midjemål. Ei systematisk oversikt som inkluderte 10 studiar syner at MI kan bli brukt for å betre kommunikasjonen mellom rettleiar og klient i høve til livsstilsrelaterte problem i generell helse, nokre av enkeltstudiane er av så dårleg kvalitet at ein må vere forsiktig med å konkludere (Soderlund, Madson, Rubak, & Nilsen, 2011).

Ei svensk studie gjort av (Soderlund et al., 2009) hadde som mål å identifisere barrierar og ressursar til sjukepleiaranes bruk av motiverande intervju som metode til overvektige barn. Sjukepleiarane vart utdanna i MI- metoden, og deltok i fokusgruppeintervju om kva erfaringar dei hadde med å bruke MI etter 6 månaders bruk. Barrierar som sjukepleiarane drog fram var: sjukepleiarane sin manglande erkjenning om at overvekt og fedme var eit helseproblem, ambivalensforhold blant sjukepleiarane fordi dei følte at barns vekt kunne vere eit problem der dei meinte at foreldrene var umotivert til gjere endringar. Dei foreldra som var samarbeidsvillige og klar over helseproblemet fekk anerkjenning av sjukepleiarane (Soderlund et al., 2009).

Det har synt seg at MI kan bli brukt til både korttidsintervensjonar, førebygging og helsefremmande intervensjonar til ungdom. Der ein fokuserer på ungdommens indre motivasjon for endring ved bruk av autonomi der ein prøver å lokke fram årsaker til endring på ein samarbeidande måte. Behandlinga av fedme hjå barn, vil krevje fleire tiltak inkludert politikk, miljø og individuelle tiltak. På individplan må ein redusere kosthald, og ein må auke den fysiske aktiviteten (Bean, Mazzeo, Stern, Bowen, & Ingersoll, 2011).

Pågåande studie har som mål å sjå om MI er ein effektiv intervensjon for å auke sjølvtilitt, om bruk av MI vil føre til sunn åtferdsending, utforske psykologiske endringar i høve til deltaking i MI. Eit mål er også å samanlikne fysiologiske utfall før og etter intervensjon. (Bean et al., 2011; Brennan., Walkley., Fraser., Greenway., & Wilks., 2008; Walpole, Dettmer, Morrongiello, McCrindle, & Hamilton, 2011).

3.0 METODE

Dette kapitlet presenterer metoden som er nytta for å forsøke å finne svar på problemstillinga. Malterud (2011) har vore ei inspirasjonskjede for analysen min utan at eg har fylgt hennar metodikk slavisk.

3.1 Design og val av metode

Denne oppgåva har eit kvalitativt forskingsdesign. Kvalitative metodar bygger på teoriar om menneskelege erfaringar (fenomenologi) og fortolking (hermeneutikk) (Malterud, 2011).

Fenomenologi er læra om det som kjem til syne og viser seg, merksemda vert retta mot verda slik som subjektet erfarer den. Fenomenologi har interesse av å forstå sosiale fenomen, utifrå aktørane sine perspektiv der ein skildrar verda slik som den opplevast av informantane (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Thornquist (2003) seier at fenomenologi er ein erfaringsorientert tradisjon, der subjektivitet blir sett på som ein føresetnad for forståinga. Hermeneutikk er læra om fortolking av tekstar der målet er å oppnå ei gyldig og allmenn forståing av kva ein tekst tyder (Kvale et al., 2009).

Kvalitative studiar er egna til å bringe fram ei auka forståing og løfte fram fyrstepersonperspektivet. Kvalitative metodar er også velegna til å få svar på menneskelege eigenskapar som erfaringar, opplevingar, tankar, forventningar, motiv og haldningar. Eg søkte auka forståing for kva erfaringar og opplevingar helsearbeidar har både når det gjeld å motivere til endring av helseåtferd, men også kva erfaringar, opplevingar, tankar og haldningar dei har i arbeidet med denne pasientgruppa. Dette er i tråd med det Malterud (2011) fortel om kvalitativ metode.

Eg har valt å bruke fokusgruppeintervju som metode for innsamling av data. Fokusgruppeintervju kan vere godt egna som ein sjølvstendig metode når ein ynskjer å avdekke nye

forskningsområder eller undersøke nye problemstillingar frå deltakarane sine synsvinklar (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Malterud (2011) seier at fokusgruppeintervju er godt egna om ein vil lære om erfaringar, haldningar eller synspunkt i eit miljø der mange samhandlar. Ved å bruke fokusgruppeintervju som metode, kan eg få informasjon om korleis informantane, opplever å motivere til endring av helseåtfærd til familiarne, samt kva dei har av erfaringar i møte med familiarne. Planen var å gjennomføre tre fokusgrupper med 3-6 informantar i kvar gruppe. Dette ville fange variasjonane og få fram størst mogleg breidde innanfor erfaringane til helsearbeidarane. For å få svar på problemstillinga laga eg ein halvstrukturert intervjuguide.

3.2 Utval og rekruttering

I studien ville eg snakke med fagpersonar som hadde fagkompetanse og erfaring med å arbeide med familiar som har barn med overvekt og/eller fedme. I studien si problemstilling er desse fagpersonane omtalt som helsearbeidarar. Helsearbeidarane vart rekruttert frå både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Erfaring med å arbeide med denne pasientgruppa var eit kriterium for å bli inkludert i studien. I den eine kommunen vart det rekruttert fem helsesystrer, og i den andre vart det rekruttert ei helsesystrer og ein fysioterapeut. Rekrutteringa av informantane vert gjort av leiar i den kommunale helsetenesta med utgangspunkt i inklusjonskriteria. Dette vart gjort på bakgrunn av kven som hadde erfaring med pasientgruppa, og om vedkommande hadde anledning til å stille til intervju.

I kommunehelsetenesta føregjekk rekrutteringa slik: Det vart sendt e-post til rådmennene i to kommunar (jamfør vedlegg 2) og orientert om studien, og bedt om å få lov til snakke med arbeidstakarar i deira arbeidstid. Eg fekk positive tilbakemeldingar frå begge kommunane med løyve til å ta direkte kontakt med namngjevne helsesystrer i dei to kommunane (jamfør vedlegg 3 og 4). Helsesystrer vart brukt som koordinator for å plukke ut dei som kunne vere aktuelle i eit fokusgruppeintervju.

I spesialisthelsetenesta vart det sendt e-post til leiinga ved sjukehuset for å informere om, og be om løyve til å gjennomføre intervju på sjukehuset (jamfør vedlegg 5). Mailen vart vidareformidla og enda opp hjå direktør ved medisinsk klinikk som vidareformidla e-post til alle aktuelle avdelingssjefar der han bad om at dei skulle legge til rette for gjennomføring av studien. Deretter sende eg ut ny e-post til dei som eg visste hadde erfaring med problemstillinga. Sjukepleiar, fysioterapeut, dietetkar og lege vart førespurt. Håpet var at alle skulle stille, noko som synt seg vanskeleg å gjennomføre. Den siste fokusgruppa besto av ein lege, ein sjukepleiar og ein fysioterapeut. Eg fekk totalt tre fokusgrupper som besto av følgjande fagpersonar: helsesyster, sjukepleiar, lege og fysioterapeut.

3. 3 Eigen forforståing

I følgje Malterud (2011) leitar vi etter essensar eller vesentlege kjenneteikn ved dei fenomena som vi studerer. Som forskar skal ein forsøke å sette sin eigen forforståing i parentes. Dette gjer ein på same tid som ein veit at dette er uopnåeleg. I denne oppgåva har eg tilnærma meg den fenomenologiske tenkemåte der føremålet med analysen har vore å utvikle kunnskap om informantane sine erfaringar og livsverden innanfor eit bestemt felt, nemleg korleis helsearbeidarane erfarer å arbeide med familiar som har barn med fedme.

Eg er mor, kone, sjukepleiar, høgskulelærer og masterstudent. Det eg har lært opp gjennom studie- og arbeidsliv, er noko eg alltid vil ha med meg når eg utfører sjukepleie. Alle erfaringane som sjukepleiar og mor har eg med meg når eg fordjupar meg i forskingsprosjektet mitt. Desse er med på å påverke min forforståing.

Malterud (2011) skildra forforståing som ein ryggsekk som vi tek med oss inn i forskingsprosjektet. Dette innhaldet påverkar oss heile vegen i måten vi samlar og les våre data. Denne bagasjen kan gje næring og styrke til prosjektet, i motsett fall kan den verte ei tung bør som gjer at vi burde avbryte fordi alt handlar om det vi bærer med oss, og ikkje det vi ser langs vegen. Med bagasje meiner ho erfaringar, hypotesar, fagleg perspektiv og teoretiske referanseramme som vi har ved innleiinga av prosjektet.

Innleiingsvis i oppgåva kunne eg fortelje at eg sidan 2004 i mitt arbeid som sjukepleiar har møtt familiar som har med barn som har overvekt/ fedme. Denne forforståinga kan vere ei styrkje fordi eg veit kvar eg skal finne forskning på området, samt at eg kjenner fagmiljøet, og veit kor eg kan vende meg for å få tak i informantar. På den andre sida kan det vere ei svakheit. Eigne haldingar kan føre til at når eg les funna mine er dei farga av min eigen erfaringsbakgrunn i møte med pasientgruppa. Som mor og yrkesaktiv kone har eg sjølv kjent på at det ikkje alltid er like lett å ta dei riktige vala med omsyn til helseåtferd. Det er ikkje alltid like enkelt å ta dei sunne vala. Dei fleste av oss veit kva vi bør og skal gjere, men det kan likevel vere vanskeleg å få det til i kvardagens krav. Dette er krav i høve til jobb, middag til familien, lekser med barna, aktivitetar med barn i ulike alder, alt dette skal skje i løpet av nokre få timar på ettermiddagen. I tillegg skal middagen vere rask, sunn og billig, alle skal vere fysisk aktive kvar dag, sjølv om ein eigentleg ikkje orkar eller har tid.

3.4 Intervjuguide

Før eg gjekk i gang med gruppeintervjua mine hadde eg som tidlegare skildra, laga ein halvstrukturert intervjuguide (jamfør vedlegg 8). Intervjuguiden er bygd opp rundt fem hovudspørsmål der eg ber helsearbeidarane samtale om sine erfaringar i høve til det å jobbe med familiar som har barn med fedme, kva utfordringar dei møter, og korleis dei motiverer til endring av helseåtferd. Kvalitativ metode/fokusgruppeintervju. Som skildra i kapittel 2, avsnitt 2.4 er opne spørsmål ein viktig strategi og det vart difor naturleg at eg i min intervjuguide også valde å lage så opne spørsmål som mogleg. Dette var bakgrunnen for å ha ein halvstrukturert intervjuguide (jamfør vedlegg nr 8). Det vil i mitt tilfelle seie at eg laga ein guide der spørsmåla gjekk på å beskrive det å arbeide med familiar som hadde barn med fedme, og korleis dei motiverte til endring av helsevanar. Eg hadde fem hovudspørsmål, men om praten gjekk tregt hadde eg hjelpespørsmål under kvart av spørsmåla. Dette gjorde eg for at eg skulle vere sikker på at informantane snakka om det som eg ynskte å få fram, på same tid ville eg at dei skulle snakke mest mogleg fritt.

3.5 Gjennomføring av fokusgruppe intervju

I alle intervju stilte eg innleiande spørsmål til informantane som dreia seg om bakgrunnen deira, om yrke, utdanning, erfaring med problemstillinga og om arbeidsplassen. Eg nytta diktafon under alle fokusgruppe intervju. Alle intervju vart starta med at vi raskt gjekk gjennom samtykkeerklæringa for kunne rette opp i eventuelle misforståingar (jamfør vedlegg 6 og 7). Eg hadde på førehand forklart at intervju ville bli tatt opp på band for å bli sletta etterpå. Dette vart teke opp att ved innleiinga til intervju, og eg fekk tillating til å nytte diktafon. Som moderator handla mi rolle om at eg måtte lytte og stille spørsmål i ein balanse mellom innleving og distanse. Dette inneberer at eg skulle vere ordstyrar, og passe på at alle fekk seie det dei ville, at ikkje nokon dominerte over dei andre slik at så mange ulike meiningar og erfaringar som mogleg kom til uttrykk. Eg gjorde tre fokusgruppeintervju. Det var planlagt at eg skulle ha minigrupper på 3-6 personar i kvar gruppe. På grunn av fråfall vart gruppene slik; illustrert i tabell nr. 1.

Fokusgruppe 1 (kommune 1)	4 informantar	Fråfall 1 person
Fokusgruppe 2 (kommune 2)	2 informantar	Planlagt ei lita gruppe
Fokusgruppe 3 (spesialisthelsetenesta)	3 informantar	Fråfall 3 personar
Sum totalt	9 informantar	Totalt fråfall 4 personar

Tabell nr 1 Informantane

Deltakarane i kvar av fokusgruppene bestod av informantar frå same arbeidsplass, og det vart difor mest praktisk at eg reiste ut til den enkelte arbeidsplass for å gjere intervju der. Halkier & Gjerpe (2010) påpeikar at det kan det vere ein fordel at intervjuet er i kjende og trygge omgivnader for deltakarane, ulempene kan vere at det er fare for avbryting og støy frå bakgrunnen noko som kan øydelegge bandopptaka. Den praktiske gjennomføringa av intervju gjekk greitt. I litteraturen (Halkier & Gjerpe, 2010; Malterud, 2011) er det anbefalt at ein har ein co. moderator. Eg å valde å gjennomføre åleine fordi gruppene var så små at det ville virke unaturleg å ha med ein ekstra person.

I fokusgruppeintervju nr 1 deltok fire informantar, her var det fråfall på ein person. Det var fire engasjerte helsesystrer som møtte. Eg brukte intervjuguiden med opne spørsmål, og hadde utfyllande spørsmål dersom det vart pausar i intervjuet, eller om praten omhandla andre ting enn det som var tema for intervjuet. Informantane kom raskt i gang og prata både villig og mykje kring emnet. Sjølv om det var fråfall så var det likevel ikkje problem å få informantane i tale, dei hadde rikhaldige erfaringar, slik at det ikkje vart nødvendig å stille alle ”hjelpespora”. Når det gjaldt samarbeid, måtte eg spørje litt meir utfyllande for å få svar.

I andre fokusgruppeintervju, det vil seie i andre kommune, visste eg på førehand at det berre kom til å komme to informantar. Eg vurderte om eg kunne utføre intervju med så få informantar. Eg bestemte meg for å gjennomføre fordi dette var to ”eldsjeler” som hadde lang erfaring med pasientgruppa. På slutten av intervjuet såg eg at eg ikkje hadde vore inne på alle spørsmåla, også i dette intervjuet måtte eg stille oppfølgingsspørsmål kring samarbeidet til andre.

I det siste fokusgruppeintervjuet var det sendt ut invitasjon til seks personar, her var det tre som ikkje møtte. Eg vurderte om eg på grunn av fråfall måtte avlyse for å prøve igjen seinare, men eg valde å gjennomføre. Dette fokusgruppeintervjuet gav meg også mykje data då alle som møtte hadde mykje erfaring. Dei møtte familiar der barna hadde fedme, og som alt hadde eller stod i fare for å utvikle følgjetilstandar. Også her måtte eg stille ekstraspørsmål kring erfaringar med samarbeid.

I utgangspunktet hadde eg tenkt å ta notat under intervjuet for å ha moglegheit til å notere ned viktige essensar under intervjuet, men slik intervjuet utarta seg vart dette vanskeleg fordi eg måtte vere ”tidstades” og aktiv lyttande under intervjuet. Eg opplevde det vart avbrot om eg noterte. I etterkant av alle intervjuet brukte eg tid til å skrive ned mine sporadiske tankar kring intervjuet (Malterud, 2011). Desse tankane har eg samla og vart tekne fram att under analysen av intervjuet.

3.6 Transkriberinga

Malterud (2011) legg vekt på at når munnlege samtalar blir omgjort til tekst skjer det ei viss fordreiing av hendinga, og at formålet med å skrive ned teksten er å fange opp samtala slik at den i størst mogleg grad representerer det som informanten ville seie. Å transkribere tok tid, men det var likevel ein relativ enkel prosess, og eg følte på ein måte at eg levde om att intervjusituasjonane.

Alle tre intervjuja hadde ei varigheit på ca. ein time kvar, eg prioritere å transkribere same dag som fokusgruppene hadde vore. Dette for å ha nærleik til samtalene, og for at eg lettare skulle hugse kva som skjedde i intervjusituasjonane. Teknisk utstyr var av høg kvalitet og det var enkelt og skilje den einskilde stemma frå dei andre. Eg gjorde dette arbeidet sjølv fordi eg i litteraturen hadde lese at det var lettare og hugse moment i intervjuja, og eg kunne dermed klare opp i uklarheiter som var viktige for meininga i teksten. Den største gevinsten var at eg fekk ein tidleg tilgang til materialet, og eg fekk ein rikhaldig tilnærming til teksten ved å ha ein slik detaljert tilgang til eige materiale, noko Malterud (2011) påpeikar som viktig.

Eg kalla mine informantar for A, B, C, D. Dette for skilje informantane frå kvarandre, for å skilje fokusgruppeintervjuja frå kvarandre kalla eg dei for X, Y og Z. For ytterlegare å dele dei opp skreiv eg for eksempel slik: AX, dette var informant A i fokusgruppe X. I og med at eg har gjort intervjuja og transkribert sjølv, var det også enklare og skilje dei einskilde utsegna. Dette vert illustrert i tabell nr. 2.

Fokusgruppe/	X	Y	Z
Informant	A X	AY	AZ
Informant	B X	BY	BZ
Informant	C X		CZ
Informant	DX		

Tabell nr 2 Fokusgrupper og informantar

I tillegg noterte eg i margen dersom det var noko spesielt som skjedde under intervjuet, døme på dette er ”engasjert”, ”latter”, ”oppgitt”. Eg hadde som tidlegare nemnt skrive ned sporadiske tankar i etterkant av alle intervjuet for å få eit heilskapsinntrykk om kva intervjuet dreia seg om. I etterkant av transkripsjonane skreiv eg eit kort samandrag av kva intervjuet handla om. I følgje Kvale et al. (2009) vert intervjuet betre egna for analyse når dei er blitt transkribert, munnleg tale må gjerast om til tekst for å kunne bli analysert. Når eg hadde transkribert ferdig fekk fokusgruppene tilbod om å lese gjennom transkripsjonen for å eventuelt rette opp dersom dei ikkje kjende seg att i teksten. To av gruppene ville lese utskrift av eigen transkripsjon, og var einige i at eg kunne nytte materialet til min analyse.

3.7 Trinn i analysen

Eg erfarte at eg tileigna meg mykje ny kunnskap i analysearbeidet, fordi denne prosessen stilte krav til at eg forstod kva eit analysearbeidet besto i. I følgje (Malterud, 2011) skal ein i denne fasen stoppe opp, tenke seg om og halde alternative versjonar opp mot kvarandre. Fyrst når ein sjølv forstår denne prosessen kan ein dele han med andre. Dette var noko eg brukte mykje tid på, og eg måtte stadig gå tilbake i materialet for å sjå om eg hadde forstått det rett. I analysedelen har eg latt meg inspirere av Malterud (2011), som igjen tilviser til Giorgio (1985). Eg har ikkje fylgt Malterud sine analysetrinn slavisk, men brukt dei som eit bakteppe på korleis ein analyse kan gjerast. Malterud (2011) har delt analyseprosessen inn i fire trinn:

1. Å få eit heilskapsinntrykk av materialet.
2. Finne dei meiningsbærande einingane.
3. Abstrahere innhaldet.
4. Samanfatte innhaldet i ein heilskap.

Som Malterud (2011) starta også eg med å danne meg eit heilheitsbilete av mitt materiale. Eg danna meg eit heilskapsinntrykk ved å lese gjennom kvart intervju og notatane eg gjorde undervegs, rett etter intervjuet og etter kvar transkripsjon. Her måtte eg vere medviten min eigen forforståing og teoretiske rammeverk. Når eg klarte å gå opent inn gav dette meg ein oversikt over kvart intervju. Eg la vekk spørsmåla i intervjuguiden min, og prøvde og sjå kva som dukka opp av inntrykk. I følgje Malterud (2011) er det viktig og vere open når ein les

gjennom transkripsjonen, noko eg forsøkte og gjere både då eg las transkripsjonen og dei spontane tankane som kom etter kvart intervju. Då eg hadde lest alt prøvde eg å oppsummere, der eg forsøkte å dele teksten inn i foreløpige tema.

I utgangspunktet delte eg teksten inn etter hovudtema i intervjuguiden. Dette er ikkje i tråd med det Malterud (2011) skildrar, då ho meiner at ein bør fri seg frå intervjuguiden. Kvale et al.(2009) seier at ein med fordel kan dele inn teksten slik. Dette er fyrste gong eg analyserer kvalitative data, og eg tykte det var godt å dele det inn slik i starten for å komme i gang. Eg hadde fem foreløpige tema:

1. Erfaringar i møte med familien.
1. Korleis helsearbeidaren motiverer.
2. Solskinshistorie.
3. Ressursar/Rammer.
4. Samarbeid.

Etter å ha lest gjennom alle intervju på nytt begynte det å danne seg eit nytt mønster kring mitt materiale. Informantane mine skulle snakke om korleis dei motiverte til endring, men då eg leste transkripsjonen var det noko nytt som kom til syne. Eg såg utifrå materialet at helsearbeidarane snakka mykje om utfordringane dei møtte i møte med familiane, i høve til ressursar, til samarbeid og i møte med barna. I utgangspunktet hadde eg eit tema som omhandla det å skildre ei solskinshistorie. Her fekk eg lite data og informantane hadde få historier å vise til, derfor måtte eg velje vekk dette temaet. Dette medførte at eg måtte starte på nytt for å sjå kva materialet dreia seg om. Etter at eg hadde lest materialet på nytt kom eg fram til at temaoverskriftene måtte endrast.

Eg fekk no nye tema, noko som medførte at eg måtte sjå nærmare på om eg ville få svar på mi eiga opphavlege problemstilling. Dei fem tema var:

1. Motivasjon.
2. Foreldre og barn.
3. Samarbeid.
4. Utfordringane til helsepersonellet.
5. Familiane sine utfordringar, slik helsearbeidarane erfarte det.

Problemstillinga mi var i utgangspunktet: *Korleis kan helsearbeidarar motiverte til endring av helseåtfærd?* Denne problemstillinga måtte eg utvide etter kvart som funna mine kom tydelegare fram, og eg bestemte meg for å vente med å formulere ei endeleg problemstilling til eg hadde fått eit klarare bilete av materialet. Eg såg at eg måtte løfte problemstillinga mi til eit høgare nivå, der eg tok for meg ERFARINGANE til helsearbeidarane. Det vil seie at opphavleg problemstilling dermed fekk ein funksjon som eit utdjupande forskingsspørsmål. Ut frå materialet synte det seg no to tydelege forskingsspørsmål; Kva utfordringar møter helsearbeidarane i sitt arbeid, og kva gjer dei for å motivere til endring?

I analysen sitt andre trinn vart det viktig å organisere i materialet eg ville studere vidare. Eg skilte relevant tekst frå irrelevant tekst, der eg starta med å sortere det som eg trengte å ha med for å belyse mi problemstilling. Med temaene som vegvisarar leita eg etter tekstbitar/meiningsbærande einingar som etter sitt innhald vart merka med ein kode eller ein merkelapp. Desse kodane/merkelappane samla tekst som hadde noko til felles. Eksempel på kode under motivasjon er: ”motiverte foreldre”, ”umotiverte foreldre” og ”kva helsearbeidarane gjer for å motivere”. Slik jobba eg meg gjennom teksten og fekk fleire kodar under det enkelte tema. Desse kodane vart valt fordi eg meinte at dei ville vere med på å gje svar på mi problemstilling som no var endra til: *”Korleis erfarer helsearbeidarar i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta å arbeide med familiar som har barn med overvekt/fedme?”*.

Eg har valt å ta med ei slik meiningsbærande eining for å tydeleggjere kva ei meiningsbærande eining er. Denne tekstbiten la eg som ei meiningsbærande eining under koden umotiverte foreldre:

“Eg har dei jo til samtale her, ein til to gangar i året, og det er ganske litt sånn tragisk-komisk når ei jente sitter her og seier at: *”Eg er blitt så god på å drikke vatn, mens mamma kjøper jo, og drikker brus kvar dag”*. Og så sitter mor og flirer og ja, *”JA, eg skulle blitt litt betre på det ja”*. *”Men mamma skulle ikkje vi ha begynt å gå til skulen? Vi kan sette bilen der og der?”* *Ja men du veit jo kor travelt det er om morgonen!* “Altså når foreldrene vegrar seg sånn, og ungene prøver – så – ja.. Då blir det sånn som B seier, du føler at du må litt sånn forsiktig brette opp armene og seie:

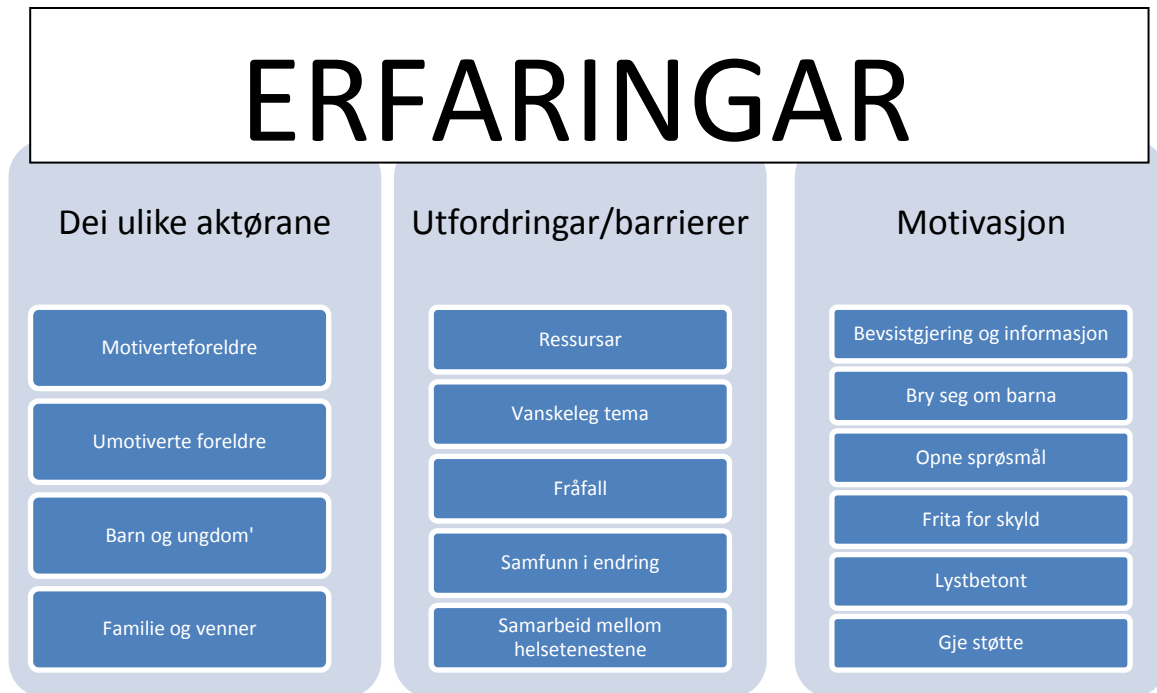
”Kva tenker du om dette mamma? Kva blir din utfordring i dette.?” Sånn at mor ser at det er

ho som har en utfordring, og man bruker dette at jenta ønskjer sjølv før ho blir tenåring og tenker, SO What! Så – og blir for stor”

Eg systematiserte funna mine vidare ved at eg klypte opp intervju mine og la all tekst som tilhørde det enkelte tema i kvar sin bunke. Det vil seie at eg sette kodar på tekstbitar som eg hadde klypt ut frå intervju, som eg meinte var ei meiningsbærande eining. Kvar kode samla dei tekstbitane som hadde noko til felles. Etter å ha jobba gjennom teksten fleire gonger vart det klarare for meg å sjå kva som hørte til under det enkelte tema. Eg oppdaga også at mykje av materialet ikkje naturleg hørte til under nokon av dei tidlegare omtalte tema, og etterkvart såg eg at nye moment dukka opp. Eksempel på dette er eg såg at nokon av temaene eigentleg handla om utfordringane til helsearbeidarane, og eg måtte igjen jobbe meg gjennom teksten. No hadde eg kun to hovudtema: ”*utfordringane til helsepersonellet*” og ”*motivasjon*”.

Nokon moment kunne eg legge vekk, dei vart ikkje med i den vidare analysen, medan andre moment var så tydelege og viktige at eg måtte ta dei med vidare. Etter å ha jobba slik med teksten ei stund såg eg at det vart ein stor bunke som vart lagt vekk, som ikkje passa inn under nokon av mine to hovudtema. Då eg såg nærmare på kva dette omhandla, kom eg fram til at dette dreia seg om dei ulike aktørane som er med i overvektsbehandlinga. Eg fann desse meiningsbærande einingane så viktige at eg måtte inkludere dette nye temaet. Temaet kalla eg for dei ulike aktørane. I dette andre trinnet kan ein i følge Malterud (2011) ha med både forforståing og det teoretiske rammeverket. Det var også ein medverkande årsak til å inkludere dette temaet, då eg såg at det kunne vere av stor relevans for funna å syne kven dei ulike aktørane av behandling av fedme var, for å syne det komplekse i denne behandlinga. Eg hadde no tre tema, danna av dei meiningsbærande einingane under kvar av desse - der kodane fungerer som merkelappar som er med på å lyfte opp og skildre med ein kode kva dei meiningsbærande einingane handlar om. Når eg no leste teksten tolka eg den utifrå mitt faglege perspektiv. I dette trinnet i analysen skildra eg kodar under dei einskilde tema. Figur nr 2 illustrerer korleis eg delte funna mine opp i tema og kodar.

Figur nr. 2 Tema og kodar



Punkt tre i analysen er i følge Malterud (2011) å abstrahere kunnskapen frå det andre trinnet der ein identifiserer og kodar dei meiningsbærande einingane. I denne fasa spurte eg meg sjølv kva teksten handla om (jf. Malterud, 2011). Dette gjorde eg ved at eg samanfatta det som informantane hadde sagt, slik at eg kunne lage kortare setningar der innhaldet vart gjentatt med færre ord. Dette var starten på prosessen med å drage ut essensen av dei valte tema. Desse samanfatingane blir også kalla for kondensat. Kondensata brukte eg som eit reiskap for og trekkje ut samanhengane av det mine informantar hadde fortalt om i intervju.

I denne fasen er det i følge Malterud (2011) også greitt å tolke utifrå vårt faglege perspektiv og ståstad. Eg brukte informantane sine egne utsegn, ord og omgrep når eg skulle fortelje om att og samanfatte. Eit kondensat er altså ikkje direkte sitat av informantane sine utsegn. Malterud (2011) deler også inn i subgrupper. Eg har subgrupper under dei av kodane der eg meinte at det var nødvendig med ytterlegare inndeling. Eg skilte meg ut frå Malterud si analyse ved at ho i sine kondensat brukte eg-form. For meg vart det meir naturleg å skrive mine kondensat meir slik som dei er i resultatpresentasjonen, der eg skreiv for eksempel “*Mine informantar sa at...*”

Fjerde trinn i analysen til Malterud (2011) går ut på og samanfatta innhaldet i datamaterialet i ein heilskap. No løfta eg opp att teksten og såg på den i eit fugleperspektiv, der eg laga fortelingar av det som informantane fortalde i sine intervju. Dette gjorde eg ved at eg lagde ein analytisk tekst for kvar kodegruppe. Teksten skulle kunne syne tilbake på problemstillinga og forskingsspørsmål. I prosessen med å analysere mitt materiale var det viktig å vere lojal overfor informantane og halde kontakten med datamaterialet, eg gjekk difor jamleg tilbake til og leste meiningsaningane slik at eg var viss på at eg var tru mot innhaldet i desse.

Dei analytiske tekstane som eg hadde utarbeidd utgjer resultatdelen av oppgåva mi (sjå neste kapittel). I resultatdelen er eg formidlar av det som mine informantar fortalde i intervju. Desse historiene har med mine tolkingar av det som vart fortald. For å illustrere nyansane og understreke moment i teksten brukte eg sitat i resultatpresentasjonen. Funna blir framstilt etter dei tre hovudtema (dei ulike aktørane, motivasjon og utfordringar/barrierar) som peika seg ut tidlegare i analysen der overskriftene på kodane skulle spegle innhaldet mest mogleg slik som deltakarane uttrykte seg.

Vidare vert resultatata drøfta opp mot teori og forskning som er presentert i teoridelen av oppgåva. Det blir særleg lagt vekt på om mine funn kan støttast av andre, og om analysen førte til at det dukka opp nye eller uventa funn. Dette siste trinnet i analysen vert presentert i drøftingskapittelet, også her peikar overskriftene tilbake til problemstillinga: *”Korleis erfarer helsearbeidarar i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta å arbeide med familiar som har barn med overvekt/fedme?”*.

og tema, der to av mine forskingsspørsmål dannar grunnlag for drøftinga:

1. Kva utfordringar møter helsearbeidarane i sitt arbeid?
2. Kva gjer helsearbeidarane for å motivere til endring?

3.8 Etiske vurderingar

Før studien vart sett i gang vart den meldt til Norsk samfunnsvitskapleg datateneste (NSD) (jamfør vedlegg nr 1) som fann studien meldepliktig, då eg har namneliste på informantane. Desse namnelistene var kun til eige bruk for å skilje informantane frå kvarandre.

Det vart gjort lydbandopptak av intervjuet, som vart oppbevart sikkert og innelåst. Det vart registrert namn på deltakarane. Dette vart berre brukt av meg for å kunne skilje informantane frå kvarandre. Denne lista ligg ikkje saman med det andre datamaterialet, og vart sletta etter studien si avslutning. Transkripsjonen som vart skriven ut inneheld ikkje andre opplysingar enn det som er omtala i punkt 3.6. Etter gjennomføringa av analysen er namnelistene makulerte, Det er ikkje mogleg å knyte transkripsjonsutskriftene til informantane.

Informasjonsskriv med erklæring om informert samtykke (jamfør vedlegg nr 6 og 7) vart gitt til informantane. Skrivet gav informasjon om kva studien gjekk ut på, føremålet og framgangsmåten, tidsbruk, kor lenge studien skulle vare og korleis deltakarane sin anonymitet ville verte ivareteke. Det vart også gjort greie for fordelar og ulemper med studien. Dei vart informert om at studien ville resultere i ei masteroppgåve, og at dei til ei kvar tid kunne trekkje seg frå studien. I tillegg har eg lova alle at eg kan kome tilbake og fortelje om resultatet frå studien når masteroppgåva er levert dersom dei ynskjer det.

Når tilsette skal intervjuast i for eksempel eit fokusgruppeintervju og blir bedt om å snakke om sine jobberfaringar, kan det vere ein fare for at enkelte let seg rive meg og fortelje ting som kanskje burde vore skjult (Hummelvoll, Andvig, & Lyberg, 2010). Sjølv om ein i fokusgruppeintervjuet har sagt at ting ikkje skal kome vidare kan det likevel forkomme. I min studie er eg ute etter helsearbeidarane sine erfaringar med å arbeide med familiar som har overvekt og fedme. Når ein etterspur slike erfaringar kan det vere fort gjort for helsearbeidarar å seie ting som dei ikkje burde, blant anna i høve til taushetsplikt til sine pasientar. Eg etterspurde gode og dårlege erfaringar, og helsearbeidarane snakka om dei familieane som lukkast i endringsarbeidet, og dei som ikkje lukkast. Eg opplevde at mine informantar var lojale mot familieane dei snakka om, og fortalte ikkje noko som kunne kjennast att på nokon som helst måte.

Informantane viste meg tillit i intervjuet, der dei fortalte fortruleg om personlege erfaringar og opplevingar i møte med familieane og andre samarbeidspartar. For meg har det vore viktig å handtere materialet med respekt gjennom heile analyseprosessen. Eg har hatt høgt fokus på å framstille deltakarane si skildring på ein slik måte at dei ikkje kan kjennast att. I framstillinga av resultatata nyttar eg ein del sitat for å understreke funna. For å gjere det heile meir lesarvenleg er sitata omformulert frå dialekt til skriftspråk. Dette bidrar også til å anonymisere

informantane ytterlegare. Informantane sine sitat blir framstilt i kursiv. For å anonymisere informantane nyttar eg vekselvis nemningane helsesyster eller informantar frå kommunehelsetenesta, då det var seks helsesyster i mitt utval. Det var to fysioterapeutar i utvalet, ein frå kommunehelsetenesta og ein frå spesialisthelsetenesta. Desse vert saman med sjukepleiar, og lege vekselvis skildra som helsearbeidar eller informant frå kommune eller spesialisthelsetenesta.

4.0 PRESTENTASJON AV HOVUDFUNN

Funna frå fokusgruppeintervjua vert presentert i dette kapitlet, for så å bli diskutert opp mot teori, forskning og metode i neste kapittel. Innleiingsvis presenterer eg informantane. Så ser eg på utfordringar helsearbeidarane har gjort seg i sitt arbeid i møte med pasientgruppa. Deretter presenterer eg strategiar informantane seier dei har for å motivere til endra helseåtfærd.

Avslutningsvis søker eg å trekke fram hovudtrekka av funna.

Alle intervjua vart starta med å forklare at målet var å snakke om motivasjon, og kva helsearbeidarane gjorde for å motivere familiane og kva motiveringstiltak dei tykje hjelpte i dette arbeidet. Vedlagt til oppgåva ligg meldeskjema til NSD, samtykkeerklæring og intervjuguide (jamfør vedlegg nr. 1, 6,7 og 8).

4.1 Rolla til helsearbeidarane

Innleiingsvis spurde eg informantane om deira rolle i behandlinga av familiane. Dei fleste sa at dei hadde litt bakgrunnskunnskap om motivasjon og kognitiv terapi i grunnutdanningane sine, utan at dei kunne forankre dette i nokon spesiell teori. Informantane møtte familiane anten åleine eller som ein del av eit team. Dei gav uttrykk for å ha denne kunnskapen med seg utan at dei var seg bevisste i bruken av omgrepet. Ei gruppe hadde hatt kurs i motiverande samtaleteknikk og dei sa at dette var ein teknikk dei hadde tru på, men at det å bruke MI tok mykje tid og ressursar. I ein travel kvardag sa informantane at dei av den grunn brukte metoden i mindre grad enn dei ynskte.

Informantane skildra kunnskapen om motivasjon slik: *“Det har vi vel i utdanningane våre.*

Ein annan informant sa at: “Eg har ikkje vore på noko motiveringskurs eller kognitiv teori”.

Nokon hadde vore på kurs der ein lærer korleis ein motiverer til endring, men det har då vore som eit ledd av behandling av andre tilstandar. Ein av informantane i spesialisthelsetenesta skildra det på denne måten:

”Du er jo veldig forberedt når du møter denne pasientgruppa, og særlig desse her som kjem inn. Så veit du jo at dette er nokon som det ikkje har gått så bra for. Du er jo veldig klar over at her må eg motivere! Det er jo ikkje noko som berre skjer tilfeldig, du prøver, men eg har ikkje noko spesiell utdanning... Du tenkjer kva som kan virke best, og då kanskje spesielt dette med små mål. Det er ofte det ein fokuserer på når det er tungt å dra lasset”.

Alle informantane var opptekne om emnet, og hadde sjølv gjort aktive grep for å oppdatere seg innanfor fagfeltet. Dei sa at dei heldt seg oppdatert innanfor forskning, og dei drog inn eiga erfaring samt teori frå grunnutdanningane sine.

4.2 Dei komplekse møta

I dette delkapittelet presenterer eg erfaringane helsearbeidarane har gjort seg i møte med foreldre og barn og unge. Erfaringar i høve til samarbeid mellom helsetenestene og barnehage/skule vert også presentert her.

Erfaringar i møte med ”motiverte” foreldre

Helsearbeidarane vart spurt om å fortelje om familiar som fekk til å gjere endringar i høve til helseåtferd. Dei fortalte om menneske som dei meinte hadde motivasjon. Med menneske som hadde motivasjon, meinte dei familiar som møtte opp til dei avtalte timane og som “bretta opp ermene” og gjorde aktive grep for å gjere dei nødvendige endringane i livet sitt. Dette var familiar som likte å vere i aktivitet og som fann glede i å vere saman ute, i aktiv leik. Dei var bevisste i høve til kor mykje tid dei brukte framføre TV og data, eller som gjorde endringar innanfor eige kosthald.

Nokre av foreldra fekk til å gjere endringar i høve til livsstilen sin. Helsearbeidarane skildra motiverte foreldre som var meir i endringsfokus, ved at når dei var ute å handla mat så tenkte dei alternativt. Dei fortalte om foreldre som var motiverte sjølv – og som tok på seg ansvaret for at endringane skulle skje. Dette kunne vere foreldre som hadde ein viss eigenmotivasjon, der dei sjølv hadde tatt opp problemstillinga. Ei helsesyster sa dette slik: *”Det å få foreldra*

motiverte, då er dei mykje meir i endringsfokus, viss du får dei dit, viss motivasjonen er der for dei”.

Helsearbeidarane kunne fortelje at det å bry seg og vere forpliktande involvert i barna sine gav resultat. Dersom foreldra såg på endring av helsevanar som ein jobb og var bevisst i val av mat, resulterte det i at dei åt sunnare enn før. Dei var med andre ord klare til å ta tak i problemstillinga og dei ”bretta opp ermane” for å få det til. Ein av informantane fortalte om ei mor som hadde lyst å ta tak i problemstillinga der ho var sjølv på ”bana” for å undersøkje kva ho kunne gjere. Ein informant frå spesialisthelsetenesta skildra foreldre som “brettar opp” slik: *“Dei sit litt sånn frampå stolen, og så begynner dei å ramse opp alt dei alt er begynt med, og tilslutt kan du berre nikke og skryte og bekrefte at dei er kjempeflinke”.*

Ei av helsesystrene skildra motiverte foreldre slik: *”For nokon ser på det som ei utfordring, noko dei skal ta tak i, det er noko som familien skal jobbe mot, og gjere endringar på måten dei lever på, for dei må gjere endringar”.*

Informantane sa også at dei som møtte opp til timane og følgde opp i høve til det som det vart snakka om, hadde eit betre utgangspunkt for å kunne lukkast i det å endre helsevanar. Vidare sa informantane at dei aktive foreldra hadde ein klar fordel framfor dei foreldra som hadde ein roleg livsførsel. Dei framheva at aktive foreldre gav aktive barn, og at det som oftast ikkje var noko problem å få ungane med seg ut dersom foreldrene tok på seg det ansvaret det var. Ei av helsesøstrene skildra dette slik: *”Det er jo ganske godt å komme ut. Dei som opplever at det er kjekt, kjem seg jo ut”.*

Det å kjøpe hund til familien for å komme seg ut på tur, var noko som fleire av informantane hadde erfaring med at familiar hadde gjort. Eller at dei gjorde andre ting i lag, der foreldrene var delaktige. Eksempel på dette kunne vere å ha faste søndagsturar eller å reise på bading ilag.

Erfaringar i møte med ”umotiverte” foreldre

Erfaringane frå å jobbe med umotiverte foreldre var rikhaldige og helsearbeidarane hadde mange skildringar av korleis dei erfarte møta med dei foreldra som dei skildra som umotiverte. Dette er foreldre som ikkje møtte til avtalane, som prioriterte sine egne behov

fyrst, foreldre som kjempa og kjempa og som enda opp med å miste alt av motivasjon. Dei skildra foreldre som ikkje ville endre på levevanane sine, og dei kunne fortelje om foreldre som rett og slett ikkje hadde ressursar nok av ulike årsaker til å gjere dei nødvendige endringane. Foreldre som vegra seg mot å gjere endringar, medan barna prøvde. Dei skildra foreldre i forsvar som foreldre som kom med motargument mot å endre på vanane sine, finne på unnskyldningar for og halde fram med same livsførsel som før.

”Det er jo ei utfordring å begynne å snakke om dette temaet, for foreldra er som oftast i forsvar sjølv”.

”Mens foreldre, viss dei er litt i forsvar, og kanskje litt overvektige sjølv sant, så har eg fått høyrte at: ” Skal de slanke barna no og då?” og liksom... ” er verkeleg det nødvendig”... så... altså dei går SÅNN i forsvar”.

Informantane fortalte om familiar som ikkje ville ha hjelp, helsearbeidarane tolka at dette handla om at vanane i familien var så ”inngrodde” at familien ikkje orka å ta problemet inn over seg, dei orka ikkje å starte på prosessen med å endre vanar fordi det ville medføre store omveltingar i kvardagen. Dette vart av ein av informantane i spesialisthelsetenesta skildra på denne måten:

”Og dei vil på ein måte ikkje gjere noko med det, det er mange som avviser, og vil ikkje ha noko hjelp. Fordi, eh... dei vil ikkje ta det inn over seg. Dei orka ikkje jobben som det er med å endre på vanar”.

Ei av dei største utfordringane var å få foreldrene til å endre på eigne levevanar og at foreldrene sjølv synes at det var vanskeleg å gjennomføre endringane.

Deltakarane skildra foreldre som tykte det var behagelig når barna sat stille og såg på TV, eller sat framfor datamaskina. Då var det stille og roleg i stova, og foreldrene kunne sitte stille i ”godstolen” sin. Vidare sa dei at ein del foreldre hadde eigne brus- og godterivanar som dei ikkje hadde lyst å gje slepp på. Det var vanskeleg å skulle seie til barna at dei ikkje kunne drikke brus og ete chips, når foreldrene ikkje ville slutte med det. Det å endre helseåtfærd medførte ein del konsekvensar som ikkje alle foreldre var villige til å ta. Dette kunne vere å slutte å drikke brus i kvardagen eller det å gå ut med barna sine. Ein av informantane frå spesialisthelsetenesta siterte ein av foreldrene slik:

”... De kan godt endre kosthaldet til ungen vår, men ikkje vårt, det kjem vi ikkje til å endre. Vi er ikkje motivert til å gjere noko med vårt kosthald, sjølv om vi veit at det er mykje feil med det”.

Eg har valt å ta med ein dialog mellom to helsesystrer for å understreke korleis dei erfarer dette:

A: ”Eg tenkjer at vi må kanskje inn i heimen til folk. Rett og slett vere med dei ut å handle, rett og slett, ja ta ut produkt, og så...”.

C: ”Jammen dei har fått tilbod skjøna du!! Eg veit at desse familiane har fått tilbod om at nokon kan vere med dei å lage mat, og har tilbudd dei å vere med i butikken, og dei - familiane har takka nei takk!”.

Helsearbeidarane drog også fram det faktum at det var foreldrene som handla inn maten i huset og at dei difor kunne ha kontroll over kva som var i skåpet til ei kvar tid, slik at dersom barna ”snoka” i kjøkkenskåpa så fann dei sunne alternativ der. Det kunne vere ei reel utfordring for foreldrene at ungane kom svoltne heim frå skulen, og det var lenge til middag. *“Anten må dei ikkje ha det i hus, eller så må dei rett og slett låse det ned slik at ungane ikkje får tak i det. Det er jo ein måte å hjelpe dei på”.*

Informantane snakkar også om at foreldre gav inntrykk av, og sa sjølv at dei ikkje orka å ta kampen med barna om for eksempel å la dei gå til skulen – det var lettare å køyre dei. Når det gjaldt mat var det vanskeleg å stoppe dei i høve til porsjonsstørrelsar. Foreldrene gav etter fordi det var ei lettare løysing i augeblinken. Dei gav uttrykk for frustrasjon når dei snakka om dette, og sa at mykje av deira arbeid handla om å lære foreldrene grensesetting. Ei helsesøster sa: *“Foreldra seier at dei ikkje klarar kampen. Nei sant! Kva skal du stille opp med då?”*

Informantane kunne fortelje om episodar dei hadde hatt i møte med foreldre der det var tydeleg at den einaste grunnen til at dei møtte til timen var at nokon (helsepersonell) hadde sagt at dei skulle komme. Foreldra hadde ikkje nokon motivasjon verken for sin eigen eller barnet sin del. Andre sa at dei hadde foreldre som kom fordi dei fekk innkalling, men dei jobba ikkje med problemstillinga, dei var heller ikkje motivert. Helsearbeidarane skildra det som veldig tungt å finne tilbake til motivasjonen til slike foreldre på ein behandlingstime. Andre foreldre kunne fortelje helsearbeidarane kva dei ville/skulle og burde gjere, men kom igjen gang på gang utan å ha fått det til. Ei helsesyster sa det slik: *Mens andre dei seier; “Ja*

her er vi! Her er barnet! – gå ut - vær aktiv med barnet mitt!”. Dei fråskriv seg litt ansvar for akkurat den der, og det er jo litt slitsamt”.

Helsearbeidarane sa at ei av problemstillingane var at forskinga synte at dei overvektige hadde eit sundt kosthald, men dette stemte ikkje overeins med helsearbeidarane sine erfaringar. Dei meinte at foreldra hadde mykje kunnskap om kva mat familien burde ete, og det var det dei sa dei åt, men at dei mistenkte at kosthaldet eigentleg var eit heilt anna. *”Dei seier det vi vil høyre”.* Dei sa dei hadde erfaring med at foreldre gløymte kva dei hadde sagt frå gang til gang, medan helsesystrene hadde skrive det ned – og det stemte ikkje overeins med det som var sagt tidlegare.

”Og dei vil på ein måte ikkje gjere noko med det, det er mange som avviser, og vil ikkje ha noko hjelp. Fordi dei vil ikkje ta det inn over seg, dei orkar ikkje jobben som det er med å endre på vanar”.

Helsearbeidarane snakka mykje om det å halde på motivasjonen. Dei skildra foreldre som klarte å halde på motivasjonen ei stund, men så vart det uoverkommeleg og dei gav opp. Ein del foreldre hadde egne erfaringar å stri med, dei mangla eigenmotivasjon. Dei hadde ei eiga historie som begynte tidleg, det hadde alltid vore ein kamp, dei orka ikkje å ta den kampen ein gong til. Resultatet var at foreldra ikkje klarte å stille opp og hjelpe egne barn, og av den grunn klarte dei ikkje å gjere dei endringane som dei burde. Dette var som oftast dei foreldra som sjølv hadde utvikla fedme. Der egne erfaringar tilsa at dei ikkje ville klare og gjere nødvendige endringar, var dei difor ikkje motivert for å ta skikkelig ta i problematikken. Slik skildra to av informantane i spesialisthelsetenesta det:

“Det har mykje å gjere med egne erfaringar, dei som har dei mest overvektige foreldrene får til minst, dei har slept kontrollen heilt, dei har ikkje nokon motivasjon, dei har blitt skuffa for mange gangar”.

Foreldrene sine ressursar var også noko informantane drog fram for å understreke det komplekse i behandlinga. Dei skildra foreldre som av ulike grunnar ikkje hadde nok eigen ressursar til å ta tak i problemet, dette kunne vere årsaker som vanskeleg livssituasjon, eller at dei ikkje orka å ta tak i endringsprosessen. Ei helsesøster sa det slik:

“Eg tenkjer litt på den mora som fekk ungen til å gå meir sjølv, enn å sitte i vogn, det var jo ei mor som var einslig og sleit litt sjølv. Ho var vel gjerne ikkje den lettaste sjølv heller, og hadde mange problem rundt seg, og det kan vere nok til at du ikkje orka ta den kampen om at ungen skal går sjølv sant. Du tar den lettaste utvegen, for du har ikkje overskot, du orka ikkje”.

Når det gjaldt foreldrene og deira påverknad av barna sa informantane at det å ha engasjerte foreldre stod heilt sentralt. Alle gruppene snakka om tilfelle der foreldrene ikkje var så engasjerte, der helsepersonell synes synd i barna fordi det verka som dei var åleine om endringane. Ein av informantane sa det slik: *“Foreldre som er litt bakpå og ungen som er frampå”.*

Når informantane skildra utfordringane i høve til foreldrene kom det fram at foreldra tok problemstillinga på alvor i varierende grad. Helsearbeidarane meinte at tiltaka var der, men at foreldra følgde dårleg opp eller ikkje i det heile. Ei helsesyster sa det slik: *“Av og til kunne ein ønske at ein kunne riste litt i foreldrene!”*. Og: *“Største utfordringa er å få foreldrene til å forstå at dette er deira jobb”.*

Alle informantane snakka om dei familiare som ikkje fekk det til, det vart liksom ikkje. Der helsearbeidarane hadde prøvd fleire tiltak, men til inga nytte. Helsearbeidarane kunne fortelje at dette gjorde dei motlause og makteslause. Dette vart rikt skildra av ein av informantane: *“Ja vi kan ikkje gjere noko anna enn å gi gode råd, og prøve å motivere og forklare kvifor dette her er viktig, og når foreldra då ikkje klarer å følgje opp, åhå på ein måte ikkje klarer å lage, ja på ein måte sette grenser. Kva skal vi då gjere?”*

Erfaringar i møte med barn og ungdom

Alle informantane møtte både barn og foreldrene når dei hadde timar, nokre gonger snakka dei med foreldrene åleine, men dei minste barna hadde alltid ein eller to omsorgspersonar med seg. Det var meir vanleg å møte ungdommane åleine, den yrkesgruppa som snakka mest med ungdommane åleine var helsesyster. Den eine kommunen hadde erfaring med å ha egne aktivitetsgrupper for barn. Erfaringane i møte med barna var rike og mange. Informantane fortalte om barn som var opptatt av kroppen sin og sjølvbiletet, om barn som var glade i mat, om barn som likte å vere fysisk aktive og barn som ikkje likte å vere i fysisk aktivitet. Det

skjedde noko med barna når dei vart ungdommar, nokre fekk til å gjere endringar då, andre ikkje.

Informantane hadde erfart sterke historier om barn som nekta å kle av seg framfor andre. Barn som skulka kroppsøving fordi dei ikkje ville ha gym, og om barn som alltid vart valt sist i gymtimane. Dei kunne fortelje om barn som hadde fått høyre at dei hadde stor mage og som ikkje var fornøgde med seg sjølv- dei tolka det slik at barna hadde eit dårleg sjølvbilete, og dei gav uttrykk for at dei ikkje var nøgde med eige utsjåande. Informantane fortale om barn som hadde fått til å gjere endringar i helsevanane sine og som i etterkant sa at dei hadde fått betre sjølvtilitt og ein større meistringsfølelse. Ein av informantane frå spesialisthelsetenesta kom med dette utsegnet:

”Det som eg synes er synd er at veldig mange av dei ikkje er fornøgd med seg sjølv. Dei har eit dårlig sjølvbilete, dei vil ikkje sjå sånn ut. Til og med dei ganske små ungane seier det. Om du spør dei kva dei synest er verst så seier dei at dei ikkje kan bruke dei same kledda som venene sine”.

Informantane sa at dei hadde inntrykk av at barna var klar over eiga overvekt, og at dei gjorde seg eigne tankar kring problemet, og at det av den grunn var viktig at nokon tok seg tid til å snakke med dei om problema og tankane som barna hadde rundt det. Det var ikkje alltid dei hadde foreldre eller andre i nettverket som dei kunne snakke med om desse problema, dette vart skildra slik av ein informant:

”Og når dei ikkje kan snakke med foreldrene om korleis dei føler seg, viss foreldrene ikkje vil snakke om det, ikkje ser det som eit problem, så sliter ungane, kven skal dei snakke med då?”

Helsearbeidarane hadde også fått tilbakemeldingar frå barn om at dei alltid vart valt sist i gym, at dei alltid kom sist når dei sprang. At ingen ville vere ilag med dei ute i friminutta når dei skulle velje lag, og at dei hadde prøvd mange typar idrett utan å lukkast i nokon av dei. Barna hadde ein kjensle av at dei ikkje meistra fysisk aktivitet.

“Også er det jo veldig mange som på eit eller anna tidspunkt har fått høyre at: ”du har så stor mage, og du er tjukk, du er så treig når vi skal spele fotball. Dei har jo fått høyre det”.

“Ja, også blir dei valt sist når dei skal spele fotball og sånt, eller på lag og sånn. Det er sånn, det er stigmatiserende å vere overvektig”

Eit av verkemidla i høve til overvekt og fedme er å regulere kva mat ein et, samt kor mykje ein et. Informantane skildra familiar som hadde barn med god matlyst, det kunne vere vanskeleg for foreldre å nekte ungane å ete mat. Barna sa at dei åt det same som andre på eigen alder, men mange av barna var glade i mat, og dei åt store porsjonar. Her kjem ein dialog mellom to helsesysterer som syner dette:

C: ” Men viss du har ein unge som er veldig glad i mat...?”

B: “Ja, då må du begynne å porsjonere ut!”

A:” Ja, det er jo mykje vanar dette der og, det er mykje det med å krympe magesekken, er du vant med å ete ein SVÆÆR porsjon, så blir du svolten etter ein stor porsjon. Du må rett og slett hjelpe ungane til å krympe”.

D:” Det å kunne kjenne at du er mett, du treng ikkje vere stappmett liksom”.

C: ”Å komme med litt råd om korleis du gjer det her, at pannene ikkje treng stå på bordet, dei kan stå på komfyren, det er eit større tiltak å gå bort der å forsyne seg enn å forsyne seg ved bordet”.

Gruppene peika også på at ein del barn brukte mat som trøyst. Ei av gruppene snakka ein del kring dette med at foreldre lærte barna opp til å bruke mat som trøyst. Det kunne starte med at barna fekk mat som lønning når dei hadde gjort noko bra. Når dei var lei seg så gav foreldra dei søte kjeks, eller når dei skulle sitte stille i vogna. Dette vart tillærte vanar, som kom av at foreldra alt tidleg i barneåra lærte ungane sine at når dei skulle kose seg så skulle dei ete, når ungane var lei seg, skulle dei ete, og så vidare. Ei av helsesystrene sa dette: *“Når dei er 14 år og får kjærleikssorg, kva gjer dei då? Skal dei då ete for å trøyste seg? Det er jo det dei har lært”.*

Helsearbeidarane snakka også om korleis ein brukar mat, og at det for nokon kunne verte trøyst i det å ete, når ein hadde prøvd og mislykkast, og spesielt dersom barna ikkje hadde venner. Ein av informantane i spesialisthelsetenesta sa det på denne måten:

”Dei er allereie blitt for tjukke. Dei klarar ikkje å slanke seg, dei kan likegodt ete. Det er i det minste litt trøyst i det”.

Ein del av barna var ikkje glade i å vere ute og leike, dei var meir glade i stillesittande aktivitetar (pc, tv, dataspill) – og hadde gjerne foreldre som var av same typen. Ein av informantane sa dette:

”Jo, det har vært litt sånn blanda, men overvekta har nok vore forhandsvis sånne passive barn som kanskje ikkje har synest at gymnastikk og ulike varierte fysiske aktivitetar har vært sånn kjempe ok”.

Problemet var at når barna begynte å bli overvektige så ville dei ikkje ha kroppsøving, noko som medførte at dei ikkje fekk fysisk aktivitet korkje på skulen eller i fritida. Det kom også fram skildringar om barn som ikkje gjekk den korte vegen til skulen fordi foreldrene kjørte og henta dei kvar dag.

Helsearbeidarane var litt delt i om kva som skjedde i ungdomstida. Dels sa dei at når barna vart eldre så tok dei meir ansvar sjølv, og at nokon klarte å gjere endringar på eiga hand. Dels sa dei at om dei kom med tiltak i ungdomsåra så var det for seint, då var det for vanskeleg å endre vanane. Ei av helsesøstrene sa det slik: *”Vanskeleg i ungdomsskulen – seinare kjem dei av seg sjølv”.* Erfaringane frå spesialisthelsetenesta var slik: *“Så er det ungdommane som slit med eigen motivasjon. Dei lever jo i ein verd der ingenting drar dei i riktig retning”.*

Og slik:

”Ungdommane treng nokon som følgjer dei tettare, og som klappar dei på skuldra”.

Helsearbeidarane sa at i ungdomstida er vener viktigare enn påverknad frå foreldra, og at i ungdomstida var det populært med søte drikker, det var kult å drikke det same som venene drakk. Det var vanskeleg for ungdommen og skilje seg ut, å drikke noko anna enn det vennene drakk.

”Tenk så mykje lettare det hadde vore viss alle ungdommane drakk vatn, eller hadde synes det var kjekt å ete frukt i staden for chips”.

Familie og venner

I nokre familiar hadde dei søsken som var normalvektige, noko som førte til ein vanskeleg situasjon for foreldrene, då dei måtte avgrense den eine ungen og ikkje den andre. Familien kunne gjerne ha eit bra kosthald, men det eine barnet hadde ei enorm matlyst, og vart overvektig, medan søsken var normalvektige. Det å ha skilte foreldre kom også fram som ei utfordring, då dette lett kunne føre til at foreldrene ikkje klarte og vere samkjørte og

konsekvente. Besteforeldre var for dei fleste ein ressurs, men informantane fortalde om besteforeldre som ikkje forstod alvorlet. Dei ville så gjerne vere snille med barna og kjøpte mat og godteri. Dette førte til frustrasjon hjå foreldrene.

”Men så har dei tre besteforeldrepar, for den eine parten er skilt. Dei ser ungen veldig ofte og dei vil at det skal vere kos når ungen kjem. Mor har eit problem, altså ho seier at ho synes det er vanskelig, og ho tar det opp med dei, at dei ikkje skal ete godteri midt i veka, og det er greitt nok i helgane når vi er på ein helgetur, men vi skal ikkje ha den kosen kvar gong midt i veka når vi er der. Hadde det vore ein sjeldan gang, men dette er kvar gong. Ho slit med besteforeldre. Men ho er bevisst, ho jobba med det”.

Det å ha skilte foreldre der begge partar prøvde å gjere det beste for at ungene skulle ha det bra, der til dømes far kjøpte inn mykje til barna når dei var hjå han for at dei skulle kose seg. Mor vart sint fordi ho prøvde å ha eit normalt kosthald. I tillegg var det andre ting som gjorde samarbeidet vanskeleg mellom mor og far.

Venner er viktig for barn i alle aldrar, og i visse periodar er det vennene gjer og seier viktigare enn foreldrene sin påverknad. Informantane kunne fortelje om varme sommardagar når barn flest fekk ete mykje is, at det vart vanskeleg å vere det barnet som ikkje skulle få ete så mykje is som dei andre barna. Informantane sa at ingen barn hadde godt av å ete så mykje is som dei ville, men at mange gjorde det likevel, og var normalvektige. Når barna vart ungdom var det kult å gjere det som vennene gjorde – og dei var meir saman med venner enn resten av familien.

4.3 Utfordringane slik helsearbeidarane skildra dei

Når det kom til spørsmål om utfordringane til helsearbeidarane i deira arbeid kunne dei fortelje at mangel på ressursar var ei av dei største utfordringane. Elles snakka dei om at temaet var vanskeleg å ta opp med familiane. Dei snakka om at normalomgrepet i høve til vekt var i endring, slik at ein ikkje reagererte på dei som var overvektige. Informantane sa at det var vanskeleg å ta opp problemet med foreldrene, og at det var stor variasjon på kor alvorleg foreldrene tok problemstillinga. Det kunne vere vanskelig å halde motivasjonen ved

like når dei møtte foreldre som var umotiverte –og dei kunne fortelje om eit stort fråfall, og at mange av familiane ikkje møtte til samtalen.

Knappe ressursar

Helsearbeidarane fortalte om ein travel kvardag der dei måtte tenkje i kroner og ører, og det vart difor dei mest trengande som fekk eit tilbod. Dei sa at pasientgruppa hadde behov for å bli følgt over tid, nokon som var dyrt og som tok mykje tid. Dei skulle gjerne ha gjort meir enn dei gjorde, men korkje tida eller ressursane strakk til. Dei fleste helsesystemene sa at dei hadde kunnskap om kva som skulle til, men ikkje stillingane og resursane til og følgje dette opp. Mangel på ressursar var noko informantane stadig drog fram som noko som gjer det vanskeleg å motivere til endring av helsevanar. Dette arbeidet tok mykje av tida deira, tid dei ikkje hadde. Dei gav inntrykk av at dei gjerne skulle gjort meir for å oppdatere seg på feltet, men dei hadde korkje tid eller midlar til og gjere det. Slik skildra ei helsesystem mangel på ressursar:

”Men då er jo problemet det at vi ikkje har nok ressursar, vi har ikkje nok ressursar, vi manglar... helsesøsterstillingar her (snakkar høgre og er engasjert), og det er klart att vi, det blir rett og slett berre toppen av isfjellet vi kan gi tilbod til. Vi har rett og slett ikkje kapasitet! Skyter inn.. B: men så kjem ressursane, for det er jo klart at så kjem motiverande samtale så må du gjerne jobbe ganske tett med dei ein periode og systematisk før foreldrene tenker at OKAI, dette her er eit problem”.

Det vanskelige temaet å ta opp

Informantane fortalte om korleis dei opplevde å ta opp temaet med familiane. Fyrst og fremst måtte dei ha tid til familien. Det å endre vanar tok tid og dei måtte møte familien fleire gonger over lang tid for å kunne få til endring. Dette var noko som både familien og helsearbeidarane fann utfordrande og krevjande.

Alle helsearbeidarane sa at det kunne vere eit vanskeleg tema å ta opp med familiane, dei var redde for å såre, og for at familiane ikkje skulle komme att. Ein av informantane i spesialisthelsetenesta sa at ein måtte tåle dette ubehaget for ungane sin del: *”Ubehagelig å ta opp emnet, men det ubehaget må vi tåle, for det ubehaget ungane føler på skulen er mykje større”.*

Ei helsesyster beskriv det å ta opp temaet slik:

“Det er noko med å komme.. eh (sukkar litt) når du skal presentere dette her for foreldra, så har det veldig mykje å seie korleis ein ordlegger seg, og av og til så kjem ein heilt skeivt ut. Åååå ja, og nokre foreldre dei, ja dei, på ein måte dei avviser det. Det blir på ein måte eit slags angrep på dei. Eller kva skal eg sei at... Det blir så vanskeleg for dei at du presenterer for dei det at ungen din er overvektig. Sant??”

Andre informantar sa at dei var redde for foreldrene sine reaksjonar, dei var redde for at dei skulle bli sinte, men dei hadde også erfaring med at foreldrene hadde tenkt same tanken sjølv, og at dei var glade for at nokon snakka med dei om temaet.

Vidare seier ho:

“Det er dei verste telefonane, men som oftast går det veldig greitt då”.

Informantane, særleg helsesystrane fortalte at dei tidlegare ikkje skulle vege og måle ungene, dei skulle ikkje påpeike det med overvekt, og at det av den grunn var litt nytt å skulle snakke om vekt. Dette var fordi ein var redd for at det å ta opp barns vekt kunne føre til eteforstyrningar hjå barnet.

Ein anna årsak til at det var vanskeleg å måle vekt og lengd og snakke om overvekt/fedme kringom på skulane var at ungene var opptekne av eiga og andre si vekt. Dei brukar å stille kvarandre spørsmål som: *“Å kor mykje var det du vog?”* Nokre spør veldig etter vekta, medan andre vegrar seg. Dei vil ikkje vege seg sjølv eller late andre vite kor mykje dei vog. Ei helsesyster kunne fortelje at ho nyleg hadde hatt ein gut som ikkje ville vege seg, han sa lite, men *“Det var tydeleg at han kjende på det her at han var stor. Det var ingen kjekk oppleving”*.

Informantane gav uttrykk for at dette kunne vere eit tungt arbeid. Det var så vanskeleg å motivere samt det følast feil å bruke mykje ressursar på ein pasient, fordi det var så mange andre pasientar som trengde hjelp. Dei kunne også fortelje at det å ha foreldre som såg ut til å ikkje ville gjere endringar gjorde noko med helsepersonellet, slik at dei heller ikkje vart så motiverte. Slik skildra ei helsesyster dette:

”Vi har hatt litt uengasjerte foreldre, også har det på ein måte smitta over på oss, og då blir ikkje vi motiverte heller”.

Informantane vart engasjerte og det var tydelig at det gjekk inn på dei at familiane ikkje ville ta imot hjelp: *“Spennande med overvekt, men jobben i forhold til familiane den er veldig tung”.*

Dei tykte at det å motivere foreldre kunne vere ei stor utfordring, spesielt når ungane var blitt større og problema meir fastlåst. Når familiane hadde gått til behandling lenge var det vanskeleg å komme med nye råd, for familiane hadde prøvd det meste. Dei følte at foreldra var slutta å engasjere seg, dei møtte til timane utan at dei eigentleg ville vere der. Dette sa eine informanten frå spesialisthelsetenesta: *”då er det tungt, då er det tungt å finne tilbake til motivasjonen på ein time eller to”.*

Dette sitatet er også henta frå spesialisthelsetenesta.

”Utfordringa er at vi møtes så sjeldan, og så skal vi motivere, finne på noko nytt”.

Fråfallet

Det var mykje fråfall i møte med pasientgruppa. Informantane sa at det var mange som avbestilte timane, og dei som hadde gruppesamlingar sa at det vart for få barn att i gruppene. Helsearbeidarane skildra foreldre som ikkje ville ha hjelp til å ta tak i problemstillinga, og som ikkje møtte til dei avtalte timane dei har fått tildelt. Det at endringa skulle skje for heile familien, kravde at foreldrene måtte ta tak også i eigne kostvanar og eigne aktivitetsmønster og gjere endringane der. Dei framheva at endringa bør skje for heile familien, og at det ikkje var nok å sende barna på aktivitetsgruppe to gonger i veka. Utfordringa var å få foreldrene til å møte. Helsearbeidarane hadde sett på kva dei kunne gjere for å få eit betre oppmøte, korleis dei skulle legge opp aktivitetsgruppene for å auke deltakinga, men dei følte seg rådvile. *”Det å få dei til å møte, det er jo ei utfordring!”.* Vidare sa informantane at når dei ikkje gav beskjed når dei ikkje kom, gjekk dette også ut over resten av gruppa.

Samfunnet

Informantane sa at dei hadde full forståing for at det kunne vere vanskeleg å velje riktig i dagens samfunn. Foreldre skal gå på jobb, dei har ei tidsklemme, og om vinteren har ein mørketida. Dei framheva at ein skulle vere ganske ressurssterk for å klare å ta tak i

problemstillinga. Eit anna problem var at foreldre ofte gav uttrykk for at dei ikkje torde å late ungene gå til og frå skulen fordi det var så mykje trafikk utanfor skulen.

”Det er ei vanskelig verden å ta dei riktige vala i – og du har ikkje noko som drar i riktig retning”.

Vidare sa informantane at familiarne i mange tilfelle hadde manglande alternativ, for eksempel når ungene var i skibakken, så sel dei berre usunne alternativ i kiosken. At det ikkje var tilfeldig at smågodt stod i høgda til barna på 2-3 år noko som medførte skriking, og så enda det med at foreldrene kjøpte for å unngå bråk. Dei samtala kring problemstillinga om at sunn mat var dyr mat, og at mange familiar ikkje hadde råd til den sunne maten.

“Ja eg veit at den eine familien vi har prøvd å hjelpe, der har dei sagt at den sunne maten er så dyr at dei har ikkje råd til å kjøpe den, det har ein familie konkret sagt. Så det er nok eit poeng for nokon ja”.

”Eg trur også at dette er eit stort samfunnsspørsmål, den mest usunne maten er den som er billigast. Sånn er det berre. Brusen er billig, chipsen er billig, store økonomipakkar slik at du skal ete enno meir når du fyrst eter chips”.

Vidare snakka informantane også om at det var store utfordringar i korleis samfunnet har utvikla seg. Utviklinga i samfunnet er slik at det ikkje stiller krav til fysisk aktivitet og vi har rik tilgang på mat. Slik skildra ein informant dette:

”Eg må innrømme at eg i større og større grad blir sånn at eg tenker at dette her det kan vi ”more” oss med i lang tid utan at det har effekt. Det som ville hatt noko å seie var at vi gjorde noko med samfunnsforma vår. Dei siste åra har vi visst at innaktivitet og overetning er usunt, og likevel: det einaste vi brukar tida på er å finne opp nye “duppeditter” som skal gjere det lettare for oss å ikkje skulle bevege oss ein millimeter. Vi får til og med alt servert i posten i staden for å gå ut å gå ut å handle.....”.

Informantane skildra eit normalomgrep i endring, det at ein var blitt så vane med å sjå overvektige at ein ikkje lenger reagerte. Dei sa det var synet vårt på kva som var normalt som hadde endra seg. *“Når vi ser tilbake til barnebilete av oss, så ser det ut som vi har pipestilker*

sant?” Informantane sa at vi har endra bildet av korleis barn skal sjå ut, at i dag skal barn vere runde – det er normalt.

”For det er blitt så vanleg å sjå litt sånne lubne ungar og ungdom at du ikkje reagerer lenger”.

Helsearbeidarane sitt samarbeid med kvarandre, skule og barnehage

Alle gruppene vart bedne om å skildre samarbeidet mellom helsetenestene og samarbeid til skule og barnehage. Gruppa frå spesialisthelsetenesta hadde ikkje noko samarbeid med barnehage og skule. Samarbeidet til kommunehelsetenesta vart skildra som relativt dårleg, informantane sa at det var snakk om kapasitet, og at det difor vart for lite samarbeid.

Intensjonen var at det skulle vere eit samarbeid, men i praksis vart dette ikkje følgt opp. Ein av informantane frå spesialisthelsetenesta kom med denne skildringa:

”Når kommunehelsetenesta har motivert lenge og så tilviser vidare – så håpar dei at andre skal gjere jobben, men ein må vere klar på at det er ein fellesjobb”.

Informantane frå kommunane hadde eit meir naturleg samarbeid med skulen og barnehage, her kom det fram at både barnehage og skule dei siste åra hadde endra fokus, og engasjert seg meir i problemstillinga. Den eine gruppa hadde lite erfaring frå arbeidet i barnehagen, dei hadde erfaring med at samarbeidet til skulen hadde vore vanskeleg å få til i starten, men at det dei seinare åra verka det til at skulane hadde teke meir tak i problemstillinga:

”Lærarane har vore skeptiske fordi dei tenker at dette med størrelse, det handlar om helse, og det er ikkje deira bord”.

Den andre gruppa hadde eit tettare samarbeid med skulen, dei hadde fast informasjon på foreldremøte samt samarbeid i enkeltsaker. *“Det er litt under påtrykk av oss at skulane er blitt veldig bevisste på å ta det opp med foreldrene, og at dei er oppfordrar til å vere ein sukkerfri skule”.*

Når det gjaldt barnehagane hadde dei erfaring med at barnehagane tok problemstillinga på alvor, og var flinke til og følgje opp i høve til problematikken. Denne gruppa gav uttrykk for

at både skule og barnehage etterspurte informasjonsmøte og liknande, men at helsestasjonane ikkje hadde nok kapasitet til å følgje dette opp.

Ei helsesyster sa:

”Eg tenkjer at barnehagen blir ein veldig viktig arena for førskulebarn. For dei kan gjere veldig mykje jobb i høve til foreldrene og...”

I høve til samarbeidet med spesialisthelsetenesta så skildra begge gruppene i kommunane at det generelt var lite samarbeid mellom helsetenestene. Dei fekk ikkje epikriser og dei fekk ikkje tilbakemeldingar. Det var liten dialog mellom 1 og 2 linjetenesta, gruppene kunne fortelje at mangel på kommunikasjon gjekk begge vegar.

4.4 Kva gjer helsearbeidarar for å motivere til endring av helsevanar?

Dei helsearbeidarane som eg snakka med gav alle uttrykk for at dei jobba mykje med å motivere familiane. Ingen av informantane sa direkte kva dei la i omgrepet motivasjon, men informantane forklarte indirekte kva dei la i omgrepet. Det som gjorde seg gjeldande var utsegn som:

”Motivasjon gjennom at det skal vere kjekt, at dei skal synes det skal vere kjekt å komme. At dei har lyst å komme tilbake, at dei har lyst å vere med på det. Det er fordi det er gøy! Ikkje fordi det er sunt”.

Alle informantane la vekt på at det skulle vere lystbetont å endre helseåtfærd, at familiane skulle ynskje å komme attende. Dei hadde ulike måtar å gjere dette på. Til dømes så informerte dei familiane, dei stilte opne spørsmål, synte at dei brydde seg, dei brukte mykje positivitet– glede, dei var også bevisste på kva som skulle til for å få til ei endring, og dei støtta familiane på ulike måtar. I tillegg brukte dei verkty som rollespel samt å lage avtalar med familiane.

Bevisstgjerjing og informasjon

Helsearbeidarane snakka mykje med familiane, noko gjekk på direkte informasjon: dei gav gode råd og dei prøvde å forklare kvifor det var viktig å endre helsevanar. Eit anna verkemiddel som vart brukt, var bevisstgjerjing, då snakka dei om kva effektar små endringar

kan gjere. Mykje av tida gjekk med til å snakke om fysisk aktivitet, gym, motivasjon, grenser og om erfaringane til helsearbeidarane og andre. Det vart også snakka om tips i høve til ernæring med fokus på blant anna det å ha faste måltid, det å ete frukost, lunsj og middag. Elles snakka dei ein del om endringar som skulle bli varige – for eksempel det å ta trappa i staden for rulletrappa. Dei hadde faste tema som dei skulle ta opp, dei snakka om fysisk aktivitet, korleis gymtimane er, og kva ein kan gjere for at ungane skal få ei auka deltaking i kroppsøving. Elles hadde foreldra og barna moglegheit for å ta opp tema som var viktige for dei.

Og ei helsesyster sa det slik:

”I forhold til foreldrene så er litt av motiveringsarbeidet det med opplysning. Kva gevinst gjer ein seg ved betre helse. Dei fleste veit mykje av dette her frå før, men det er ikkje alltid at ein er så bevisst det heller. Vi har prøvd å arbeide mykje med bevisstgjerung i forhold til dei. Kva effektar kan små endringar gje. Får du tredd alt nedover hovudet på ein gong, så verkar alt som ei heilt umulig oppgåve, sant?”

Helsearbeidarane la vekt på at det er viktig å bry seg. Dei ynskte at foreldra skulle syne barna at dei bryr seg om dei. Dei snakka også med foreldrene om korleis dei opplever det å ha eit barn som er for stort. Det vart vektlagt at det å gjere ting i lag med barna var med på å synleggjere for barna at foreldrene bryr seg om dei. Det kan vere turar i skog og mark, eller det å ta seg tid til å snakke med barna sine. Dei brukte tid på å snakke med familieane om tips til kva dei kunne gjere for å få dette til.

Ein informant sa det slik:

”Vi har snakka om alternative aktivitetar, vi har snakka om barnas turlag, vi har snakka litt om det å snakke skikkelig til kvarandre for å få til gode samtaler - det å bry seg”.

Eit av dei viktigaste verktya som helsearbeidarane brukte var å spørje etter om familieane sjølv kunne tenkje seg moglege løysingar som kunne fungere for familien. Dei stilte mellom anna opne spørsmål, der dei hadde ei samtale om temaet etterpå. Ei av erfaringane var at det var lettare å stille opne spørsmål når helsearbeidarar og familieane var blitt betre kjende:

“Så stiller vi ofte sånne opne spørsmål. I starten når vi har eit nytt tema så er det litt ok, vi har nesten litt sånn førelesning. Så har vi ein samtale rundt det etterpå med

erfaringsutveksling. Tilbakemeldingar på det vi har sagt, men ettersom gruppa er blitt betre kjent så er det lettare å stille opne spørsmål der dei sjølv er med på å finne svara”.

Ei anna erfaring var at nokre foreldre/familiar var aktive i høve til å svare på spørsmåla, medan andre tok ei meir passiv rolle og forventa nærast at helsearbeidarane skulle komme med alle svara.

Å frita for skuld – det å forstå

Informantane kunne fortelje at mange foreldre hadde skuldfølelse fordi barna hadde utvikla fedme. Dei snakka om at familiane fortalte at dei åt det same som naboen, som ikkje legg på seg. Dei fritok dei for skyld med at dei fortalte familiane at *”Nokon må trene for å ikkje få vondt i ryggen”*. Så må andre passe på kost og aktivitet for å ikkje bli overvektige. Som eine informanten i spesialisthelsetenesta sa: *”De har trekt det loddet å ha det sånn”*. Informantane var seg bevisste på å ikkje dvele ved at enkelte familiar tok ”feil” val i kvardagen eller ikkje fekk til alle endringane som dei burde ha gjort. Foreldre følte ofte skuld når dei ikkje klarte å gjere endringar.

”Det er veldig dobbelt, det er nokon til dels fine samtaler synes eg. Ein av dei tinga eg bruka å gjere på første samtale er på ein måte å frita dei litt for skuld. På den måten at eg seier at det har med livsstil å gjere om ein blir overvektig, men det er også nokre ting som gjer at vi har laga verden sånn at vi tenderer til å bli overvektige”.

Helsearbeidarane sa også at dei kunne forstå at det var vanskeleg å endre vanar, og at familiane gav uttrykk for at det var mange som ikkje forstår og eller trur på dei i høve til den slitsame jobben dei hadde med å endre vanar. Det vart difor viktig for helsearbeidarane og gje dei denne forståinga. Dei ville syne familien at dei forstod at det var vanskeleg, og at dei hadde forståing for at familien synest det kunne vere tøft ovanfor omgjevningane, spesielt ovanfor dei som sjølv var normalvektige. Dette skildra ein informant frå spesialisthelsetenesta slik:

”Det er ein av dei tinga eg synes er veldig fint; det er å sjå at dei er glad for å få ei viss forståing for at dei faktisk har prøvd å gjere ein del ting. For dei har nok ofte blitt møtt med den: ”ja, du seier at du har gjort ein del ting, men du gjer nok ingenting” men vi veit jo at det kostar SÅ mykje! Det er jo sånn at å gå ned i vekt og halde vekta etter å ha gått ned i vekt,

det krev mykje meir enn og aldri ha gått opp i vekt. Om du har vært normalvektig kan du tåle mange fleire utskeiingar enn kva dei kan tåle”.

Positivitet

Noko som vert sterkt vektlagt av helsepersonell var at det skal vere lystbetont å vere i aktivitet. Dei ynskjer at barna skulle bli glade i å bruke kroppen sin, og at dei skulle sitte igjen med ei positiv oppleving av det å vere i aktivitet. I møtet med barna hadde dei ikkje fokus på vekta, men det å ha det kjekt, samt å snakke om kva som var bra for kroppen. Dei la også vekt på at dette på sikt ville føre til at barna utvikla ei større sjølvkjensle. At det å vere aktiv førte til ei større meistringskjensle, og betre ytevne, noko som igjen førte til betre helsegevinst. Ein informant sa det slik: *”Vi tenkjer at mestring gjer modig! Det er vel det mottoet som vi har! Når du tørr så blir du tryggare i forhold til sjølvkjensla. Trygge i forhold til rørsle, det handlar om motorikk, det handlar om læring, og det handlar om sjølvkjensle”.*

Informantane sa at i motiveringsarbeidet var det viktig å gje støtte. Dei meinte at dei la opp til å støtte opp om og rose dei endringane familiane hadde fått til og den jobben dei hadde gjort for å få det til. Helsearbeidarane støtta også familiane på at det var urettferdig at deira barn var overvektig. Dei brukte mykje tid på å forsterke det som var bra, dei ville at familiane skulle prøve å finne ut kva som var den lettaste endringa, og så starte endringsarbeidet med denne og late denne verte etablert før dei tok til på neste endring. Dei prøvde å få familiane til å halde fast i dei tinga som fungerte samt å setje seg små mål som dei kunne klare å gjennomføre.

Å forsterke det som er bra

Informantane sa at dei brukte tid på å sjå på dei positive tiltaka familiane alt hadde sett i verk, og forsterke dette. *“Å få dei til å halde på det som er bra”.*

Ein anna informant skildra det slik:

”Elles vil eg tru at de gjer det som eg gjer, at de forsterkar det som er bra. At ein bruker mykje tid på det.”

Informantane kunne fortelje om familiar som vart skuffa fordi dei følte dei hadde gjort mange endringar, som ikkje synte på vekta. Helsearbeidarane sa at dette var naturleg, og at det å bremse vidare vektoppgang var bra, spesielt om ein var veldig stor og tung. *“Mange får til*

viktige endringar, men det er ikkje alltid sånn at det viser på vekta, og det er jo det som skuffer dei". Informantane sa det vart viktig å formidle til familiarne at dei måtte halde på endringane, fordi det kom til å ta lang tid før dei ville kunne forvente å sjå resultat i form av vekttap. Ønsket til mange av familiarne var at barnet vart normalvektig – når dei ikkje såg resultat i form av vekttap var det lett å gi opp. Ein av informantane frå spesialisthelsetenesta sa det slik:

"Også med dei små stega som ein stadig snakkar om. Okay: begynn med den lettaste endringa, eller den de synes er viktigast. Og så hold på den, og ikkje prøv å revolusjonere livet frå ein dag frå ein annen, for då veit vi jo at det ikkje går."

Dette sitatet frå ei av helsesystrane støttar opp om dette:

"Ja, det er noko eg føler vi har snakka mykje om. Ikkje gap over så mykje, viss det er mange problem så begynn med eit".

Det kunne sjå ut som ein del familiar fekk til å gjere viktige endringar i helsevanane.

Helsearbeidarane sa at for å kunne få skikkelige resultatet var det til dels store endringar som måtte til, og det var det ikkje alle som fekk til. Dei var glade for dei små endringane familiarne fekk til, dei var eit steg i riktig retning. Helsearbeidarane var opptekne av at barna ville få ein helsegevinst ved å gjere små men viktige endringar:

"Ja, og så prøv å la det bli ein etablert vane før ein tek neste. "Eg synes og det at veldig mange får ting til i større eller mindre grad da, men det er i alle fall sånn at det er ei endring frå tidlegare. Sjølv om dei ikkje gjennomfører den fullstendig".

Informantane vektlegg at det er viktig at familiarne klarar å gjere endringar om ikkje fullstendig kvar dag, så ville summen av endringane føre til auka meistringfølelse, noko som igjen forhåpentlegvis ville føre til at dei klarte å gjere større og fleire endringar på sikt.

Vidare sa informantane at familiarne vart skuffa når dei gjorde endringar, og likevel ikkje gjekk ned i vekt. Det kunne føre til at dei kunne gi opp, for så å gå tilbake til gamle vanar. Det var viktig at helsearbeidarane var støttande til og hadde forståing for at det var ein kjempejobb familiarne gjorde, og at det var svært viktig at dei fortsette med endringsarbeidet.

”Det er jo sånn at dei gjerne har eit ønske om å bli normalvektig, men det er jo ofte ikkje realistisk. Det vil vere veldig, veldig få som får til det. Så det å fortelje dei at dei har gjort ein kjempejobb når dei ikkje klarer og sjå det sjølv, er også ein del av motivasjonsjobben synes eg, og det og fortelje dei at dei har vært flink når dei ikkje trur det sjølv”.

Informantane fortel historier om familiar som vert skuffa, dei har gjort endringar sidan sist, og så syner det ikkje på vekta til ungane. Hjø nokre familiar var det slik at barna hadde auka i vekt, spesielt der dei hadde vore ekstremt inaktive før endringane. Når dei hadde gjort endringar hadde dei høge forventingar til resultatane, og dei vart skuffa når dei fekk ein vektauke. I slike tilfelle brukte helsearbeidarane å spørje om det var nokon som hadde kommentert vekta deira, dei hadde fått svar som: *Det er jo det som er så rart, at dei seier at eg ser tynnare ut, men eg er tyngre*”. Informantane kunne fortelje at det var viktig å få familiane til å forstå at musklar veg meir enn feitt, at dei hadde kvitta seg med feitt og fått musklar. Helsearbeidarane sa at dei hadde ein forståing for at familiane hadde ei stor utfordring, og at det var ein vanskeleg og hard jobb.

”For det er noko med det at det er en kjempejobb, det er jo verkeleg å jobbe i motvind. Då er det viktig å halde fast i dei tinga som fungerer, eg synes det er mange som er flinke til det. Kutte ut sukker til kvardags er ein av dei tinga dei ofte får til”.

4.5 Oppsummering resultat – hovudfunn

Dei helsearbeidarane eg snakka med gav alle uttrykk for at det var eit spennande tema å jobbe med. Dei fleste hadde arbeidsoppgåvene som ein del av stillinga si. Ingen hadde noko spesiell utdanning knytt direkte mot overvekt og fedme, men nokre hadde sporadiske kurs.

Helsearbeidarane hadde ulike strategiar for å motivere familiane, der dei var bevisste på kva som fungerte og kva som ikkje fungerte. Dei brukte opne spørsmål og dei synta at dei brydde seg om familiane dei møtte. Informantane var opptekne av å syne forståing og gav inntrykk av at det var viktig at dei gav familiane informasjon. I tillegg prøvde dei å gjere endringane så positive og lystbetont som mogleg.

Det som tydeleg kom fram, var at helsearbeidarane møtte mange utfordringar i dette arbeidet og at samarbeidet mellom helsetenestene hadde eit stort forbedringspotensiale. Manglande ressursar og det at temaet var vanskeleg å ta opp fordi dei var redde for reaksjonar frå familiane, vart særleg trekt fram. Helsearbeidarane delte foreldrene inn i to typar, 1) dei som fekk til endringa og gjorde noko med problemstillinga og 2) dei som kom tilbake gong etter gong utan å ha fått til endring eller ikkje møtte til avtalte timar. Informantane følte meining i arbeidet når familiane lukkast i å gjere endringar. Det vart derimot veldig tungt å jobbe med dei familiane som ikkje klarte å gjere endringar, eller som ikkje ville gjere nødvendige endringar. Desse familiane tappa dei for tid, ressursar og eigenmotivasjon til å arbeide med problemstillinga. *“Det er jo dei som kjem igjen og igjen du bruka mest energi på, men dei fleste har klart å gjere gode endringar”*. Vidare seier informantane at det handla om grensesetting, det at foreldre sjølv måtte vere villige til å gjere endringar i eigne liv, sjølv om det medførte at dei måtte gje slepp på det behagelege.

“Det er jo generelt sånn som helsearbeidar, så er det ikkje så morosamt å jobbe med ting som ein ikkje kan få gjort noko med! Vi likar jo at folk får det betre – men det er klart at vi kan jo gjere ein forskjell likevel, noko som gjer at dei synes det er verdt å komme, men det er jo ei tung gruppe å jobbe med på ein måte”.

Informantane hadde ulike erfaringar i høve til barna kom det fram at det også her var to typar: 1) dei som var glade i å vere aktive og 2) dei som ikkje var glade i å vere aktive. Nokre barn var glade i mat, andre brukte mat som kos og trøyst. Når barn vart ungdom hendte det at dei sjølv var klare til og gjere noko med problemstillinga. Det var også ein fare for at problema då var så store at det var vanskeleg å gjere endringar, og at tiltak difor burde settast i verk alt i tidleg barneår. Barna sa tidleg at dei ikkje trives med ein stor kropp, og dette var noko dei vegra seg for å snakke med foreldrene om.

I tillegg kom det fram at det samfunnspolitisk måtte endringar til slik at familiane hadde reelle alternativ når dei skulle handle mat, i dag er den billegaste maten den mest usunne maten. Det kom også fram at ein del foreldre gav uttrykk for at dei var redde for å la ungane gå til og frå skulen på grunn av trafikk.

”Hadde det vært sånn at heile befolkninga hadde vært opptatt av det same så hadde det ikkje vært så stort problem. Men no er det sånn at... det er nokon som endar opp med å bli overvektige, men dei gjer nødvendigvis ikkje så mykje meir feil enn andre”.

5.0 DRØFTING

Resultata i studien kastar lys over helsearbeidarane sin kvardag i møte med familiar som skal endre helseåtferd. Ved å knyte resultata frå studien til forskning på feltet og etablert metodikk for endring av helseåtferd håpar eg å kunne belyse kva utfordringar helsearbeidarane møter i sitt arbeid. Siste del av drøftinga handlar om kva helsearbeidarane gjer, og kva dei kan gjere for å motivere til endring av helsevanar.

5.1 Kva utfordringar møter helsearbeidarane i sitt arbeid?

Intervjua viser at det er fleire faktorar som gjorde det utfordrande å arbeide med familiar med overvektige barn. Dette handla om at overvekt og fedme er i seg sjølv er eit vanskeleg tema å snakke om. Dei sa det er utfordrande at foreldra går i forsvar og har så mange motargument. Informantane sa også at det er vanskeleg å halde på motivasjonen som helsearbeidar når familiarne gir uttrykk for å vere umotivert. Å drive endringsarbeid er tidkrevjande, og informantane opplevde mangel på tid til den enkelte familie som problematisk.

Det vanskelege temaet

Informantane kunne fortelje at dei såg på det som utfordrande å skulle ta opp temaet om barns vekt med foreldrene. Dette grunn gav dei med at dei var redde for å støyte frå seg foreldre og barna, men at slike samtaler oftast gjekk betre enn forventa. Ofte hadde ein forventa at familiarne skulle vende seg mot ein, men at ein gjerne hadde opplevd det motsette, at familiarne vart glade for at nokon snakka om barnas vekt.

Internasjonale studiar har peika på at helsesystrer kan tykkje det er vanskeleg å snakke om barns vekt med familiane det gjeld (Steele et al., 2011). Nokon av barrierane som vert trekt fram er at helsesystrane meinte dei hadde for lite kunnskap, for lita tid og for knappe ressursar. Dei opplevde også at dei hadde for låg kompetanse og eigne vekt relaterte problem som gjorde at det var vanskeleg å ta opp temaet. Dette er funn som samanfattar med andre studiar (Steele et al., 2011; Story et al., 2002; Turner, Shield, & Salisbur, 2009; Walker et al., 2007).

I lys av resultatane i mi studie kan det peike mot at det er etisk riktig av helsearbeidarane å ta opp og samtale kring barns vekt. Nokre studiar syner også til at familiane ikkje er klar over at barna er overvektige (He & Evans, 2007; Towns & D'Auria, 2009; Júlíusson, Roelants, Markestad, & Bjerknes, 2011). Det har også synt seg at mange foreldre til overvektige barn meiner at barnets vekt ikkje er noko å bry seg om eller bekymre seg over (Taveras et al., 2011), eller at vekta er helseskadeleg (Rhee, Lago, Arscott-Mills, Metha, & Davis, 2005). Noko som er eit argument for å ta opp temaet kring barns vekt for å hjelpe foreldra til å sjå problemet. Det kan sjå ut som befolkninga ser på overvekt og fedme meir som eit kosmetisk problem enn som ein trussel for helsa. I tillegg har det synt seg at synet på kva som er normalvekt har endra seg (HUNT, 2011), noko som kan føre til usikkerheit om kor tid ein skal ta opp temaet. Det er stor forskjell på om eit barn har ein KMI på 25 eller ein KMI på 35. Eit barn med KMI på 25 står ikkje i fare for å utvikle dei same negative følgjetilstandane som eit barn med KMI på 35, noko ein må ta omsyn til i behandlinga.

Det har blitt trekt fram at det å fokusere på endring av helseåtferd kan føre til eteforstyrningar (Austin, 2011; Mesas et al., 2012). Dette kan føre til at helsearbeidarar vegrar seg å ta opp problemstillinga med både barn og foreldre. Det er synt at det er samband mellom overvekt og fedme og ulike typar eteforstyrningar (Austin, 2011) noko som kan forsterke redselen for å ta opp tema om barns vekt. På den andre sida er det synt at det liten risiko for å få auke i eteforstyrningar der det er eit profesjonelt behandlingstilbod retta mot overvekt og fedme (Butryn & Wadden, 2005). Desse funna viser viktigheita av at det blir utvikla gode profesjonelle metodar og opplæring der helsearbeidarar føler seg kompetente til å ta opp problemstillinga og setje i verk intervensjonar. Mange barn og unge med overvekt og fedme slit med skam, skyld, negativt sjølvbilete og har eit etemønster som liknar eteforstyrningar. Dersom barna lir fordi dei føler seg mobba, diskriminert og stressa på grunn av vekt og

utsjånad må dei få nødvendig hjelp anten dei har ei diagnose eller ikkje (Øen & Stormark, 2012). Funna mine tyder på at helsearbeidarane synte forståing for barna, og dei tok opp temaet sjølv om dei tykte det kunne vere ubehageleg. Dei meinte at ein må tåle å ta opp ubehagelege tema for barnet si skuld. Dette gir inntrykk av at helsearbeidarane bryr seg om barna. Dei vil verkeleg hjelpe dei, noko som nok speglar behandlinga og tilnærminga til pasienten.

Vidare seier informantane at barna gav utrykk for å ikkje ha nokon dei kunne snakke med om si eiga vekt, dei torte ikkje snakke med foreldra sine om vekta si og dei problema det å vere overvektig medførte. Om dei snakka med foreldrene, kunne det føre til at mor og eller far vart lei seg. Informantane var opptekne av at når barna eller ungdommane ikkje kan snakke med foreldra sine om problema, var dette noko som det var tungt for eit barn eller ein ungdom å gå å bære på åleine. Det kan tenkjast at det er vanskeleg for barn og unge å ta dette opp med vennene sine. Fordi barn og unge saknar nokon å prate om vektproblema sine med, kan helsearbeidarar vere ein slik person. Ei av utfordringane kan vere at dei ikkje møter barna åleine, barna er som oftast saman med foreldra. Helsesystrene i min studie sa at dei av og til møtte ungdommane aleine, då kan dette vere ein moglegheit for å ta dette opp med ungdommen.

Forsvaret, motargumenta og fråfallet

Ei av utfordringane som informantane skildra, var å møte foreldre som var i forsvarsposisjon og som hadde motargument mot endringane. Informantane mine skildra desse foreldra som umotiverte foreldre. Foreldrene var gjerne i forsvar der dei kom med motargument mot å endre vanane sine. Vi har alle vanar som vi likar å ha, sjølv om ikkje alle er til det beste for oss. Det kan vere sånn at vi er klar over vanane våre, men at vi korkje vil eller kan endre dei fordi dei tilfører noko positivt for oss (Prochaska et al., 1994). Slik siterte ein av informantane foreldra: *“Er verkeleg det nødvendig?”*. I MI er motstand eit omgrep som blir brukt når ein opplever at den ein prøver å hjelpe forsvarar seg eller kjem med motargument. Ein kan då oppleve at det blir avstand mellom helsearbeidar og den ein skal hjelpe (Barth & Näsholm, 2007).

Fleire internasjonale studiar har sett på barrierar og utfordringar hjå ulike typar helsearbeidarar, der ei av utfordringane til helsearbeidarane var at pasientar med overvekt

kunne vere unnvikande (Hansson et al., 2011). Andre studiar syner at foreldre kunne vere uvillige eller ikkje i stand til å hjelpe barnet med vektproblema (Turner et al., 2009). Eller at foreldre og barn ikkje såg på vekt som eit problem, og at dei ikkje var motiverte til å gjere endringar (Ferrante, Piasecki, Ohman-Strickland, & Crabtree, 2009; Steele et al., 2011). Andre foreldre er ikkje klar over at barna er overvektige (Júlíusson, Roelants, Markestad, & Bjerknes, 2011). Desse erfaringane til hjelpearbeidarane kan tyde på at helsearbeidarar både nasjonalt og internasjonalt møter familiar som helsearbeidarane opplever ikkje vil gjere endringar i høve til helseåtferd. Ei av føresetnadane for endring er at ein person sjølv oppdagar og erkjenner dei negative konsekvensane ved ei åtferd eller ein vane (Prochaska et al., 1994). I følgje stadiemodellen legg ein i førovervegingsfasen meir merke til dei positive sidene ved uønskt åtferd enn dei negative. I denne fasen er ein ikkje mottakeleg for informasjon om dei negative konsekvensane av eiga åtferd. Dette kan igjen føre til at dei manglar viktig informasjon om at åtferda på sikt kan føre til helseskade og sjukdom. Foreldra kan om dei har kunnskap om helseskadane vurdere denne kunnskapen til å ikkje vere relevant for dei (Prochaska et al., 1994).

Informantane fann det også utfordrande at familiar ikkje fekk til å gjere endringane, der familiare kom tilbake gong etter gong utan å ha fått til ei einaste endring. Forventinga til helsearbeidarane var kanskje at familien skulle ha fått til dei avtalte endringane til neste gong. Det er mogleg at det er denne type pasient som blir omtalt av informanten som sa at det å skulle motivere på nytt gang på gang var tungt. Barth et al. (2001)) seier at ved å behandle personar som tydelegvis har motstand med vennlegheit vil auke sjansen for at dei kjem tilbake ein annan gong.

Det at nokre av familiare ikkje kom av eigen fri vilje, men fordi andre hadde sagt dei skulle komme var også ei utfordring for helsearbeidarane. Familiare ville eigentleg ikkje gjere endringar, det kan tyde på at desse familiare hadde motstand med seg inn i møta med helsearbeidarane. Forelda har gjort eit val. Sjølv om livsførselen fører noko negativt med seg, så ynskjer dei å fortsette med den. Det som helsearbeidarane skildra som utfordrande, er at dette også går ut over barnet. Foreldra er rollemodellar for barna, og ein kan ikkje forvente at eit barn klarar å gjere endringar som foreldra sjølv ikkje klarar eller er villige til å gjere. Når helsearbeidarane finn det tungt å samtale med familiare, kan dei minne seg sjølv på at alle er ulike (Barth & Näsholm, 2007). Dei samtalene som oftast fører til auka motstand er samtaler

der ein helsearbeidar skal prøve å føre inn nye perspektiv eller der ein utforskar usikkerheit og tvil. I møte med familiar som har barn med overvekt/fedme er det ofte det som skjer. Ein peikar på og skal finne ut kva familien kan endre på. Indirekte seier ein også at det finst feil og manglar med måten familien lever på i dag. Det kan vere ulike grunnar til at ein familie føler eller har motstand i møte med helsearbeidarar. Dette kan vere tidlegare negative opplevingar med helsevesenet. Eller det kan vere at familien har prøvd ut ulike ting før som ikkje fungerte, då blir det familiens eigen motløyse som fører til motstand. Noko som kan føre til at helsearbeidaren ikkje ser familien sin motivasjon, fordi ho er for oppteken av motstanden (Barth et al., 2001). Døme kan vere ein familie der fleire medlemmer er overvektige, og har gått lenge til behandling utan at ein ser resultat. I slike tilfelle kan helsearbeidarane ha nytte av ei samtaleform som MI, og bruke den som verkty slik at dei kan prøve å forstå familiarne utifrå desse. Når helsearbeidarane føler at dei ikkje strekk til, eller er begynt å utvikle negative haldningar, så kan dei trenge noko som kan hjelpe dei til å forklare at det ikkje er dei som helsearbeidarar som ikkje strekkjer til. Det kan vere ei hjelp å kunne noko om kva som fører til eller reduserer motstand hjå eit menneske. I følge Barth & Näsholm (2007) har ein hjelpar ansvar for å handtere den motstanden som naturleg dukkar opp i ei endringssamtale. Der ein oppdagar teikn på motstand, og klarar å møte motstanden utan å kome i ein motstandskamp med klienten, og på denne måten unngår ein å komme i ein fastlåst posisjon.

Det var utfordrande for informantane når barna ville gjere endringar i større grad enn det foreldrene ville, eller at foreldrene var tydelege på at dei ikkje ville gjere endringar i høve til kost og fysisk aktivitet. Dette kan vere eit forsvar for foreldre som kan tyde på at dei føler at andre bestemmer over dei. Helsearbeidarane må passe på at dei ikkje kjem med utsegn som fører til at familiarne kjem i forsvar. På den andre sida må dei vere så tydelege at familiarne ser viktigheita av og finn motivasjon i å gjere endringar. Det er her MI meiner at dei har ei tilnærming som kan brukast i møte med familiarne. For at MI skal kunne vere eit effektivt verkty i behandling av fedme, er det sentralt å heile tida jobbe for å vedlikehalde motivasjonen (Soderlund et al., 2011; S. Tripp, Perry, Romney, & Blood-Siegfried, 2011). Behandling av overvekt og fedme har best effekt dersom ein kan følgje familiarne over tid (Helsedirektoratet, 2010b; Oude Luttikhuis et al., 2009). Om familiarne verkar motiverte for endring er det viktig at ein følger desse opp. Informantane peika på at dersom dei skulle bruke MI, og dersom dei skulle hjelpe familiarne krevde det at dei møtte dei fleire gangar over ein

lang tidsperiode. Noko som kom i konflikt med både tidsbruken og ressursane dei hadde til rådighet.

Informantane kunne fortelje at nokre av familiane hadde opplevd at venner og familie ikkje trudde at dei prøvde å gjere endringar. Familiane hadde også opplevd at samarbeidet til andre ikkje alltid var lett. I følge Barth (2001) kan ein klient ta med seg motstand inn i ei samtale dersom åtferda har ført til mykje konflikt mellom klienten og andre menneske. I lys av det som mine informantar kunne fortelje samt eigne erfaringar i møte med pasientgruppa, kan åtferda det vil seie matvanane og vanar kring fysisk aktivitet føre til at familiane kjem i konfliktsituasjonar. Informantane kunne fortelje om konfliktsituasjonar til besteforeldre, foreldra seg imellom, men også til venner og naboar. Det kan tenkjast at det er naturleg at foreldra tek med seg desse erfaringane inn i samtala til helsearbeidarane, der helsearbeidarane opplever det som motstand mot hjelpa.

Det var også utfordrande for mine informantar at det var mykje fråfall til timane, og det var ikkje alltid familiane gav beskjed om at dei ikkje kom. Om ein ikkje møter frivillig til time kan ein ha med seg mykje motstand inn i samtala (Barth, 2001). Prochaska et al. (1994) seier det er sjeldan at klientar kjem av seg sjølv tidleg i endringsprosessen fordi dei ikkje synes det er naudsynt, eller fordi dei er under press frå andre. Det kan tenkjast at fråfall fører til at helsearbeidarane opplever motstand mot pasienten ved at han ikkje møter til time, eller verkar uvillig til å møte. I tillegg føler helsearbeidarane gjerne på at det er tidkrevjande, ein set av god tid til familien, familien møter ikkje, dei har heller ikkje gitt beskjed om at dei ikkje kjem. Dette kan igjen føre til at helsearbeidarane i sin tur opplever motstand mot familien. Spesielt om dette gjentek seg fleire gongar, og med fleire familiar. I følge Reilly (2006) kan det sjå ut som det er ganske vanleg med eit stort fråfall i slik oppfølging. Sjølv om informantane kan forstå at det er vanskeleg å gjere endringar, blir dei likevel oppgitt over at familiane ikkje “eingong” stiller til timane dei har fått tildelt. Familiane blir dermed oppfatta som late og uengasjerte, som korkje vil eller kan ta tak og gjere endringar med livet sitt.

Grensesetting

Informantane fortalte at ei av utfordringane i møte med familiane var at dei meinte foreldra trengte hjelp til å setje grenser til barna sine. Samfunnet har endra seg, og i takt med dette har også synet på barneoppdaging endra seg. Foreldra er rollemodellar for barna sine og dei har

innflytelse på barns mat og drikkevanar, barns vanar når det gjeld skjermtid og vanar i høve til fysisk aktivitet. Informantane sa at foreldre som dei definerte som umotiverte ikkje orka å ta opp kampen med barna, og at dei ofte ikkje hadde ressursar til det. Dette kunne handle om grensesetting og det kunne handle om ork, kunnskap og overskot til å rettleie barna sine. Studiar peikar på at det å vere aleinebarn eller barn i ein familie med lågare sosioøkonomiske status kan vere ein risiko for å utvikle overvekt/fedme (Wang, 2007). Dette vart også støtta av mine informantar som sa at deira erfaring er at aleineforeldre eller foreldre med mindre ressursar hadde mindre kapasitet til å gjere noko med problemstillinga. Dette samsvarar med den norske helseundersøkinga som syner at barn av forelder med høg utdanning et sunnare og har fleire regelmessige måltid enn det barn av foreldre med låg utdanning har, samt at det er fleire som er fysisk inaktive i gruppene med låg utdanning. Sosiale og økonomiske forhold i barndommen påverkar helsa både indirekte og direkte seinare i livet (Helse og omsorgsdepartementet, St meld nr. 20 (2006-2007)).

Overvekt er eit resultat av eit misforhold mellom kaloriinntak og forbruk. Det er mange årsaker til at slik ubalanse oppstår, men det synes klart at familiens matvanar har innverknad. Det er difor viktig at ein lærer foreldre om sunn mat (Birch & Davison, 2001; Fisher et al., 2007; Looney, 2011). Det er foreldra som handlar inn og som bestemmer kva mat som er i kjøleskåpet til ei kvar tid. Barna treng hjelp av dei vaksne for å vite kva som er høveleg mat, og kva som er høvelege porsjonar til barn og unge, og dei må bli vane med å smake på ulike typar mat for å få eit variert kosthald (Birch & Davison, 2001). Studie som er gjort om intervensjonar innanfor kosthald syner at “traffic ligh” av Epstein (2008) kan vere ei effektiv tilnærming. Foreldre og barn blir i “traffic ligh” lært opp til å gruppere matvarer inn i tre kategoriar. Raudt, (høge energitette matvarer som ein skal bruke sjeldan), gult, (middels energitette matvarer, for avgrensa bruk, for eksempel kun til måltid) og grønt (matvarer med låg energitettheit, der ein kan ete så mykje ein vil av, og som erstatning for raud og gul mat). (Epstein, Paluch, et al., 2008). Det kan sjå ut som det er eit slektskap mellom store energitette porsjonsstørrelsar i barneåra og fedme. Dette fortel oss at å redusere energiinnhaldet i maten burde kunne vere ein effektiv måte å førebygge og behandle fedme på (Rolls, 2010). NNR og WHO har anbefalt at når det gjeld bruk av sukker bør hovudfokuset vere på å redusere søte drikker, sukkertøy, is og kaker framfor anna type sukkerhaldig mat, og hovudfokuset bør vere på søte drikker (Nowicka & Bryngelsson, 2006).

Informantane fortel om barn som er glade i mat og som må få hjelp til å ete passelege porsjonar. Ein del av barna og ungdommane brukar mat som trøyst. Når alt anna buttar imot kan det å ete som trøyst i følgje ei av helsesystrene vere tillærte uvanar som barna har fått frå dei var små. Foreldre kan føle at det er vanskeleg å handtere matsituasjonane (Eivind, 2010). Informantane seier at dei må ansvarleggjere foreldrene i forhold til å sette grenser for matinntak og å finne andre måter å trøste på enn gjennom mat. Dette følast som ei tung og vanskeleg oppgåve for informantane. Ein av informantane sa at ho av og til hadde lyst til å riste i foreldrene. Helsearbeidarane følte tydeleg frustrasjon fordi dei meinte at nokre foreldre ikkje klarar å hjelpe barna sine i den grad dei burde.

Familiane pyntar på sanninga

Informantane sa at dei fann det utfordrande at nokon av familiane pyntar på sanninga. “Dei seier det vi vil høyre”. Det er vel ibuande i dei fleste av oss at vi ynskjer at vi skal vise oss frå den best tenkelege sida. Vi ynskjer å bli likt. På den andre sida er det gjerne slik at vi kan blottlegge oss og syne våre meir negative sider dersom vi føler at det må til for å komme oss vidare i ein endringsprosess. For at vi skal kunne tøre å fortelje dei negative sidene krev det at vi har tillit til den andre parten. Mine informantar sa at dei hadde ei kjensle av at einskilde familiar i samtale med helsearbeidarane ikkje fortalte kva dei eigentleg åt, og at dei sa at dei var meir fysisk aktive enn det som dei eigentleg var. Enkelte familiar fortalte helsearbeidarane det som dei visste at dei ville høyre. Dersom dette er tilfellet så kan det tyde på at familiane har kunnskapane om kva tiltak som er effektive for å få betre helsevanar. Men dei klarar likevel ikkje å omsetje dette til praksis.

Kvifor familiane ”pynta” på sanninga er interessant, det at dei ikkje klarar å fortelje heile sanninga til dei som er der for å hjelpe dei. Forsking viser at sjølvrapportering av kost og aktivitet ikkje alltid er reliabel. Det er ein tendens til at foreldre overrapporterer fysisk aktivitet og sunn mat (Oellingrath, Svendsen, & Reinboth, 2008). Det kan også tyde på at dei føler skam, skam fordi dei eigentleg veit at dei burde endre helsevanar, men ikkje klarar å gjere det som er forventa. Dei har forventingar til seg sjølv og dei føler på at både helsevesen og omgivnadene har forventingar til dei som dei ikkje klarar å innfri. Det kan også handle om mangel på tillit mellom helsearbeidarar og familiane, det kan handle om redsel for stigmatisering, og det kan handle om maktforholdet mellom helsearbeidarar og familiane. Det kan også vere slik at helsearbeidarane ikkje klarar å skjule at dei meiner at familiane bør ta

meir ansvar, noko som kan føre til at familiane ikkje torer å vere ærlege. Overvekt og fedme kan vere teikn omsorgssvikt (Viner , Roche , Maguire , & Nicholls 2010). I nyheitene har ein kunne høyre historier om foreldre som har mista omsorg for eigne barn fordi barna har utvikla fedme. Dette kan føre til at familiane er redde for å miste omsorga for barnet.

Tillit og mistillit kan gå begge vegar. Familiane og helsearbeidarane kan ha mistillit til kvarandre av ulike grunnar. I følgje Nortvedt & Grimen (2004) er det nødvendig med tillit for at ein skal kunne skape og oppretthalde gode relasjonar. Vidare seier Nordtvedt og Grimen (2004) at det er eit komplisert forhold mellom tillit og makt. Den eine parten kontrollerer godar som til dømes kunnskap som den hjelpetrengane parten er avhengig av. Dette medfører at den eine parten er sårbar i høve til den andre parten (Nortvedt & Grimen, 2004). Det blir ikkje drøfta vidare kring desse omgrepa i denne oppgåva, men eg meiner det er viktig at helsearbeidarar kjenner til og reflekterer over at det er eit asymmetrisk forhold mellom familiane og helsearbeidarar.

Vanskeleg å motivere barn og ungdom

Informantane mine fann det utfordrande å skulle motivere barn og ungdom. Ei av årsakene var at helsearbeidarane og barna/ungdommane hadde ulik målsetjing med behandlinga.

Forskning viser at reduksjon i sukkerhaldig drikke er eit av dei mest effektive tiltaka mot barnefedme (Nowicka & Bryngelsson, 2006). Informantane i studien min såg heilt klart store utfordringar i å skulle vere den ungdommen som skulle seie *nei takk*, og skilje seg ut og vere annleis enn sine venner. Døme på dette kan vere når ungdommen samlast for å sjå film og drikke brus, noko som mine informantar skildra at mange ungdommar gjorde.

Helsearbeidarane og ungdommen har dermed ulikt syn på kva tiltak som må setjast i verk for å nå måla. Der helsearbeidaren meiner at ungdommen skulle slutte å drikke søte drikker, noko som for ungdommen vart vanskeleg fordi dei var redde for å skilje seg ut. Helsearbeidarane kan ha målsetnad om at barn og ungdom skal ha betre helse og vektstagnasjon, medan barn og unge i fylje informantane mine har eit sterkt ynskje om å vere lik vennene sine, sjå ut som venene sine og å gjere det same som vennene sine (Steinsbekk & Sørebo, 2010). Lysta til å gjere det same som vennene kan kanskje kome i konflikt med tiltaka som er nødvendige for å få til ein vektreduksjon. Barth (2001) seier at det å vere sjølvbestemt og ha autonomi er spesielt viktig i ungdomstida. Dersom ungdommen føler at andre vil bestemme over dei kan

dette føre til auka motstand, noko som kan resultere i at ungdommen tek motsett val enn det ein ynskjer at dei skal.

Når det gjeld livskvalitet hjå barn og unge med overvekt og fedme, har ein funne at barn med fedme har fleire psykiske helseplager og dårlegare livskvalitet enn andre, mellom anna emosjonelle vaskar, åtferdsvanskar og mindre sjølvkjensle samanlikna med barn i normalbefolkninga (Griffiths et al., 2010; Steinsbekk et al., 2009; Tsiros et al., 2009; Zametkin et al., 2004). Det syner seg også at kroppsbilete er svært viktig for barn og unge (Haraldstad et al., 2011). Helsearbeidarane i studien min rapportert at dette også var ei utfordring for barn og unge som dei møtte. Informantane sa at det ofte var knytt ekstra problemstillingar til barn og unge med blant anna dårleg sjølvbilete og redusert livskvalitet. I ulike studiar har det synt seg at helsearbeidarar mangla tid og ressursar til å møte barn og unge. Dei følte seg ikkje kompetente nok, og dei fekk for lite støtte frå leiinga (Moyers, Bugle, & Jackson, 2005; Steele et al., 2011; Turner et al., 2009; Walker et al., 2007).

Mine informantar gav derimot uttrykk for at dei hadde gode nok kunnskapar kring emnet. Dei sa at dei kunne mykje om kva råd dei kunne gje familiare, men at det var komplekse forhold kring familiare som gjorde at det kravde ei spesiell tilnærming. Her mangla helsearbeidarane tid og ressursar til å kunne bruke den tida dei trengte for å kunne tilby barn og unge det som dei hadde behov for. Barn og unge med redusert livskvalitet og dårleg sjølvtilitt har behov for at nokon syner dei forståing, og har tid til å snakke med dei. Dei treng nokon som har kunnskap og som kan hjelpe dei slik at dei lærer seg mestringsstrategiar som dei kan ta i bruk når kvardagen blir tung.

I følgje informantane tykte barna at det verste ved å vere overvektig/ha fedme var å ikkje kunne gå med dei same kleda som dei jamngamle samt å kunne klare dei same fysiske utfordringane som vennene. Dei fleste menneske er laga slik at vi ynskjer å passe inn i ein norm, vi ynskjer å kunne gjere det andre gjer. Vi ynskjer ikkje å skilje oss ut. Studium støttar dette, og viser i tillegg at ungdom er opptekne av kropp og utsjånad, og at dei ynskjer ein kjærast (Steinsbekk & Sørebo, 2010; Griffiths et al., 2010). Mine informantar seier at det kan vere tungt å få barna i aktivitet. Dei kjem til dømes inn i ein vond sirkel der dei ikkje torer å kle av seg framfor dei andre i klassen i samband med gymtimane. Denne redsla fører til at dei skulkar kroppsoving – konsekvensen av dette blir at dei blir mindre fysisk aktive.

Mange av barna har prøvd mange typar organisert lagidrett, men slutta fordi dei ikkje opplevde meistring. Ein kan berre tenkje seg korleis det kjennes å alltid bli valt til sist, vere den som spring seinast eller ikkje meistrar å hoppe over bukken i gymmen. For dei fleste er det vel slik at ein unngår dei tinga ein føler at ein ikkje meistrar. Desse erfaringane dreg barn og ungdom med seg inn i samtale med helsearbeidarane. Dette syner seg ved at dei er negative, lukka og stille når dei samtaler med helsearbeidarane. Det er utfordrande for helsearbeidarane å skulle samtale med nokon som ikkje seier noko. Å handtere denne tausheita krev at helsearbeidarane har kunnskap om tilnærming til ungdom. Hjelparen må syne at han er interessert, noko han gjer ved å lytte og prøve å forstå. For å unngå misforståing kan ein sjekke at ein har forstått rett. Dette krev at ein har tolmod, og at ein klarar å unngå å fortelje den andre kva den skal gjere (Øen, 2012).

Helsearbeidarane sin motivasjon

For helsearbeidarane kan det å halde på motivasjonen over tid, vere vanskeleg. Kva skjer når dei som skal motivere føler at dei sjølv mister motivasjonen? Det er utfordrande å skulle motivere på nytt, gang på gang. Informantane skildra at det var tungt å jobbe med pasientgruppa, og dei drog spesielt fram dei situasjonane der ein ikkje lukkast med ei åtferdsending og som førte til at helsearbeidarane sjølv mista motivasjonen i arbeidet. I følge Barth (2001) kan motstand hjå ein klient føre til at helsearbeidarane mister tru på at dei kan klare å påverke til endring. Det kan føre til at helsearbeidarane utviklar negative tankar om pasientgruppa eller det kan føre til at rådgivaren utviklar negative tankar om seg sjølv

Studie som er blitt gjort om erfaringane til helsearbeidarane kan peike i retning av at det er ganske vanleg at helsearbeidarane sjølv ikkje alltid har tru på at familiane klarar å gjere dei nødvendige endringane (Hansson et al., 2011; Turner et al., 2009; Walker et al., 2007). Ein kan stille spørsmål om korleis helsearbeidarar kan motivere når dei ikkje har tru på at familiane skal klare å gjere endringane. Det kan vere ein naturleg reaksjon med tanke på at ein helsearbeidarar kan ha ei ibuande overtyding om at ein skal “redde” eller hjelpe pasienten. Informantane mine gav uttrykk for at dei som helsearbeidarar fann meir mening i arbeidet når dei kunne vere til hjelp for pasientane. Når pasientane ikkje endrar åtferd kan helsearbeidarane bli oppgitte og frustrerte på familiens og barnas sine vegne (Helsedirektoratet, 2010b).

Situasjonen ovanfor viser at ein helsearbeidar i kraft av si stilling, men mogleg også som privatperson, har ei sterk meining om at foreldra burde handle annleis enn det dei gjer. Helsearbeidarane kan i desse tilfella komme i ei fagleg klemme mellom det å vite kva familiane burde gjort, og å respektere foreldra sin autonomi i situasjonen. I følgje Slettebø (2009) har også sjukepleiarar autonomi i sin praktisering av sjukepleie. Informantane i min studie sa at det tidvis var svært vanskeleg å halde på eigen motivasjonen når dei opplevde at foreldre var ”tiltaksause” i dei endringane som helsearbeidarane meinte at familiane burde gjennomføre. Som kom att gong på gong utan å ha klart å endra noko, og tilsynelatande verka likegyldige til det. Det opplevast krevjande når det vart opp til dei som helsearbeidarar å finne på nye tiltak. Når dei føler at dei ikkje når fram med sin budskap, så snur dei sin eigen frustrasjon mot familiane. Dei gir uttrykk for at familiane burde ta meir tak i eigne problem. Dette er også i tråd med anna forskning som syner at helsearbeidarar meiner at foreldre som har barn med overvekt/fedme ikkje følgjer opp, og støttar barna sine i den grad dei burde (Hansson et al., 2011; Moyers et al., 2005; Story et al., 2002; Turner et al., 2009; Walker et al., 2007).

Stigmatisering

Utfordringar med å halde på eigen motivasjon, fører drøftinga naturleg over i eit svært aktuelt tema. Det er kjent at overvektige kan bli stigmatisert for eiga vekt (Puhl & Heuer, 2010; Vander Wal & Mitchell, 2011). Dette kan påverke heile familien i negativ retning. Dei kan føle på det sjølv, og det kan påverke eige sjølvbilete og motivasjonen for å endre åtferd (Vander Wal & Mitchell, 2011). Slik stigmatisering er med på å generere til helseskilnader (Puhl & Heuer, 2010). Det viser seg at stigmatiseringa startar alt i barneåra (Musher-Eizenman, 2004). Resultata kan støtte det som mine informantar skildrar, nemleg at barn og unge føler på at dei ikkje strekkjer til når dei er i fysisk aktivitet, at dei alltid blir valt sist i gym og at ingen vil vere med dei i friminutta.

Ved behandling av overvekt og fedme er målet å fremje helse og av den grunn er det viktig for helsearbeidarar å vere klar over og ta høgde for at stigmatisering av overvektige skjer. Ved å ha fokus på dette kan helsearbeidarane møte familiane på ein slik måte at dei føler at dei ikkje blir stigmatisert. I og med at det er kjent at helsearbeidarar er med på å stigmatisere familiane, vert det viktig å rette fokus mot denne problematikken. Dei yrkesetiske retningslinjene gjev klare føringar på korleis ein helsearbeidar skal møte pasientar/brukarar og

desse bør brukast aktivt som eit verkty i helsearbeidarane sin kvardag (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

Det at både helsearbeidarar, samfunnet og dei overvektige sjølv stigmatiserer overvektige (Puhl, 2010) kan forklare kvifor einskilde familiar fortel den delen av sanninga som dei veit at helsearbeidarane vil høyre. På den andre sida kan det vere at helsearbeidarane ilegg familiane negative eigenskapar som dei ikkje har. Sjølv om det er dokumentert vert overvektige framleis skulda for vekta si og er med på å oppretthalde helseforskjellane (Puhl, 2010). Det er grunn til å tru at dei familiane som har barn med fedme sjølv er klar over og føler på at dei vert stigmatisert.

Ressursar og rammer

Ei av utfordringane som informantane opplevde i sitt daglege arbeid var ressursituasjonen og rammene til helsearbeidarane. Med rammer meiner eg her lover, forskrifter, arbeidstid, strategiplanar etc. Med ressursar meiner eg stillingar, tid, og økonomi. Både nasjonalt og internasjonalt er det utvikla ulike strategiar for å fremme helsa vår. WHO (2004) har utvikla ein global strategi for ernæring og fysisk aktivitet, og det er ei rekkje norske føringar og satsingar på folkehelseiltak som *Nasjonalt satsing på å utjevne sosiale helseforskjeller* St.meld 20 (Helse og -omsorgsdepartementet, 2006 - 2007). I tillegg er det laga *retningslinjer for veiing og måling i skulehelsetenesta*, og det er *retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge* (Helsedirektoratet, 2010a; Helsedirektoratet., 2010b). Informantane hadde kjennskap til retningslinjene, og dei har kunnskap om kva som står der. Likevel tolkar eg mine informantar på den måten at dei ikkje klarer å fylgje desse opp det i den grad dei føler at dei burde. Dette grunnjev dei med at dei manglar tid og resursar. Dette kan resultere i at helsearbeidarane blir oppgitt og frustrerte over at dei ikkje får gjort det dei burde, og det som er lovpålagt at dei skal gjere. Ei helsesøster i mi studie sa med oppgitt stemme: “*og så kjem dei nye retningslinjene for veiing og måling – også manglar vi helsesøsterstillingar – vi kan berre hjelpe toppen av isfjellet*”. Mi tolking er at helsearbeidarane føler seg makteslause i og med at dei ser at det er mykje dei skulle ha gjort som dei ikkje har moglegheit til slik ressursane er i dag. På den eine sida kan dette tyde på at dei strategiane som er klare kan vere nyttige hjelpemiddel for helsearbeidarane. På den andre sida kan det tyde på at det er eit misforhold mellom strategiane og dei ressursane som følgjer med. I samanheng med den nye samhandlingsreforma er det også kome ei ny Folkehelselov

som pålegg den einsskilde kommune ansvaret for folkehelsetilbodet i eigen kommune (Folkehelseleva, 2011). Dette fører igjen til eit større ansvar for den einsskilde kommune. Med ein misforhold mellom arbeidsoppgåver som burde gjerast og ressursar disponibelt føler helsearbeidarane frustrasjon. Med arbeid i ”motbakke” kan dei igjen miste motivasjonen. Dette samsvarar med funn i andre studiar som har sett på erfaringane og barrierer ulike grupper helsearbeidarar møter i sin kvardag. Mangel på ressursar vert teke opp som ei utfordring i fleire av studiane (Steele et al., 2011; Story et al., 2002; Turner et al., 2009). I lys av denne diskusjonen og andre diskusjonar i norske medium, samt det faktum at det stadig blir fleire og fleire med overvekt og fedme (Hovengen & Strand, 2011; Juliusson et al., 2007; WHO, 2011), har norske myndigheiter ei stor utfordring innanfor både behandling og førebygging av overvekt hjå barn og unge. I følgje Øen (2012) er det enda langt igjen til den einsskilde kommune har ein plan for korleis ein skal hjelpe med førebygging og behandling av overvekt og fedme. I dag er det tilfeldig kva tilbod desse familiane får. Det avheng av kven dei møter som helsepersonell, der personleg engasjement, interesse og kunnskap er vesentleg for det tilbodet som blir gitt. Vidare seier Øen (2012) at det er vanskeleg for helsepersonell å kartlegge overvekt og fedme, for å avdekke endringstiltak i familiane så lenge det ikkje er utvikla og implementert slike tilbod som kan hjelpe i endringsprosessar. Helsearbeidarar treng kunnskap om det komplekse om årsak, førebygging- og behandlingstiltak. Å lage gode relasjonar og skape eit endringsfremjande miljø står sentralt. Her kan MI kan vere eit nyttig hjelpemiddel i møte med familiane (Øen, 2012).

Samarbeid

Vidare vil eg sjå på samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetenesta, slik som det opplevast av mine informantar og slik dei nasjonale retningslinjene legg føringar for at det skal vere. Samarbeid mellom helsetenestene og barnehage og skule vert ikkje diskutert her, då eg i oppgåva primert har hatt fokus på behandling i helsetenestene. Det er likevel viktig å påpeike at både barnehage og skule er sentrale samarbeidspartar i dette arbeidet.

Januar 2012 tredje St meld. Nr 47 (2008 -2009) i kraft, heretter omtala som samhandlingsreforma. Intensjonen til reforma er ”rett behandling – på rett stad – til rett tid” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Målet til samhandlingsreforma er å gjere det norske helsevesen betre rusta til å møte utfordringar som ein reknar med kjem i framtida. Myndigheitene slår fast at samhandling i helse – og omsorgssektoren er det viktigaste

utviklingsområdet framover. Når det gjeld oppfølging av barn og unge med overvekt og *fedme seier retningslinjene for forbygging og behandling overvekt og fedme hos barn og unge* at spesialisthelsetenesta skal hjelpe med medisinsk utgreiing til dei barna som alt har utvikla fedme, eller som står i fare for å utvikle fedme (Helsedirektoratet, 2010b). Både kommune og spesialisthelsetenesta har med andre ord eit klart ansvar i høve til oppfølging av familiane, og i forlenginga av det til å samarbeide med kvarandre på ein slik måte at det blir til det beste for familien.

Informantane skildra at det var lite samarbeid mellom helsetenestene om behandling og oppfølging av den enkelte familie. Verken kommune eller spesialisthelsetenesta kunne skylde på den andre, eller ta på seg skuld for at det var slik. Eg tolka det slik at både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta hadde så mykje å fylle dagane med at dei ikkje hadde tid til å prioritere til å ringe dei andre helsetenestene. Sporadisk vart det sendt epikriser mellom helsetenestene, og det var tydeleg at desse ikkje alltid enda opp der dei skulle. Her var det mulegeins svikt i fleire ledd, og tydelege forbettringspotensiale både hjå kommune og spesialisthelsetenesta. Nasjonale undersøkingar kring meldingsutveksling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta syner nettopp at Noreg har ein jobb å gjere med å få til ein betre og sikrere kommunikasjon mellom helsearbeidarar (Paulsen, 2008).

Eit anna element som informantane drog fram var til dømes når spesialisthelsetenesta fekk tilvist ein pasient som fekk behandling i kommunehelsetenesta så overlot dei ansvaret til spesialisthelsetenesta - slik at pasientane som trengte mest oppfølging enda opp med å få mist oppfølging. Dette kan tolkast dithen at når kommunehelsetenesta sendte tilvising til spesialisthelsetenesta og pasienten fekk oppfylgning der så var dei tilsette i kommunen litt letta fordi dei "slapp" å ha pasienten meir. Dei pasientane som står i fare for å utvikle fedme eller alt har utvikla fedme får tilvising til spesialisthelsetenesta (Helsedirektoratet, 2010b), desse familiane treng ei tett oppfølging frå både kommune og spesialisthelsetenesta. Det å skulle følgje opp familiane skulle vere eit felles ansvar. Her har helsetenestene eit klart forbettringspotensiale både når det gjeld ansvar og samarbeid med kvarandre.

I dette delkapittelet har eg drøfta at informantane tykkjer det er utfordrande å møte familiar som tydeleg er i motstand, forsvar og som ikkje møter til avtalte timar. Det kan vere naturleg å

komme med motstand når helsearbeidarar rådar og fortel familiane kva dei skal gjere. For helsearbeidarar kan det vere nyttig å ha kunnskap om endringsteoriar, for å kjenne igjen teikn på motstand, og for å lettare kunne distansere seg, og unngå å ta på seg skuld for at klienten er i forsvar og kjem med motstandsyttringar. Denne kunnskapen kan også vere ei hjelp i direkte pasientkontakt. Ved å bruke MI kan dei lære seg teknikkar som dei kan bruke både for å unngå at familiane utviklar motstand, men også teknikkar som kan hjelpe når dei møter motstand (Barth et al., 2001; Miller & Rollnick, 2002). Dersom helsearbeidarar opplever motstand bør dei i følgje MI trekkje seg litt tilbake, og aktivt lytte etter “endringsnakk” hjå familiane, for så å fokusere på dette (Barth et al., 2001; Barth & Näsholm, 2007; Rollnick et al., 2009).

Informantane rapporterte også at dei fann det utfordrane å skulle motivere barn og ungdom. Ei av årsakene kan vere at dei har ulik tilnærming til målsetninga og at dei har med seg negative meistringskjensle og erfaringar inn i samtalen. Mykje tyder mykje på at helsearbeidarane sin motivasjon til eige arbeid vart utfordra i møte med det dei skildra som umotiverte familiar som var i forsvar, kom med motargument, ikkje møtte til timane, pynta på sanninga og som ikkje ville gjere endringar i høve til eigne helsevanar. Både spesialist og kommunehelsetenesta gir uttrykk for å mangle ressursar i form av stillingar og tid. Her kjem altså utfordring med ressursmangel på ny inn i biletet. Helsetenestene står også overfor ei stor utfordring når det gjeld samarbeid seg imellom

5.2 Kva helsearbeidarane gjere og kan gjere for å motivere til endring

Denne delen av drøftinga vil dreie seg om korleis informantane i mi studie skildra at dei motiverte til endring. I følgje Miller and Rollnick (2002) er MI ei *samarbeidande, empatisk tilnærming* med *respekt for autonomien* til pasienten. Den vidare diskusjonen har som mål å ta med seg desse punkta for å sjå på kva helsearbeidarane gjer/eller ikkje gjer i tilnærminga til familiane. Det blir også drøfta korleis helsearbeidarar kan bruke MI i møte med desse familiane. Drøftinga er bygd opp etter fire tema: det å stå i mot trongen til å sei imot familiane, det å forstå, det å lytte og det å styrkje myndiggjeringa til familiane (Rollnick et al., 2009).

Å stå imot trongen til seie imot familiane

Helsearbeidarane seier at dei motiverte gjennom samtale med familiane. Dei informerte om kosthald og fysisk aktivitet, og prøvde og gjere familiane bevisste på konsekvensane av helseåtferda der dei la vekt på kva effektar små endringar kan gjere. Helsearbeidarane kunne som tidlegare omtalt fortelje at det var ein del foreldre som var i forsvar og hadde motargument mot endringane. Mange vil vere ambivalente til endring, dei veit godt kva dei skal gjere. Likevel så kjem det eit “MEN”.

Som helsearbeidar har vi eit sterkt ynskje om å ordne ting, vi ynskjer å helbrede, førebygge skadar og fremme trivsel. Når vi ser at levesettet til nokon andre går i feil retning har vi lyst til å seie *STOPP, høyr på meg! Eg veit kva du kan gjere for å få det betre!* Denne “trongen” til å korrigere andre er ofte innarbeidd hjå helsearbeidarar. Problemet er at når helsearbeidarar påpeikar overfor andre at dei til dømes et for mykje feit mat og, trenar for lite, er dette gjerne ting som dei gjerne veit frå før. Naturlege reaksjonar i mennesket vil framkalle eit forsvar i form av motargument (Rollnick et al., 2009). Helsearbeidarane bør derfor i følgje Rollnick et al. (2009), kommunisere på ein slik måte at det er familien sjølv som argumenterer for endring. Gjer dei det, er det mykje større sjanse for at dei klarar å endre åtferd.

Ei årsak kan vere at helsearbeidarane har vore for “ivrige” når dei samtala med familiane. Informantane kunne fortelje at dei brukte å gje gode råd, der dei prøvde å motivere og forklare viktigheita av endringane – og at dei vart motlause når familiane ikkje klarte å gjere endringane. Soderlund et al. (2009) seier at ein MI rådgivar ikkje skal overtale eller tvinge ein klient til endring, fordi dette kan forsterke den ambivalensen som klienten har. Dette kan føre til at ein opplever auka motstand hjå familien, og dermed ein reduksjon i sannsynlegheita for endring. I møte med familiane er relasjonane mellom helsearbeidar og familie svært viktig. Helsearbeidarane bør snakke med familiane på ein slik måte at dei forstår at det finst hjelp å få, og at det er håp om å endre den negative vektutviklinga (Øen, 2012).

Det kan også vere at familiane ikkje har vore klar for endringane og difor har vore i forsvar, noko som i så tilfelle ikkje har noko med helsearbeidarane si tilnærming å gjere. Det er vanleg å vere ambivalent i høve til endring, også sjølv etter at ein har fått eit helseproblem. Ein kan ha eit ynskje om å gjere endring, veit at ein bør, og ser at ein kan gjere endringar, men likevel

så klarar ein ikkje å gjennomføre endringane fordi dei vanane ein har fører noko positivt med seg (Miller & Rollnick, 2002). MI ei rådgjevingsform meir enn terapi eller behandling. Måten å snakke med klienten på skal gjere det mogleg for klienten å bli klar over indre verdiar og mål. Dette kan igjen påverke motivasjonen, samt styrkje ynskjer om endring. Klienten er hovudpersonen, og hjelparen må lytte meir enn han gir råd.

Forstå pasienten sin motivasjon

Eit av prinsippa i MI er å forstå pasienten sin motivasjon. Vidare ser eg på korleis helsearbeidarane sa at dei brukte dette i samtala med familiane. Det er foreldra, barna og ungdommane sine eigne grunnar til å gjere endringar som er dei sentrale årsakene som helsearbeidarar må setje seg inn i - og forstå. Kven er vel betre rusta til å fortelje det enn foreldra, barna og ungdommen? Som omtala i kapittel to kan motivasjon seiast å handle om årsakene til menneskelege handlingar., Dette kan for eksempel vere redsel for at barna ikkje skal klare å vere fysisk aktive som vaksne på grunn av overvekt, eller at dei får andre og meir alvorlege helseskadar som vaksne (Steinberger et al., 2009; Helsedirektoratet, 2010b; WHO, 2011).

For ungdommen kan det vere redsel for ikkje å kunne bruke dei same kleda som jamgamle, å ikkje få kjærast. Dei aller minste barna kan oppleve redsel med å ikkje meiste å springe like fort som vennene. Motivasjon vil også variere på bakgrunn av erfaringar, kjensler og tankar om ein situasjon (Øen, 2012). Dvs. at motivasjonen for endring vil endre seg for barnet når det blir ungdom, for igjen å endre seg fleire gangar i vaksenlivet alt etter erfaringar ein gjer seg i livet. Det kan synast som at dette er ei utfordring for helsearbeidarane i si tilnærming til barn og unge fordi det er tydeleg at ein ikkje kan snakke med barn og unge om konsekvensar fram i tid. For å kunne fremme helse er det ei føresetnad at ein som fagperson har eit reflektert forhold til den makta ein har i form av si stilling. Det å stille seg open, lyttande og på same tid kunne forvalte denne kunnskapen på ein moralsk måte har mykje å seie for det vidare samarbeidet med ungdomen. Dersom ein fagperson/helsearbeidar prøver å gje ein ungdom informasjon som denne ikkje etterspør eller er klar for, kan det føre til at ungdomen kjem i forsvar.

Ungdomstida er ei sårbar tid, og det er kjent at livskvaliteten går ned når vekta går opp (Tsiros et al., Apr 2009). Om ungdommen skal føle seg som ansvarlege og delaktive i eigne liv treng

dei å møte hjelparar som samhandlar med dei og som kan støtte og hjelpe for å meistre livsituasjonen. Hå ungdommen vil det mest sannsynleg sei at dei vil føle seg betre ivaretatt og få ein auka motivasjon om dei blir møtt der dei er. Her kan ein helsearbeidar bruke MI si kommunikasjonsform og spegle tilbake til ungdommen sjølv og stille spørsmål som: ”Kva er det som gjer at du ynskjer å gå ned i vekt?”. Ungdommen vil då gjerne svare: “Eg har lyst å kunne gå med dei same kledda som vennene mine”. Helsearbeidarane kan fylje opp med eit nytt spørsmål: ”Kva tenkjer du må til for at du skal kunne gå i dei same kledda som vennene dine då?” Ein kan kanskje forvente eit svar som: ”Eg må ete regelmessige måltid, og eg må trene meir”. Ofte veit ungdommen kva som må til for å gjere ei endring, men dei treng hjelp til å klare å utføre det i kvardagen. Her er det viktig med tett oppfølging, at ein møter ungdommen ofte, og det må vere tillit mellom helsearbeidar og ungdom.

Dersom ein føler at dei aktivitetane ein held på med er sjølvvalt, at dette er noko ein innerst inne sjølv har lyst å drive med, aukar det sjansane for ein meir indreregulert motivasjon (Deci & Ryan, 2002). Når ein er indre motivert, har ein større engasjement og uthaldenheit og dermed auka sjansen for å prestere betre (Deci & Ryan, 2002). Det kan synes som måten helsearbeidarane jobbar på, er samanfallande med slike prinsipp. Dei dreg fram at det er viktig at familiane sjølv er med på å finne svara på kva endringar dei skal/kan gjere i sin eigen heim. Dette viser at helsearbeidarane har *respekt og forståing* for familiane og er med på å utforske og forstå familiane sin motivasjon for å gjere endringar. Det er viktig at familiane kan føle eit eigarskap til det ved at dei tenkjer “dette er noko vi skal få til”. Helsearbeidarane har respekt for vala til familiane, og inviterer dei til å setje ord på kva dei sjølv meiner at dei kan klare å gjere av endringar.

Informantane rapporterte at av familiane følte skuld. Skuldkjensla vart også forsterka gjennom til dømes medieoppslag. Informantane sa at dei kunne *forstå* at familiane hadde vanskelege val i kvardagen. På denne måten viser at informantane at dei synte at dei hadde evne til å tre fram som støttande (Barth & Näsholm, 2007). På den andre sida er det viktig at helsearbeidaren ikkje lar seg rive med eller overidentifisere seg med familien. Det er det lett å gjere når ein sjølv kjenner på tidklemma og dårleg samvit for det ein veit ein burde gjort. Helsearbeidarane har også familie og kjenner igjen mange av dei dilemma som familiane beskriv. Informantane fortalde også om samtalar med familiane som kan vere fine. Familiane gir uttrykk for å bli glade over å møte forståing av helsearbeidarane i at dei har prøvd å gjere

ein del ting. Dette inneberer også *forståing* for at det kostar familiane mykje tid og krefter i høve til å gjere endringar i høve til helseåtfærd.

Lytte med empati

Ei MI samtale inneber at ein lyttar minst like mykje som ein informerer. Det er ei normal oppfatning at ein fagperson sit inne med svara som dei fortel vidare til pasientane. MI fokuserer på at det er familiane sjølv som har svara. For å hjelpe familiane til å finne desse svara er det nødvendig at helsearbeidarane kan kunsten ved å lytte.

Inntrykket er at informantane mine var opptekne av å lytte til familiane, der dei også brukte opne spørsmål som ein del av samtala. Vidare kan dei bruke det som MI omtalar som endringssnakk – utsegn som tyder på at den andre parten jobbar med endring. Ein prøver å finne ut kva, og om den ein prøver å hjelpe seier noko som kan tyde på at han har lyst å gjere ei endring. Helsearbeidaren si rolle blir deretter å forsterke desse utsegna. Eit eksempel kan vere “ Eg har lyst til å springe like fort som vennene mine”. Der helsearbeidarane kan fokusere på det at barnet i dette tilfellet uttrykkjer at det har lyst til å gjere endringar. Helsearbeidaren kan til dømes svare: “Du har lyst til å springe like fort som dine vener, kan du fortelje litt meir om det?”. For å bruke “endringssnakk” må helsearbeidarane lytte aktivt til det som blir sagt, og bruke opne spørsmål og refleksjonar (Rollnick et al., 2009).

I mi studie kan det sjå ut til at helsearbeidarane fokuserer på å ha ei *empatisk* tilnærming. Informantane sa at dei brukar ulike tiltak for å nærme seg familiane, alt etter kor familiane var i endringsprosessen. Eit av tiltaka var å *frita familiane* for skuld. I dette la dei også det å *støtte* opp under familiane. Eit av prinsippa i MI er å legge merke til og lytte til det som klienten seier (Barth & Näsholm, 2007). Deltakarane i studien seier at dei også la vekt på at det er viktig å *bry seg*. Informantane sa at det var viktig at helsearbeidarane syner at dei er engasjert og interessert i korleis foreldre opplever det å ha eit barn som er overvektig. Vidare så *samarbeider* helsearbeidarane med familiane ved at dei brukar tid til å snakke med foreldre og barn om korleis dei skal få til endringar i kvardagen heime. Informantane var tydelege på at det var vesentleg at barn og foreldre deltok i denne prosessen. Helsearbeidarane drog også fram at det var viktig at foreldrene viste barna at dei brydde seg om dei.

Styrkje myndiggjeringa

Når familiane har ei aktiv interesse og rolle i sitt eige endringsarbeid vil dei oppnå dei beste resultatane. Eg synest det er relevant å sjå på korleis helsearbeidarane erfarte at dei kunne hjelpe familiane i å styrkje deira myndiggjering, det vil seie korleis dei sjølv kan gjere ein skilnad i eige liv. Når det gjeld å styrkje myndiggjering er det også her familiane som sit med fasiten. Helsearbeidarane si rolle i denne settinga blir å støtte opp under håpet om at dei kan klare å endre vanar. Dette kan ein helsearbeidar gjere ved å støtte opp under familiane, og bruke sine erfaringar og fagkunnskap. Dei gav familiane mykje ros for dei tiltaka familien hadde fått til. Det å forsterke det som familiane meistra vart av alle informantane drege fram som eit viktig tiltak. Informantane meinte at det var viktig at familien valde seg ut ei endring som var viktig, og at dette måtte forankrast i kvardagen før dei tok til med ei ny endring.

Informantane fortalte at familiane tykte det var urettferdig at deira familie var disponert for å legge på seg. Slike utsegner brukte helsearbeidarane å støtte opp under, ved at dei sa seg einige i at det var urettferdig. Vidare sa helsearbeidarane til familiane at når dei hadde trekt det "loddet" så måtte dei gjere det beste utav det. Informantane brukte å seie at familiane måtte sjå på det som ein allergi mot kaloriar, dei brukte døme som at nokon ikkje kan ete nøtter, diabetespasientane manglar insulin og kan ikkje ete sukker. På den måten informerte informantane familiane om at dei måtte passe seg for å få i seg for mange kaloriar og syte for å vere fysisk aktive.

Eit anna tiltak som helsearbeidarane jobbar med er å snakke med foreldrene om at det skal vere lystbetont å vere i aktivitet, dei ynskjer at barna skal bli glade i å vere i aktivitet. Glede i aktivitet er ein av dei viktigaste motivasjonelle variablane for at barn er aktive (Deci & Ryan, 2002). Informantane peika på at det er viktig at barna blir glade i å bruke kroppen sin. Blir barna tvungne til og vere i fysisk aktivitet utan at dei ynskjer det sjølv kan det føre til at dei forsterkar den sida av konflikten, som i dette tilfellet er at barna ikkje vil vere aktiv. Resultatet kan verte at barna tek motsett val, og får ein auka motstand – noko som kan føre til at sjansen for at dei kjem til å vere aktive minkar (Soderlund et al., 2009).

Eit av dei grepa informantane brukar for å gjere det lystbetont er å *auke meistringsfølelsen*. Informantane meiner at om du tørr å vere fysisk aktiv, tryggare i bevegelse og motorikk så vert barna også tryggare i høve til sjølvkjensla. Hjå barn er det ikkje naudsynt å ha

strukturerte treningsprogram. Å oppmuntre til spontan leik, gym samt å fremje kvardagsaktiviteten og ha varierte aktivitetar kan vere effektive og gode tiltak (Nowica & Flodmark, 2006). Familiemedlemmene kan føle skam, og dei kan slite med dårleg sjølvbilete og sjølvforakt. Informantane sa at dei *fritok familiane for skuld*, det var ein viktig del av samtala. Dette gjorde dei ved blant anna å ikkje dvele ved dei tinga familiane ikkje hadde fått til, men hadde fokuset på det positive som dei klarte å gjennomføre. Dette er med på å styrkje *meistringskjensle*. Barnas meistring er noko helsearbeidarane bør snakke om barna om. Ved å nytte MI (Miller & Rollnick, 2002) kan dei fokusere på det positive, få barna sjølv til å fortelje kva dei føler at dei meistrar for så å bygge vidare på det. Helsearbeidarane kan for eksempel spørje: ”Er det noko form for fysisk aktivitet som du likar, kan du fortelje meg litt om det?”

Dersom helsearbeidarar brukar stadiemodellen (Prochaska & DiClemente, 1992) aktivt kan dei truleg møte pasienten der han er. Om helsearbeidarane kan kartlegge kor pasienten står i høve til å gjere endringar, kan det vere eit nyttig verkty i møte med familiane, både som støtte i førebuinga og i gjennomføringa av samtalar.

Stadiemodellen kan også bli nytta direkte i kommunikasjon med familiane. Der ein syner figuren til familien for å illustrere og samtale kring endringshjulet. Ei slik samtale kan vere eit fint utgangspunkt for at familiane sjølv kan peike på kor dei meiner dei er i endringsprosessen, og ein også kan få fram det som blir kalla for endringsnakk. I følgje Miller & Rollnick (2002) vil det å snakke positivt om ei endring, vere eit forvarsel på at det kan skje ei endring av åtferd seinare. Ved at ein aktivt lar familien vere med på å seie noko om kor dei er i endringsprosessen, og kva som eventuelt må til for at dei skal kunne gjere endringar, kan ein også vere med på styrkje familiens myndiggjering. Helsearbeidarane kan utfordre familiane til å talfeste kor klare dei er for ei endring. Noko som kan føre til at familien føler at dei er med på å bestemme, og setje ord på kvar dei er og kor vegen skal gå vidare. Vidare kan ein bevisstgjere seg sjølv som rettleiar for familiane, og ein kan bevisstgjere foreldra. Stadiemodellen kan nyttast ved å sjå at berre å møte til time så handlar ein. Dette blir synleg gjennom at ein gjer noko aktivt for å gjere endringar. Dette kan helsearbeidarane bruke aktivt i samtala med familiane, der dei vektlegg det positive ved at familien møtte til timen (Miller & Rollnick, 2002). I lys av mine resultat kan det sjå ut som at helsearbeidarane ikkje gjer seg nytte av stadiemodellen i møte med denne pasientgruppa.

For å summere opp denne delen av drøftinga så syner det seg at informantane brukar ein del av elementa til MI utan at det er bevisst. Det kan synes som dei samarbeider med familiane, og at tilnærminga er prega av empati og respekt for familiane sin autonomi (Miller & Rollnick, 2002). Vidare motiverer dei gjennom samtalene med familiane, der dei brukar informasjon som eit av tiltaka. Helsearbeidarane var opptekne av å forstå familiane og dei styrkja dei positive endringane familiane hadde fått til og vala dei tok. Helsearbeidarane møter mange utfordringar i møte med familiane, det kan vere ei hjelp å bruke MI og transteoretisk modell som ei tilnærming i møte med familiane.

5.4 Metodediskusjon

I all forskning både kvalitativ og kvantitativ vert det stilte krav til systematikk. Det er vesentleg å vere kritisk til og validere det ein planlegg, det ein gjer og har gjort gjennom heile prosessen.

Validitet

I studien etterspør eg helsearbeidarane sine erfaringar med å jobbe med familiar som har barn med fedme, kva utfordringar dei møter i sitt arbeid, samt kva dei gjer for å motivere familiane. Eg valde å bruke kvalitativ metode, og har henta inn data via fokusgruppeintervju. Fleire ting var avgjerande for metodevalet. Sidan eg var ute etter erfaringar til helsearbeidarane vart det tidleg klart at eg måtte ha ei kvalitativ tilnærming. Eg valde å bruke fokusgrupper fordi det skjer noko i grupper, og ein kjem på fleire ting når ein høyrer andre snakke om sine erfaringar, og ein kan på den måten få ei større breidde i utsegna. Ein kan avdekke ei større bredde av synspunkt, haldingar, erfaringar, tolkingar framfor detaljert informasjon frå enkelt individ ved å nytte fokusgruppeintervju (Johannessen et al., 2010).

Intern validitet handlar om kor truverdige og pålitelege datamaterialet og analysen er, og om resultatet er representativt for fenomenet, slik det er i røynda og om vi har utvikla kunnskap om det vi meiner å undersøke (Malterud, 2011). Eg har valt å ta utgangspunkt i desse tre spørsmåla som ei sjekklister for å vurdere om mine funn er valide.

For å diskutere på kor truverdig og påliteleg datamaterialet er vil eg fyrst sjå på gruppene og gruppesamansetningane. Det å lese om fokusgrupper på førehand gjorde at det vart lettare for meg å bestemme meg for kor mange grupper eg trengte for å få svar på mi problemstilling. Litteraturen anbefala å halde talet på grupper på eit minimum fordi dei er arbeidsintensive (Bloor et al., 2001:28 Halkier, 2010). På den måten kom eg fram til tal på grupper ved at eg tykte to var litt lite, og tre var overkommeleg og eg kunne fange variasjonane i større grad enn om eg valte to grupper. Fleire og større grupper samt ei anna gruppesamansetjing kunne styrka validiteten til studien på ulike felt.

Gruppene i mi studie var små. Eg valde å ha mindre grupper av to årsaker; den eine var at eg har brukt “nedslagsfeltet”. Min studie er avgrensa til eit sjukehus og to små kommunar, der fagfelte er små og eit av inklusjonskriteria var at dei skulle ha erfaring med å arbeide med problematikken. Den andre årsaka var å trygge deltakarane. Halkier & Gjerpe (2010) fortel at tryggleik i gruppa er viktig for at ein skal få samtala til å fungere. Samt at eg meinte at i små grupper ville alle informantane komme til orde.

Gjere gruppene mindre sårbare for avlysinga (Halkier & Gjerpe,2010). Eg erfarte at gruppene var for små og sårbare for avlysingar. I mi studie var det eit fråfall på fem informantar av 14 og eg sat att med ni informantar. Eg erfarte også fordelar med å ha små grupper. *Alle skulle som var med fekk seie det dei hadde lyst å seie*. Ein av fordelane med å ha små grupper var at det var “rom” for at alle deltakarane fekk seie det dei hadde på hjartet. *Ein kan lettare gå i djubda med mindre grupper*. Eg yngste også at informantane skulle gå i djupna om temaet, noko som i fylje Halkier Gjerpe (2010) er lettare å få til med mindre grupper.

Eit større utval ville kunne gitt større breidde i mine data. Malterud (2011) påpeiker at eit lite utval kan føre til at ein samlar inn for lite data. Sjølv om eg har fått rike og varierte funn, så kunne intervju tatt ei anna retning med fleire informantar. *Fleire informantar i same gruppe genererer fleire idear* Krueger and Casey (2009) seier at ulempa med små grupper er at ein får færre idear, fordi få personar har færre idear enn fleire personar. Mine tre grupper hadde to til fire informantar. Det vil seie at eg moglegens hadde for få informantar til å kunne fange nok variasjonane kring emnet.

Større variasjon i informantane sin bakgrunn og erfaringar ville potensielt vise større variasjon. Gruppesamansetninga kan ha vore for homogene, for lik – i og med at dei einskilde informantane i kvar gruppe kom frå same arbeidsplass. Det kunne vere ein viss fare for at eg også av den grunn ikkje fekk fanga opp nok variasjonar kring emnet. På den andre sida bestod informantane av fire ulike profesjonar noko som er med på å gje god variasjon i data.

Dei einskilde informantane i kvar gruppe kjenner kvarandre. Ei ulempe ved at dei kjenner kvarandre kunne vere at dei la band på eller heldt tilbake informasjon i gruppa. I og med at det var yrkeserfaringar eg var ute etter var eg ikkje redd for at informantane ikkje skulle tore å vere opne. Eg erfarte at informantane sette pris på å bli spurt om deira erfaringar.

Informantane verka ikkje tilbakehaldne med kva dei sa for praten var ”laus og ledig” under alle intervjua. *God sosial interaksjon* – Halkier & Gjerpe (2010) seier at eit viktig moment er at den sosiale interaksjonen i fokusgrupper er det som skapar det empiriske materialet - og at ein får ulik gruppe dynamikk utifrå om ein vel grupper der deltakarane kjenner kvarandre eller ikkje. Slik eg såg det var ein av fordelane ved at dei kjende kvarandre at dei kunne utdjupe kvarandre. Gruppesamansetningane gav fagpersonar som delte sine rike erfaringar og skildringar med meg.

For å svare på om analysen er truverdig og påliteleg vil eg no sjå på analysen med eit kritisk blikk. Malterud (2011) seier at det å analysere inneberer å dele noko opp i mindre bitar eller element, og at det er viktig å planlegge godt. Svara frå materialet avheng av spørsmåla som blir stilt. Analyse av kvalitative data er å stille spørsmål til materialet og å organisere og fortelje omatt svara på ein systematisk og relevant måte. Analysen kravde mykje av meg. Eg var medviten om misforståing og at mine tolkingar ikkje skulle endre informantane sine meiningar. I dette kan det vere ein fare for at eg har vore for ”tru” mot mine informantar slik at eg ikkje klarte å sjå kva teksten fortalde. I og med at eg valde å endre problemstillinga mi frå å primært handle om strategiar for å motivere til endring til også å handle om erfaringar generelt og utfordringar spesielt. Eg har reflektert over om eg har stilt feil spørsmål eller om eg er blitt misforstått. Her har eg ikkje kome fram til nokon endeleg konklusjon.

At eg endra problemstillinga kan vere eit uttrykk for at eg har klart å sjå det som tekstane fortalde. Dette kan forståast som ei styrkje, ved at eg meiner at det var det som informantane fortalde om, som kom fram i resultatpresentasjonen. Sjølv sagt måtte eg setje meg inn i kva analysearbeid var, då dette var nytt for meg. At eg valde å gjere transkriberinga sjølv gjorde

at eg fekk god kjennskap stoffet. Eg kjende att stemmene og stemmebruken når eg las den transkriberte teksten. Dette førte til at eg unngjekk mistydingar frå transkripsjon til resultatpresentasjon. At eg var uerfaren kan ha ført til at eg oversåg ting som har vore tydelege for andre.

Eit spørsmål er om resultatet er representativt for fenomenet, slik det er i røynda. Det var helsearbeidarane sine erfaringar eg meinte å undersøke. Funna mine samsvarar godt med internasjonale studiar kring same emnet, noko som kan tyde på at resultatet mitt er representativt for fenomenet. Denne kunnskapen kan ikkje overførast til korleis foreldre og barn tenkjer, føler og handlar, dette er helsearbeidarane sine tolkingar og skildringar av familiane som dei møter. Kva dei finn utfordrande og kva dei opplev som enklare. I framtida er det rimeleg at tru at det hadde vore nytting og spennande å sjå på korleis foreldre, barn og ungdom erfara møtet med helsearbeidarane, og kva erfaringar dei har kring det å gjere endringar i høve til eiga helseåtfærd.

I utgangspunktet skulle eg som tidlegare nemnt fokusere på korleis helsearbeidarar motiverte til endring av helseåtfærd. Då eg endra problemstillinga mi, og etter presentasjon av funna mine måtte eg gjere nye søk etter litteratur. Eg gjorde søk etter studie som omhandla helsearbeidarane sine erfaringar med å arbeide med familiar som hadde overvekt/fedme. Eg fann fleire studie som samsvarar med mine funn. Det kan validere funna ved at fleire helsearbeidarar har liknande erfaringar i møte med familiar med barn med fedme. Dette styrker metoden eg har vald og dei resultata eg har kome fram til. Søka mine etter studie gav treff frå ulike land blant anna frå Sverige, men eg fann ikkje tilsvarande funn i Noreg. Funna mine kan ha relevans for andre helsearbeidarar i liknande kontekstar.

Eit anna spørsmål er om ein har undersøkt det ein skulle (Malterud, 2011). For å svare på dette må eg gå tilbake til planlegginga av studien, og utforminga av intervjuguiden. Eg ville i utgangspunktet å skrive ei oppgåve om motivering til endring av helsevanar. Etter å ha jobba med temaet ei tid såg eg at eg også måtte fokusere på utfordringane til helsearbeidarane Slik at eg som tidlegare omtalt måtte endre problemstillinga gjennom heile prosessen. Eg har stilt meg sjølv spørsmålet om kvifor problemstillinga måtte endrast slik at den opphavlege problemstillinga vart eit forskningsspørsmål. Ei av årsakene til at funna mine enda opp med å skildre erfaringane til helsearbeidarane var tildels at eg ikkje var tydeleg nok på at eg yngste

at fokuset skulle vere på motivasjon, og dels på at helsearbeidarane hadde eit behov for å uttrykkje korleis dei erfara dette arbeidet. Den tredje årsaka er, som tidlegare omtalt, at eg ikkje ville fått fram heile sanninga om problematikken om eg hadde utelate utfordringane til helsearbeidarane. Det at eg valde å endre problemstillinga, samt å tydeleggjere utfordringane til helsearbeidarane ser eg på som ei styrkje i mi studie.

Forskarrolla - refleksivitet

Malterud (2011) seier at røynda kan sjåast frå forskjellige perspektiv. Forskaren sitt perspektiv og posisjon har stor betydning for kva slags kunnskap som kjem fram. Ho omtalar forforståing som ein ryggsekk, og innhaldet av denne påverkar heile vegen den måten vi samlar og les data på. Min ”ryggsekk” består som tidlegare nemnt i blant anna i at eg sjølv har erfaring med å arbeide med denne pasientgruppa. I planlegginga av studien og i formuleringa av intervjuguiden, samt i møtet med informantane var mi arbeidserfaring innanfor feltet, og tileigna teorikunnskap, til stor hjelp. Faren for at mine egne erfaringar frå arbeidet med familiar som har barn med overvekt/fedme har påverka måten eg har lest funna mine på, er tilstades. Dette er noko eg har vore klar over i heile prosessen, og eg meiner at eg har klart å legge det vekk slik at eg ikkje har overtolka det som informantane mine har sagt. Det kan også vere ei styrkje at eg har erfaring frå og kjenner til problemstillinga. Eg har erfart kva det kan vere relevant å stille spørsmål kring, og kva som kan vere viktig å belyse. Det kan til dømes vere viktig i mangel på gode nok arbeidsreiskap i høve til motivasjon. Eg var bevisst eigen forforståing heile vegen alt frå eg byrja å planlegge prosessen med å skulle gjere intervju, i gjennomføringa av intervju, i transkripsjonen, og i analysen med drøfting.

Eg kjem frå og arbeider i ein relativt liten bykommune. Dette inneberer at eg kjenner ein del at informantane frå før via fagleg samarbeid. Som brukar av helsestasjonen hadde eg også møtt nokon av helsesystemene, i rolla som mor. Ein av fordelane med å rekruttere gjennom sitt faglege nettverk, er at deltakarane dels føler seg tryggare på førehand, og dels føler seg forplikta til å møte opp noko som også kan vere ei ulempe. At eg kjende nokon av informantane frå før, opplevde eg som greitt, det var ikkje noko i intervjusituasjonane som tyda på at dette var til hinder for deira openheit i samtala.

Ei svakheit i studien er at eg valde å gjennomføre utan co. moderator. Ved å bruke co. moderator hadde eg hatt ein person som kunne notere undervegs, noko som eg erfarte at eg

ikkje klarte å gjennomføre fordi eg måtte fokusere på å vere aktiv og lyttande under intervju. Eg kan ha gått glipp av viktig informasjon ved å gjere dette valet.

Det var fire faktorar som eg tykte var viktig å ta høgde for i høve til fokusgruppeintervju. For det fyrste opplyste eg kva eg ville bruke fokusgruppene til, og kva som ville komme ut av informantane si deltaking. Dette gjorde eg for at informantane skulle vite kva dei var med på, noko som er ein føresetnad for å kunne underskrive eit informert samtykke (jamfør vedlegg 6 og 7). For det andre ville eg at deltakarane skulle ha tillit til anonymitet. Dette gjorde eg ved at eg forsikra meg om at ingen andre hørde originalbanda eller såg originalutskrifter, og i tråd med krava til NSD (jamfør vedlegg 1). Dei innsamla data vart sletta frå bandopptakaren etter at eg hadde skrive ut intervju. For det tredje var det viktig for meg at eg skal halde det eg hadde lovt, å komme tilbake til informantane og fortelje om resultatet. Informantane ynskjer å invitere meg til å legge fram oppgåva på arbeidsplassane etter at oppgåva er godkjend. Sist men ikkje minst, set eg krav til meg sjølv om å oppføre meg og ha vanleg skikk og bruk i møte med informantane, noko som er spesielt viktig for å kunne etablere eit samarbeid og eit tillitsforhold. Desse punkta er også i tråd med det Halkier and Gjerpe (2010) seier om viktige omsyn å ta i høve til fokusgruppeintervju.

Eg ser at dette arbeidet og forståinga for arbeidet er noko som må modnast, leggest vekk litt for så og plukkast fram att. Eg har lært mykje i denne prosessen, men eg ser at eg har mykje igjen før eg er utlært innanfor emnet. Eg tykte det var særleg vanskeleg og sjå kva som var informantane sine utsegn og kva mi tolking av det dei sa var. Det var også krevjande å vite om analysemetoden eg hadde valt var riktig i høve til å få fram dei funna eg hadde. Her hadde det vore lurt å gjort den saman med andre, også her kunne eg hatt god nytte av ein co moderator.

Oppsummerande kan eg seie at:

Eg ville valt fokusgruppeintervju om eg skulle gjort prosessen om att. Dette fordi eg tykte eg fekk rikholdig data, og eg trur dette var ein måte å fange variasjonane på. Eg trur at informantane kom inn på fleire tema i fokusgruppene, enn om eg hadde valt å ha djupneintervju med ein og ein.

Om eg skulle gjort det same om att, og hadde mogelegheit for det, hadde eg nok vald større og fleire grupper for å få større variasjon i materialet og dermed også meir valide funn. I analysearbeidet ville eg streva etter å gjere dette arbeidet saman med nokon for å kvalitetssikre funna mine.

Eg måtte som tidlegare omtalt endre problemstillinga mi etter kvart som funna mine kom tydelegare fram. Dette er noko eg no ser på som ei styrkje fordi eg då har synt eit heilt bilete av røynda, og eg meiner at eg har formidla det som informantane fortalde meg i fokusgruppene.

6.0 KONKLUSJON

Studien bygger på erfaringane til ni helsearbeidarar som arbeider med familiar som har barn med overvekt/fedme. Målet var ei utvida forståing for kva utfordringar helsearbeidarar møter i sitt arbeid i møte med familiane, og kva dei gjer for å motivere til endring av helseåtfærd. Resultata viser at helsearbeidarar finn dette arbeidet utfordrande men også spennande. Dei fleste helsearbeidarane seier at dei føler at dei er oppdaterte på fagfeltet.

Resultata i studien syner at helsearbeidarar kan finne det utfordrande å møte familiar som har barn med overvekt og fedme. Ein av informantane sa: *“Spennande med overvekt, men jobben i forhold til familien, den er tung”*. Funna mine kan tyde på at helsearbeidarane treng eit verktøy i møte med familien. Studiar tyder på at MI saman med andre tilnæringsmåtar og kognitiv terapi kan vere ei effektiv tilnærming til denne pasientgruppa. Det å ha kunnskap om motstand både hjå hjelpar og den som treng hjelp kan kanskje vere til hjelp og støtte for den som skal hjelpe, og også vere med på å redusere stigmatisering hjå helsearbeidarane.

Dei helsearbeidarane som hadde prøvd MI hadde tru på metoden. – På same tid sa dei at metoden tok tid, og dei hadde ikkje tid og resursar til å nytte metoden i den grad dei ynskte. Informantane hadde lyst å hjelpe familiane, men dei følte at dei ikkje strakk til, og at dei møtte mykje motstand frå enkelte familiar. Det er vanskeleg å vere med å sjå på at andre tek “ukløke” vegval sjølv om du som helsearbeidar gir alt du har av gode råd og informasjon. Også her kan MI vere til nytte ved at ein lærer å tenke at ein kvar har ansvar for eige liv. Helsearbeidar si rolle blir å snakke med familiane på ein slik måte at dei sjølv bestemmer seg for ei eventuell endring, og kva dei vil endre. Helsearbeidar skal vere ei støtte for familiane i dei vala som familiane tek. Kva så når ein ser at foreldre tek val på vegne av barna som kan vere skadelege for barna? Det krævast ei kompetanseheving på området, ikkje berre på årsak og verknad av tiltak, men også på tilnærming til pasientgruppa. Helsepersonellet er engasjert, dei møter pasientane med empati, respekt og forståing, og dei ynskjer å hjelpe familiane til å

ta egne val. Dersom helsearbeidarane jobbar systematisk med evidensbaserte metodar som til dømes MI kan eit slikt verkty vere til god hjelp for helsearbeidarane når dei skal hjelpe familiarne til å gjere endringar i høve til helseåtfærd. Det å føle at ein ikkje når fram til den ein forsøker å hjelpe er demotiverande. Det blir dermed lett å prioritere denne jobben bort. På same måte som familiarne treng meistringoppleving treng helsearbeidarane det. Ved å anvende evidensbasert metode for endring av helseåtfærd vil ein kunne auke sjansane for å lukkast i dialogen med familiarne.

Informantane mine snakkar mykje om at dei har mykje ansvar og lite ressursar. Dei følte på ansvaret i høve til pasientane og hadde lyst å hjelpe alle. Tidvis føler dei at dei ikkje strekk til i høve til pasientgruppa, noko som også bidreg til at dei blir umotivert og lei i høve til problemstillinga. Den nye samhandlingsreforma stiller krav til at mest mogleg behandling skal vere nærmast mogleg der pasientane er og dette stiller nye krav kommunane. Nytt lovverk og nye retningslinjer set stadig krav til helsearbeidarane, dette krev auka fagkompetanse og at dei har tid til å lære. Slik som helsesystemene i kommunehelsetenesta skildra det så fekk dei fleire og fleire arbeidsoppgåver, dei hadde for få stillingar - med det resultat at dei ikkje fekk hjelpt alle dei skulle. Det kan synast som ansvaret må fordelast likt i samfunnet, alle må ta "sin skjerv". Slik eg tolkar informantane mine så er det mangel på midlar. Desse midlane må komme frå politisk hald, dette kan og vere med på å synleggjere at ein tek problemstillinga på alvor. Politiske føringar, og eit aktivt samfunn. Tiltak som bl. a å auke den fysiske aktiviteten - er eit riktig og viktig steg i riktig retning. I tillegg har den enkelte helsearbeidar også eit fagleg ansvar for å halde seg oppdatert, og å innhente ny kunnskap på sitt fagfelt.

Eg håpar og trur at denne oppgåva kan bidra til at det vert sett fokus på kva erfaringar og utfordringar helsearbeidarar møter når dei skal behandle/hjelpe familiar som har barn med overvekt/fedme. For at helsearbeidarane skal kunne klare å "stå i" denne problemstillinga må det settast fokus på kva utfordringar dei møter. Eg håpar også at det kan bidra med å auke forståinga for viktigheten av at den enkelte familie må vere eigenmotivert, og at helsepersonellet si rolle er å støtte opp under slik at familiarne kan finne eigenmotivasjon til å endre helseåtfærd. Studiet mitt syner at MI kan vere eit godt reiskap for helsearbeidarane i møte med familiar som skal gjere endringar i høve til helseåtfærd. Dette er noko praksis kan

gjere seg nytte av ved at fleire helsearbeidarar kan bruke MI i si tilnærming til familiane når dei skal motivere til endring av helseåtferd.

Referansar

- Andersen , L. F, Lillegaard , I. T., Overby , N., Lytle , L., Klepp , K. I., & Johansson , L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: changes from 1993 to 2000. *Scand J Public Health*, 33(2), 99-106.
- Andersen, S., Kolle, E., Steene-Johannessen, J., Ommundsen, Y., & Andersen, L. (2008). *Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge*: Helsedirektoratet. Henta 29.04.2012.
- Andresen, N. E. (2010). Motiverende samtale - en nyttig metode overfor mennesker med rusproblemer. *Rusfag, NR 2*.
- Austin, S. B. (2011). The blind spot in the drive for childhood obesity . *Am J Public health*, 101(6), 1-4.
- Barlow, S. (2007). Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Vol. 120 *Pediatrics*.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale - MI: endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bean, M. K., Mazzeo, S. E., Stern, M., Bowen, D., & Ingersoll, K. (2011). A values-based Motivational Interviewing (MI) intervention for pediatric obesity: study design and methods for MI Values. *Contemp Clin Trials*, 32(5), 667-674
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 48(4), 893-907.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & European Kidscreen, G. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Praventivmed*, 50(5), 281-291.
- Braet, C., Tanghe, A., Decaluwé, V., Moens, E., & Rosseel, Y. (2004). Inpatient Treatment for Children With Obesity: Weight Loss, Psychological Well-being, and Eating Behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(7), 519-529
- Brennan., Walkley., Fraser., Greenway., & Wilks. (2008). Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: study design and methodology. *Contemp Clin Trials*, 29(3), 359-375.
- Butryn, M. L., & Wadden, T. A. (2005). Treatment of overweigh in children and Adolescents: Does Dieting Increase the Risk of Eating Disorders? *Int J Eat Disord*, 37, 285-293.

- Caspersen C, P. K., Christenson G. (1985). *Physical Activity, Exercise*, . Atlanta: Public Health Reports.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, *320*(7244), 1240-1243.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Maidenhead: Open University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, N.Y.: University of Rochester Press.
- Drevon, C. A., Bjørneboe, G.-E. A., & Blomhoff, R. (2007). *Mat og medisin: nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Eivind, Y. (2010). Foreldres mangel på opplevd kontroll forklarer usunt kosthold hos små barn - Folkehelseinstituttet.
- Ekelund, U., Brage, S., Froberg, K., Harro, M., Anderssen, S. A., Sardinha, L. B., . . . Andersen, L. B. (2006). TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. *PLoS Med*, *3*(12), e488.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Beecher, M. D., & Roemmich, J. N. (2008). Increasing healthy eating vs. reducing high energy-dense foods to treat pediatric obesity. *Obesity (Silver Spring)*, *16*(2), 318-326.
- Epstein, L. H., Roemmich, J. N., Robinson, J. L., Paluch, R. A., Winiewicz, D. D., Fuerch, J. H., & Robinson, T. N. (2008a). A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *162*(3), 239-245
- Epstein, L. H., Roemmich, J. N., Robinson, J. L., Paluch, R. A., Winiewicz, D. D., Fuerch, J. H., & Robinson, T. N. (2008b). A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children *Arch Pediatr Adolesc Med* (Vol. 162, pp. 239-245).
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Farhat, T., Iannotti, R. J., & Simons-Morton, B. G. (2010). Overweight, obesity, youth, and health-risk behaviors. *Am J Prev Med*, *38*(3), 258-267.
- Ferrante, J. M., Piasecki, A. K., Ohman-Strickland, P. A., & Crabtree, B. F. (2009). Family Physicians' Practices and Attitudes Regarding Care of Extremely Obese Patients. *Obesity*, *17*(9), 1710-1716.
- Fisher, J., Liu, Y., Birch, L. L., & Rolls, B. J. (2007). Effects of portion size and energy density on young children's intake at a meal. *American Journal of Clinical Nutrition*, *86*(1), 174-179.

Folkehelseinstituttet. (2011) Overvekt og fedme hos barn og unge – Folkehelseinstituttet.

Henta 29.09.11 frå:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:84303::1:6043:16::0:0

Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid. Henta frå:

<http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html>

Fyhri A, E. B. (2011). Barns daglige reiser i Oslo, Akerhus og Buskerud. Henta 28.08.2011 frå:

<http://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%D8I%20rapporter/2011/1139-2011/1139-2011-elektronisk.pdf>

Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304.

Halkier, B., & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Han, J. C., Lawlor, D. A., & Kimm, S. Y. (2010). Childhood obesity. *Extramural Lancet*, 375(9727), 1737-1748

Hansson, L. M., Rasmussen, F., & Ahlstrom, G. I. (2011). General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. *BMC Fam Pract*, 12(1), 7.

Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., Eide, H., Nativg, G. K., & Helseth, S. (2011). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3048-3056.

He, M., & Evans, A. (2007). Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 53(9), 1493-1499.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2009). Sammen for fysisk aktivitet. *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*. Henta frå:

http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Planer/HOD_kortversjonFysisk.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St meld. Nr 47 (2008 -2009)*. Henta frå:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken*. Oslo: Helsedirektoratet . Henta 10.12. 2011 frå:

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00105/Aktivitetsh_ndboken_105169a.pdf.

- Helsedirektoratet (2010b). *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.* (ISBN-nr. 978-82-8081-193-6). Henta 12.04.2012 frå:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Sider/default.aspx>.
- Helsedirektoratet (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer Nasjonalt råd for ernæring* Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2010a). *Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons og skolehelsetjenesten.* (IS-1736). Henta 12.04.12 frå:
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer-for-veiing-og-maling/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-og-m%c3%a5ling-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>.
- Hjelmesæth, M., & Handeland, J. (2009). Fedmeepidemien – vi må begynne med barna - Tidsskrift for Den norske legeforening (Vol. januar). *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129:12.
- Hovengen, R., & Strand, B. H. (2011). Barns vekst i Norge – resultater 2010. Henta 12.04.2012 frå:
<http://www.fhi.no/dokumenter/db81677b89.pdf>
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E., & Lyberg, A. (2010). *Ethiske utfordringer i praksisnær forskning.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- HUNT, f. (2011). Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08) (pp. 209).
- IASO (2011). IASO | Child & Adolescent overweight in Europe. Henta 10.01.2012 frå:
<http://www.iaso.org/publications/trackingobesity/under-data-down-loads/>
- Janssen, I., & Leblanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 7, 40.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt.
- Júlíusson, P., Roelants, M., Eide, G., Hauspie, R., Waaler, P., & Bjerknes, R. (2007). Overweight and obesity in Norwegian children: Secular trends in weight-for-height and skinfolds - Júlíusson - 2007 - Acta Paediatrica - Wiley Online Library. *volume* 96(1333–1337).
- Júlíusson, P., Roelants, M., Eide, G., Moster, D., Juul, A., Hauspi, R., . . . Bjerknes, R. (2009). Vekstkurver for norske barn. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129:281-6 Nr. 4 - 12 februar.

- Júlíusson, P. B., Roelants, M., Eide, G. E., Hauspie, R., Waaler, P. E., & Bjerknes, R. (2007). Overweight and obesity in Norwegian children: secular trends in weight-for-height and skinfolds. *Acta Paediatr*, 96(9), 1333-1337.
- Júlíusson, P. B., Roelants, M., Markestad, T., & Bjerknes, R. (2011). Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta Paediatrica*, 100(2), 260-265.
- Regeringen (2003). *Tilstandsrapport 2003 - idrett og fysisk aktivitet*. (ISBN 82-7286-127-5). Oslo: Henta 22.06.11 frå: <http://www.regjeringen.no/upload/KKD/Idrett/Tilstandsrapport2003.siste.pdf>.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leahy, K. E., Birch, L. L., & Rolls, B. J. (2008). Reducing the energy density of multiple meals decreases the energy intake of preschool-age children. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 88, No. 6, 1459-1468.
- Lien, N., Kumar, B. N., & Lien, L. (2007). Overvekt blant ungdom i Oslo. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, Nr. 17(127):2254-8).
- Looney, S., Raynor, HA. (2011). Impact of portion size and energy density on snack. *J Am Diet Assoc.*, 111(3):414-8.
- Lowry, K. W., Sallinen, B. J., & Janicke, D. M. (2007). The effects of weight management programs on self-esteem in pediatric overweight populations. *J Pediatr Psychol*, 32(10), 1179-1195.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.
- Marshall, S. J., Biddle, S. J., Gorely, T., Cameron, N., & Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis *Int J Obes Relat Metab Disord* (Vol. 28, pp. 1238-1246). England.
- Mesas, A. E., Muñoz-Pareja, M., López-García, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Selected eating behaviours and excess body weight: a systematic review. *Obesity Reviews*, 13(2), 106-135.

- Metcalf, B. S., Hosking, J., Jeffery, A. N., Voss, L. D., Henley, W., & Wilkin, T. J. (2011). Fatness leads to inactivity, but inactivity does not lead to fatness: a longitudinal study in children (EarlyBird 45). *Archives of Disease in Childhood*, 96(10), 942-947
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (Second edition ed.). New York, London: The Guilford Press.
- Moreno, L., Ochoa, M., Wärnberg, J., Marti, A., Martínez, J., & Marcos, A. (2008). How nutrition can work? *Int J Pediatric obesity*. 72-7
- Moyers, P., Bugle, L., & Jackson, E. (2005). Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *Journal of School Nursing* 21, 86-93.
- Musher-Eizenman DR, H. S., Miller AB, Goldstein SE, Edwards-Leeper L. (2004). Body size stigmatization in preschool children. *J Pediatr Psychol*. 613-20.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3 utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nielsen, E. S., Underland, V., & Johansen, M. (2010). *Motiverende samtale for å endre levevaner*. (978-82-8121-346-3). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Revidert 2011.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nowica, P., & Flodmark, C.-E. (2006). Physical activity-key issues in treatment of childhood obesity. *Acta Pædiatrica*.
- Nowicka, P., & Bryngelsson, S. (2006). Sugars or sweeteners: towards guidelines for their use in practice - report from an expert consultation. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, 50, 89-98.
- Oellingrath, I. M., Svendsen, M. V., & Brantsaeter, A. L. (2010). Eating patterns and overweight in 9- to 10-year-old children in Telemark County, Norway: a cross-sectional study. *Eur J Clin Nutr*, 1272-1279.
- Oellingrath, I. M., Svendsen, M. V., & Reinboth, M. (2008). *Kostholds- og måltidsmønster, fysisk aktivitet og vektutvikling hos barn i grunnskolen i Telemark, del 1, 4. klassetri: Høgskolen i Telemark*.
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2006 - 2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St. meld nr. 20) (2006-2007)*. Henta 10.11.2011 frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-/2.html?id=449543>.

- Oude L, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P., & Summerbell, C. D. (2009). Interventions for treating obesity in children *Cochrane Database Syst Rev*(1).
- Paulsen B , G. A. (2008). *God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sjukehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre.* (5 Dokument nr 3:7 (2007-2008)). Trondheim.
- Pinhas-Hamiel, O., Dolan, L., Daniels, S., Standiford, D., Khoury, P., & Zeitler, P. (1996). Increased incidence of non-insulin-dependent diabe.... *J Pediatrics*, 608-15
- Prescott, P., & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors.* Orlando, Fla. Academic press. 183-218.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits.* New York: W. Morrow.
- Puhl, R., & Heuer, C. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health -- Puhl and Heuer *American Journal of Public Health* 1019-1028.
- Reilly, J. J. (2006). Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgrad Med J*, 82(969), 429-437
- Rhee, K., Lago, C., Arscott-Mills, T., Metha, S., & Davis, R. (2005). Factors Associated With Parental Readiness to Make Changes for Overweight Children. *Pediatrics*
- Rich SS, E. E., Sanborn CF, DiMarco NM, Morales LK, LeClere SM. (2008). Predictors of body size stigmatization in Hispanic:. *Obesity* S11-7
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Motivtionssamtalen i sundhedssektoren.* København: Hans Reitzels Forlag.
- Rolls, B. J. (2010). Plenary Lecture 1: Dietary strategies for the prevention and treatment of obesity. *Proc Nutr Soc*, 69(1), 70-79.
- Rossini, R., Moscatiello, S., Tarrini, G., Di Domizio, S., Soverini, V., Romano, A., . . . Marchesini, G. (2011). Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Weight Loss in Family Members. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(11), 1712-1719.
- Sallis, J. F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *American college of Sports Medicine*, 1598-1600.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *American of Sports Medicine*.

- Samdal, O., Leversen, I., Torsheim, T., Manger, M., Brunborg, G., & Wold, B. (2009). Trender i helse og livsstil blant barn og unge. Henta 22.06.11 frå: <https://bora.uib.no/bitstream/1956/3734/1/HEMIL%20trender%20og%20helse%203%202009%20.pdf>
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813-1819.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Soderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns*, 84(1), 16-26.
- Soderlund, L. L., Nordqvist, C., Angbratt, M., & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Educ Res*, 24(3), 442-449.
- Spivack, J. G., Swietlik, M., Alessandrini, E., & Faith, M. S. (2010). Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)*, 18(7), 1341-1347.
- Staniford, L. J., Breckon, J. D., Copeland, R. J., & Hutchison, A. (2011). Key stakeholders' perspectives towards childhood obesity treatment: a qualitative study. *J Child Health Care*, 15(3), 230-244.
- Steele, R., Wu, Y., Jensen, C. D., Pankey, S., & Davis, A. M. (2011). School Nurses' Perceived Barriers to Discussing Weight With Children and Their Families: A Qualitative approach. *Journal of School Health*, 81(3), 128-137.
- Steinbeck, K. S. (2001). The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. *Obes Rev*, 2(2), 117-130.
- Steinberger, Daniels, S., Eckel, R., Hayman, L., Lustig, R., McCrindle, & Mietus-Snyder, M. (2009). Progress and Challenges in Metabolic Syndrome in Children and Adolescents: A Scientific Statement From the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism -- 119 (4): 628 -American Heart Association, Inc.
- Steinsbekk, Wichstrøm, Ødegård, & Mehus, I. (2012). «Change in body-fat during a family-based treatment of obesity in children: The relative importance of energy intake and physical activity». *Obesity Facts*. In press.
- Steinsbekk, S., Jozefiak, T., Odegård, R., & Wichstrøm. (2009). Impaired parent-reported quality of life in treatm... [Qual Life Res. 2009] - PubMed result. *SEpt* 3.
- Steinsbekk, S., & Sørebo, D. Y. (2010). Fedme hos barn og unge – implikasjoner for psykologisk praksis. *Vol 47, nummer 1*.

- Story, M. T., Neumark-Sztainer, D. R., Sherwood, N. E., Holt, K., Sofka, D., Trowbridge, F. L., & Barlow, S. E. (2002). Management of child and adolescent obesity: Attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics*, *110*(1), 210-214.
- Swallen, K. C., Reither, E. N., Haas, S. A., & Meier, A. M. (2005). Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*, *115*(2), 340-347.
- Taveras, E. M., Hohman, K. H., Price, S. N., Rifas-Shiman, S. L., Mitchell, K., Gortmaker, S. L., & Gillman, M. W. (2011). Correlates of Participation in a Pediatric Primary Care-Based Obesity Prevention Intervention. *Obesity*, *19*(2), 449-452.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen. Fagbokforl.
- Towns, N., & D'Auria, J. (2009). Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. *J Pediatr Nurs*, *24*(2), 115-130.
- Tripp, S. B., Perry, J. T., Rommey, S., & Blood-Siegfried, J. (2011). Providers as Weight Coaches: Using Practice Guides and Motivational Interview to Treat Obesity in the Pediatric Office. *Journal of pediatric nursing*, *26*(5), 479-479
- Tsiros, M., Olds, Buckley, J., Grimshaw, Brennan, Walkley, Coates, A. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*, *33*(4), 387-400.
- Turner, K., Shield, J., & Salisbur. (2009). Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, *59*(568), 856-862.
- Vander Wal, J. S., & Mitchell, E. R. (2011). Psychological Complications of Pediatric Obesity. *Pediatric Clinics of North America*, *58*(6), 1393-1401.
- Viner, R. M., Roche, E., Maguire, S. A., & Nicholls, D. E. (2010). Childhood protection and obesity: framework for practice. *BMJ*, *341*.
- Walker, O., Strong, M., Atchinson, R., Saunders, J., & Abbott, J. (2007). A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Fam Pract*, *8*(1), 50.
- Walpole, B., Dettmer, E., Morrongiello, B., McCrindle, B., & Hamilton, J. (2011). Motivational Interviewing as an intervention to increase adolescent self-efficacy and promote weight loss: Methodology and design. *BMC Public Health*, *11*(1), 459.
- Wang, Y. (2007). The obesity epidemic in the United States—gender. Pub Med: Center for Human Nutrition, Department of International Health
- Whitaker, R., Wrigth, J., Pepe, M., Seidel, K., & Dietz, W. (1997). Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity — *NEJM*. *337*:869-873.
Henta 08.08.2011 frå
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199709253371301>

- WHO. (1948) *WHO definition of Health*. Henta frå:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Henta 06.01.2012.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
- WHO. (2011, mars 2011). WHO | Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Henta 02.05.2012 frå:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Wilfley, D. E., Kolko, R. P., & Kass, A. E. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20(2), 271-285.
- Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E., & Waters, E. (2005). Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*, 293(1), 70-76
- Wynne, K., Stanley, S., McGowan, B., & Bloom, S. (2005). Appetite control. *February 1. 184 291-318*. Henta 02.02.2012 frå
<http://joe.endocrinology-journals.org/content/184/2/291.long>
- Zametkin, A. J., Zoon, C. K., Klein, H. W., & Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(2), 134-150.
- Øen, G. (2012) Ethiske utfordringer i arbeid med fedmeproblematikken . Øen, G. (Red). *Overvektsproblematikk hos barn og unge* (s. 283 – 297). Fagbokforlaget.
- Øen, G., Stormark K. M., (2012) Sammenheng mellom overvekt, fedme og spiseforstyrrelser. Øen, G. (Red). *Overvektsproblematikk hos barn og unge* (s. 131 – 158). Fagbokforlaget.
- Øen, G. (2012). Fedmeproblematikkens utfordringer. Øen, G. (Red). *Overvektsproblematikk hos barn og unge* (s. 21- 38). Fagbokforlaget.
- Øen, G. (2012). Samhandling og kommunikasjon om overvektsproblematikk. Øen, G. (Red). *Overvektsproblematikk hos barn og unge* (s. 193-212). Fagbokforlaget.
- Øen, G.(2012). Atferdsterapeutiske prinsipp i behandling av barn og unge med overvekt. . Øen, G. (Red). *Overvektsproblematikk hos barn og unge* (s. 213 - 235). Fagbokforlaget.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kirsti Rüser
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Oslo
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 29.10.2010

Vår ref: 25181 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.10.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 28.10.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25181	<i>Korleis kan helsearbeidarar motivere familiar som har barn med overvekt/fedme. Kva erfaringar har dei gjort seg i sitt arbeid.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kirsti Rüser</i>
Student	<i>Kari Eldal Tvedt</i>

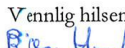
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Kari Eldal Tvedt, Ulltang, 6800 FØRDE

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Søknad om å gjere intervju til masteroppgåve i din kommune.

Eg er masterstudent ved høgskulen i Oslo. Her tek eg ei mastergrad i klinisk sjukepleie, eg er no komen så langt i studiet at eg er starta på masteroppgåva mi. I den samanheng skal eg gjere ei sjølvstendig studie, til dette treng eg å snakke med nokon i din kommune.

Eg er sjukepleiar og arbeider på barneavdelinga på Sentralsjukehuset.

Eg skriv oppgåve om korleis sjukepleiarar kan lukkast med å motivere familiar som har barn med overvekt til å endre livsstil. For å finne svar på dette har eg valt å snakke med helsesyster i din kommune. Planen per i dag er å bruke fokusgruppeintervju med ca. 4 i kvar gruppe. Eg reknar med å gjere intervju i oktober 2010, eg håpar eg får løyve å bruke ca. 1.5-2 timar av arbeidstida til ca. 4 av dei tilsette til å gjere dette intervjuet.

Håpar på positivt svar.

Med beste helsing

Kari Eldal Tvedt

Masterstudent ved høgskulen i Oslo

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Osnes Siri

Sendt: 31. august 2010 08:33

Til: Schei Arne

Emne: SV: SV: masteroppgåve

Hallo!

Eg har ei helsesøster som har sagt seg villig til å vere informant til masterstudiet til Kari Eldal Tvedt.

Ho kan ta kontakt direkte med helsesøster [redacted] på tlf [redacted]

Hennar mailadr. er [redacted].

Med beste helsing

Siri Osnes

Helsesøster

Fagleiar-/avdelingsleiar Flora helsestasjon

hei

Har sendt eposten din vidare til [REDACTED] som er einingsleiar for m.a. Helsestasjonen. Ho vil gje deg eit svar.

Med vennleg helsing

> [REDACTED]

Rådmann

[REDACTED] www.forde.kommune.no

E-post: ojo@forde.kommune.no

Tlf. +47 [REDACTED]

Mob. [REDACTED]

Ser at eg har sett opp tid her man. 08.11 kl. 13.00, men det blir kanskje litt for tidleg for deg? Kan det passe man. 29.11 kl. 13.00?

Med beste helsing

[REDACTED]

Helsesøster/Jordmor

Fagleiar [REDACTED] helsestasjon

Førde kommune: [www.\[REDACTED\]](http://www.[REDACTED])

Epost: [REDACTED]

Tlf. [REDACTED]

Førespurnad om å ta del i forskingsprosjektet

”Å arbeide med familiar som har barn med overvekt/fedme”

Bakgrunn og hensikt

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i ei forskingsstudie for å kartlegge kva utfordringar helsearbeidarar møter i sitt arbeid med familiar som har barn med overvekt/fedme. Korleis dei motiverer familiare, korleis er samarbeidet til for eksempel fysioterapeut, skule, 1 linjetenesta, lege m. fl. Du er valt ut til å delta i studie fordi du gjennom ditt arbeid har erfaring med pasientgruppa.

Eg heiter Kari Eldal Tvedt og er student ved høgskulen i Oslo, der eg tek mastergrad i klinisk sykepleievitenskap. I tillegg arbeider eg på barneavdelinga ved sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane. Gjennom arbeidet mitt kom eg i kontakt med barn med overvekt/femde og interessa mi for denne pasientgruppa vart fanga.

Kriterium for inkludering studien:

Deltakar skal vere helsearbeidar med erfaring i å arbeide med familiar som har barn med fedme.

Kva inneberer studien?

Dette er ei kvalitativ undersøking. Dersom du vel å delta i studien vil du vere med i eit fokusgruppe intervju, dette vil take ca. 1.5 – 2 timar. Du vil vere i ei gruppe saman med 3-6 andre helsearbeidarar. Eg vil stille opne spørsmål kring emnet, og gruppa vil samtale kring disse. Det blir nytta diktafon under samtala. Alt som blir sagt blir transkribert og analysert og drøfta i lys av teori, det er erfaringar eg er ute etter, og ikkje "eksakt vitenskap". Opplysningane vert anonymisert. Datamaterialet vert sletta når prosjektet er avslutta, fram til då vert alt oppbevart innelåst.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som blir registrert om deg skal berre brukast slik som er beskrive i hensikta med studia.. Alle opplysningane blir behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennande opplysningar. Det er **ikkje** nødvendig med helse og eller person opplysningar om deg.

Det er berre underteikna som har tilgang til namnelista og som kan finne tilbake til deg. Alle opptak frå fokusgruppeintervjua vert oppbevart forsvarleg innelåst til oppgåva er ferdig og levert. Deretter vil opptaka bli sletta.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien. Du kan kor tid som helst og utan å gje opp nokon grunn trekkje ditt samtykke til deltaking i studien. Dersom du ynskjer å delta, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Om du seier ja til å delta, kan du seinare trekkje tilbake ditt samtykke. Om du seinare ynskjer å trekkje deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Kari Eldal Tvedt på 92 24 15 73

Tidsskjema

Det er planlagt å gjennomføre fokusgruppeintervjua i oktober/november 2010.

Fordelar

Under fokusgruppe intervjuet vil du kunne samtale med andre helsearbeidarar kring emnet barn og fedme. Dette medfører at de kan få utveksla erfaringar med kvarandre, og at dette sekundært kan vere til hjelp i det vidare arbeidet ditt. Elles vil fokusgruppe intervjuet resultere i ei masteroppgåve kring emnet som forhåpentlegvis kan setje søkelys på det å arbeide med og motivere familiar som har barn med overvekt/fedme.

Mogleg ubehag/ulemper

Det er ikkje forventa ubehag/ulemper for deltakarane i prosjekt.

Studiedeltakarens ansvar

Dei som deltek i studien har eit ansvar for å vere deltakande i fokusgruppe intervjuet, og bidra med sine erfaringar kring emnet.

Eventuell kompensasjon til og dekning av utgifter for deltakarane.

Etter avtale med arbeidsgivar blir fokusgruppe intervjuet helde på din arbeidsplass i arbeidstida di, og det vil difor ikkje medføre ekstra kostnader for deg.

Personvern og økonomi

Personvern

Opplysningar som blir registrert om deg er utdanning, kor lenge du har vore utdanna og kva erfaring du har med å arbeide med familiar som har barn med overvekt/fedme. Eg er ikkje ute etter person eller helseopplysningar om deg. Det eg ynskjer er di erfaring med å arbeide med denne pasientgruppa. Dei som deltek har taushetsplikt. Det er berre masterstudent Kari Eldal Tvedt og henna rettleiar (Kirsti Riiser) på masteroppgåva som har tilgang til datamaterialet. Kari Eldal Tvedt er databehandlingsansvarleg.

Økonomi

Studien har fått forskingsstipend frå Helse Førde på kr.10 000,-

Informasjon om utfall av studien

Deltakarane av studien har rett til å få informasjon om resultatet av studien, og vil få oppgåva tilsendt når denne er ferdig. Dersom det er ønskeleg vil underteikna kome tilbake og presentere studien på din arbeidsplass når oppgåva er levert og sensurert.

Venleg helsing

Kari Eldal Tvedt

Masterstudent

Samtykke til deltaking i studie

Eg er villig til å delta i studien

(Signert av informant, dato)

Eg stadfesta å ha gitt informasjon om studien

(Signert, dato)

Korleis kan helsearbeidarar motivere familiar som har barn med overvekt/fedme til å endre helsevanar?

Semi – strukturert intervjuguide.

Bakgrunnsspørsmål:

1. Yrke:

2. Utdanning:

3. Erfaring med problemstillinga:

4. Arbeidsplass:

Spørsmål:

1. Korleis vil de beskrive det å arbeide med familiar som har barn med fedme? Kva erfaringar har de gjort dokke?

- Kva rolle har de som helsearbeidar i dette arbeidet?
- Kva utfordringar møter dei dette arbeidet?

2. Korleis motiverer de til livsstilsendring?

- Har de eksempel på gode erfaringar?
- Har de eksempel på dårlige erfaringar?
- Korleis motiverer de barna?
- Kva prinsipp har de brukt når det går godt?
- Har de brukt spesielle motiverings teorier? Kva verktøy brukte de når det fungererte? Var de påverka av nokon teori? I tilfelle kva for ein?

3. Fortel om familien som lukkast? Gjerne ei "solskinshistorie"

- Kva skjedde då?
- Kvifor lukkast det familien å endre vanar?
- Kan disse erfaringane brukast i andre tilfelle?
- Når det ikkje lukkast, har de gjort dokke tankar om kvifor det ikkje lukkast for familien å endre vanar?

4. Ressursar/Rammer

- Er dette eit arbeid de sjølv har valt eller er det ei pålagt oppgåve?
- Dette er eit område det vert satsa på. Får de nok ressursar?
- Har de fått den nødvendige opplæringa?

5. Samarbeid

- Korleis er samarbeidet mellom 1 og 2 linjetenesta?
- Kva er bra?
- Kva er dårlig?
- Korleis er samarbeid mellom fysioterapeut, kommunelege, BUP m.m.
- Kva er bra?
- Kva er dårlig?