

# FAMILIEFOKUS VED OVERVEKT OG FEDME HOS BARN – GODE MØTER KAN GJØRE EN FORSKJELL

Gudbjørg Øen, førstelektor ved Høgskolen Stord Haugesund  
E-post: gudbjorg.oen@hsh.no  
www.hsh.no/kontakter

**Hensikten med denne artikkelen er å sette fokus på utfordringene kommunene står overfor når det gjelder overvekt hos barn og ungdom sett i lys av noen faglige perspektiver som kan medvirke til å skape optimisme, håp og tiltakslust. Der ute er det mange barn og unge som har overvekt og fedme; de kan befinne seg på ulike steder i en negativ utviklingsprosess, og mange av dem lider både fysisk og psykisk; problemene er komplekse. Disse barna og deres foreldre trenger hjelp med å avklare sin ambivalens og til å sette realistiske mål. De trenger noen som er interessert i å jobbe sammen med dem om felles endringsoppgaver; noen som skaper allianse, som kommuniserer forståelig slik at både barn og foreldre får videreutviklet sin innsikt, bevissthet og økt klarhet om det som skaper mening for dem. De trenger noen som tror at ingen i utgangspunktet er umotiverte, noen som formidler håpet om en lettere fremtid gjennom lytting og myndiggjøring.**

## Bakgrunn

På verdensbasis er det en rask økning av overvekt og fedme blant barn og unge; en utvikling som også i Norge er svært bekymringsfull og som bør få stor oppmerksomhet. Folkehelseinstituttet rapporterer at 15 -20 % av norske barn i alderen 8 -12 år har overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2008). Det har vist seg vanskelig å gi effektiv hjelp når barnet først har fått fedme, og derfor er det viktig



Gudbjørg Øen.

Gudbjørg Øen har bakgrunn som psykiatrisk og pediatrik sykepleier og helsesøster, med hovedfag helsefag innen helsepsykologi og forebyggende helsearbeid. Arbeider nå med utvikling av nye videreutdanninger, og er prosjektleder og fagansvarlig for tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge og tverrfaglig videreutdanning i overvektproblematikk hos barn og ungdom del 1. Forskningsstemaet mitt er overvektbehandling. Har erfaring med fagutviklingsprosjekter for kvalitetsforbedring i kommunehelsetjenesten. Er prosjektleder for et samarbeidsprosjekt for utvikling av lavterskeltilbud for overvektige barn og deres familier.

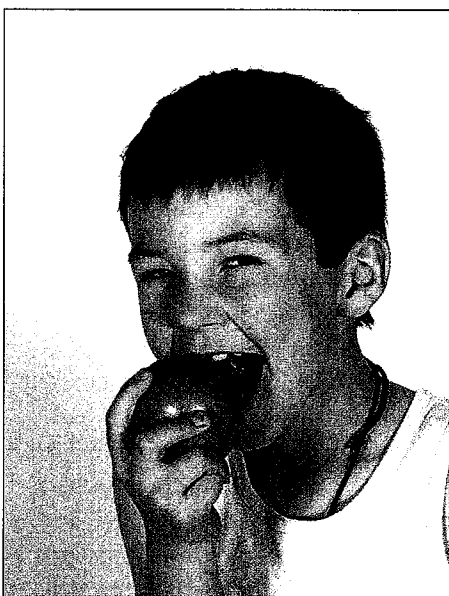
å komme tidlig inn med et virksomt hjelpetilbud. I forslaget til nye faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt (Handeland & Hjelmesæth, 2009), er det lagt stor vekt på at risikobarn må identifiseres gjennom oppfølging med måling av høyde og vekt. Det anbefales å tilby individuell veiledning uten noen spesielle råd eller retningslinjer for hvordan slik veiledning bør gis. Å måle og veie skolebarna vil gi et økt fokus på kropp; noe som for enkelte kan oppleves negativt om en ikke velger omtenksomme måter å utføre det på. Whitlock og medarbeidere (2005) peker på at det er risikabelt å screene barns BMI under 12 år så lenge der

ikke er evidensbaserte tiltak å sette inn i primærhelsetjenesten. Overvekt og fedme er et svært sammensatt problem (Birch & Davison, 2001; Gonzalez & Gilmer, 2006) og det synes derfor vanskelig å utvikle generelle tiltak som er virkningsfulle i ulike miljøer. I årevis har det vært forsket på hva fysisk aktivitet og spisevaner har å si for utvikling av overvekt og fedme. Det er utvilsomt at inaktivitet, inntak av for mye snop, snacks og brus gir økt risiko for utvikling av fedme. I følge Nasjonal helseplan 2007-2010 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) skal det legges økt vekt på forebyggende tiltak overfor risikogrupper. Der heter det: "Individuelt tilpasset veiledning er nødvendig for å påvirke enkelte gruppers helseatferd i retning av en sunnere livsstil". Det heter videre: "Hovedutfordringen i arbeidet med å styrke ernæringskompetansen i kommunene er å finne gode organisatoriske løsninger og å etablere systemer for kvalitetssikring av tjenestene. I dagens kommunehelsetjeneste finnes det ingen spesialkompetanse innen klinisk ernæring som kan ivareta kostveiledning og oppfølging av pasienter/brukere av de ulike tjenestene, og som kan ha en rådgiverfunksjon overfor tjenestene" (ibid.).

Når det gjelder de store helseutfordringene med stadig økning i antall personer som får overvekt, fedme, diabetes type 2 og hjerte-kar-lidelser, kan det stilles spørsmål om det først og fremst er ernæringskompetansen som må etterspørres? Har ikke folk flest tilstrekkelig kunnskap om hvilken kost og hvilket aktivitetsnivå som fremmer god helse? Er det ikke først og fremst endringskompetanse som må utvikles? Hvor i kommunene har vi fagfolk som har kunnskap til å hjelpe med endring av livsstil? Hvilke



målgrupper kan vi rette oss mot for å oppnå størst gevinst med en sunnere livsstil? Det er lett å være enig med Handeland og Hjelmesæth's utsagn; *Vi må begynne med barna* (Handeland & Hjelmesæth, 2009). Det er på tide å satse ressurser inn i det forebyggende arbeidet i forhold til overvekt hos barn og unge. Forebyggingsarbeidet må rette seg mot å skape gode vaner hos den oppvoksende slekt. Umiddelbart synes helsesøstrene å bli et midtpunkt når risikogrupper trenger hjelp i endringsarbeid. Vi vet at mange barn som utvikler overvekt og fedme, har en eller to overvektige foreldre. Når helsesøster møter en overvektig mor eller far, vet hun at deres barn vil ha en økt risiko for å utvikle overvekt og fedme. Det vil også være svært mange overvektige, særlig mødrene, som slanker seg og som kan ha mye negativ mestringserfaring i forhold til egen kroppsvekt. Utprøving av ulike slankekurer fører hyppig til økt vekt i forhold til utgangspunktet. Slik kan det oppstå "jo-jo-vekt" med en stadig oppadstigende vekturve som resultat; dette gir negativ mestringserfaring (Øen, 1997). Helsesøstre gjennomfører regelmessige samtaler med foreldre og må tørre å bringe livsstil på banen. Skal man bidra i andres endringsprosess kreves gode kunnskaper om kommunikasjon og psykologiske faktorer som medvirker til endring. For å oppleve positiv mes-



«An apple a day .....»

tringserfaring er små delmål av stor betydning. Hjelperen må ha vilje, tålmodighet og ikke minst tid, til å gå inn i problemstillingen. Det kreves egne tiltak for å bekjempe overvekt. Denne artikkelen vil fokusere på noen faglige innspill på hvordan helsesøstre kan bidra i endringsarbeid med risikogrupper.

### Kunnskapsbasert praksis

På tross av at kunnskapen om hva som skaper positiv energiballanse, overvekt og fedme er kjent, fortsetter mange barn og unge å øke sin kroppsvekt, og på verdensbasis omtales situasjonen som en epidemi, en fedmeepidemi (Handeland & Hjelmesæth, 2009). En epidemi er en situasjon som vanligvis får stor oppmerksomhet, og ressurser settes inn for å stoppe utviklingen. Så langt synes det å være opp til kommunehelsetjenesten i den enkelte kommune å finne løsninger på fedmeepidemien og selv bestemme hvordan det skal gjøres og hvilke fagfolk som skal involveres. Det stilles økende krav til utøvelse av kunnskapsbasert praksis i helsetjenestene. Det forutsettes at fagfolk er oppdatert på forskning, og særlig om effekt av helsetjeneste, slik at det ikke utøves en praksis som viser seg ikke å virke. I en meta-analyse av 64 artikler om livstilsintervensjoner for behandling av fedme hos barn, fokuserer 12 på fysisk aktivitet og stillesittende atferd, 6 på diett og kosthold og 36 på atferdsterapeutiske intervensjoner (Oude Luttikhuis et al., 2009). Forskerne som står bak denne meta-analysen, konkluderer med at den begrensede kvaliteten på forskningen gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om at en spesiell behandling er bedre enn andre. Oversikten og gjennomgangen av studiene viser at kombinerte atferdsterapeutiske livstils- og endringstiltak sammenlignet med vanlig omsorg og selvhjelp, kan utgjøre en signifikant og klinisk meningsfull reduksjon i overvekt hos barn og ungdom (ibid.). Kognitiv atferdsterapi (CBT) er en behandlingsform som har vist gode resultat (Braet et al., 1997 og 2004; Melchionda et al., 2003) og har vist gode resultat i

kombinasjon med undervisning og opplæring av foreldrepar (Jelalian & Mehlenbeck, 2002). Nowicka med flere (2007) konkluderer med at lavintensiv løsningsfokuseret familierapi utført av et tverrfaglig team, kan være virksomt på vekten og selvfølelsen til barn som har stor overvekt og fedme. Standardisert Obesity Family Therapy (SOFT) kan anbefales utprøvd i klinisk praksis enten man arbeider alene eller i tverrfaglig team, men det gjenstår utprøving av metoden anvendt på førskole- og skolebarn i primærhelsetjenesten (Nowicka & Flodmark, 2009). Disse forskerne oppmuntrer alle som arbeider med barn og unge som har overvekt og fedme til å få frem og å styrke familiene sine ressurser. Teamarbeid og involvering av hele familien er vesentlig (Nowicka & Flodmark, 2009; Archenti & Pasqualinotto, 2008). Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten er klar på at tjenestene skal være *virkningsfulle, trygge, sikre og skal involvere brukere og gi dem innflytelse* (Helsedirektoratet, Rundskriv IS-1, 2009). Det er ønskelig at den hjelp vi tilbyr overvektige barn og deres familier skal føre til at det overvektige barnet får bedre helse, fysisk og psykisk. Når barn er blitt overvektige, startes ofte tiltak for å stanse vektutviklingen. Kropp, overvekt og fedme er svært sårbare tema, og det er av stor betydning at barna og familiene ikke opplever negativ mestringserfaring forårsaket av tiltakene. I følge Wigton og McGaghie (2001) er det en utbredt oppfatning at personer med overvekt og fedme er mindre intelligente, ulykkelige og mangler selvkontroll. For eksempel opplyser noen voksne som har fedme at de i stor grad har følt seg stigmatisert av helsepersonell, noe som vil virke direkte negativt i et endringsarbeid. En kan føle seg stigmatisert dersom helsepersonellet antyder at overvekten er ens egen feil, at en er lat og svak. Verdens ledende forskere på psykologisk behandling har vist til fire fellesfaktorer som bidrar til et vellykket behandlingsresultat, fordelt prosentvis: 1) Behandlingsmetoden eller teknikken står for 15 % 2) Place-

bo, håp og forventninger står for 15 % 3) Relasjoner står for 30 % 4) Klienten selv og utenom terapeutiske faktorer står for 40% (Duncan & Sparks, 2008). Da har forskningen vist oss at det er klientene selv med sine ressurser og det de bringer med seg som bidrar mest til et vellykket resultat. Klientrelaterte faktorer kan være utholdenhet, åpenhet, tillit, optimisme, støtte fra bestemor eller deltakelse i et nært fellesskap; alt sammen deler av klientens liv før han søkte hjelp. Nest viktigst for et positivt resultat av behandling er klientens oppfatning av relasjonen til terapeuten, ofte omtalt som alliansen dem i mellom. Det har vist seg at den beste indikator på at resultat av behandlingen kommer til å bli vellykket, er når klienten vurderer alliansen som positiv. Alliansen predikerer resultatet bedre enn både diagnose, metode og terapeut (ibid.). Forventinger og håp knytter seg til den tiltro man har til den behandling som brukes (ibid.), og vil være nær knyttet til tidligere erfaringer. Det spesielle er at forskningen gjennom nærmere et halvt hundre år har konsentrert seg om å måle effekt av terapimetoder og teknikker, og at det i dag stadig er fokus på å utvikle nye standardiserte teknikker og metoder for de fleste diagnoser. Med bakgrunn i at 70 % av terapieresultatet kan tilskrives relasjonen, en positiv allianse og klienten selv, burde vårt fokus i større grad vært rettet mot etablering av positiv allianse mer enn mot kompetanseheving på metoder og teknikker.

### Individrettet forebygging; veiledning eller terapi?

Som nevnt vet vi at det er svært mange barn i risiko; barn med overvektige foreldre har økt risiko for å bli overvektige (Whitaker et al., 1997). Utfordringene gjør seg gjeldende når man skal drive individuelt forebyggende arbeid til de som åpenbart trenger noe mer i tillegg til de helsefremmende tiltakene som iverksettes, for eksempel fruktmåltid og økt fysisk aktivitet i skoler og barnehager. Overvekt og fedme er et typisk felt for samarbeid og tverrfaglig satsing. Ing-

en enkel yrkesgruppe synes å ha en retten verken på arbeidsoppgaver eller på ansvaret. Helsesøstre blir i en casestudie utpekt til å ha det aller beste utgangspunkt for å yte hjelp til overvektige barn og deres familier (Øen, 2006). Det kan henge sammen med deres unike mulighet til kontakt med alle barn og familier, og således at de er lett tilgjengelig for dem som er i risiko for overvekt og fedme. Svært mange kilder peker på at kommunenes helsestasjoner fungerer som gode arenaer for endringsamtaler (Handeland & Hjelmesæth, 2008; ). Det er nettopp endringsarbeid overvektproblematikken handler om, og som utgjør barnet, foreldrenes og helsearbeidernes utfordringer. Den store utfordringen er å fremme innsikt og motivasjon. Ofte høres uttalelser fra helsesøstre at "Vi skal ikke drive med behandling". Arbeidet helsesøstre utfører, er definert i veilederen: *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) som konsultasjoner, helseopplysning, rådgiving og veiledning. Her står: "helseopplysning er tiltak innen forebyggende og helsefremmende arbeid som tar sikte på å påvirke menneskers atferd og holdninger vedrørende ulike levevaner" (s.28). Ved overvekt og fedme-problematikk er det nettopp endringsarbeidet det trengs hjelp med, og behovet for en god relasjon mellom hjelperen, barnet og familien gjør seg gjeldende. Helsesøster har kontakt med alle familier og har et godt utgangspunkt for å få tillit og skape trygghet. I Norge er helsesøstre trolig den yrkesgruppen som i dag hyppigst arbeider sammen med barn, unge og foreldre om overvektproblematikken. Som kjent er ikke KAP-modellen (kunnskap endrer holdning og atferd) tilstrekkelig når livsvaner skal endres. Det er behov for veiledere som kan hjelpe i endringsprosesser på en måte som styrker mestringskompetansen. I vår kultur er det å mestre noe nært knyttet opp til det å kunne utføre noe; for eksempel å mestre å spise sunn kost og å bruke kroppen tilstrekkelig til å unngå positiv energi-

ballanse og overvekt. Veiledning og terapi kan i noen tilfeller være tilnærmet synonymt. I veiledning søker en å skape bevissthet om egne følelser, holdninger, verdier og atferd. Slik bevisstgjøring øker muligheten for barn og foreldre å forstå sammenhengen mellom egne følelser, holdninger, verdier og levemåte og det som skjer med deres vektutvikling. Terapi tilsikter læring av nye funksjonsmåter (Tveiten, 2008). Veiledningssamtaler kan ha utgangspunkt fra ulike perspektiver, og metoder og teknikker vil variere med veilederens forståelse av hva som påvirker til endring. Som veiledere er det lettere å undervise enn å veilede når man selv har mer kunnskap enn de som veiledes, hevder Tveiten (2008). I profesjonelle samtaler, terapi eller veiledning, må hjelperen tilstrebe å være tilstrekkelig nærværende, og ikke bli for opphengt i teknikker, slik at *møtet* i seg selv kan virke helende. Innledningsvis ble det argumentert for en økt satsing på å forebygge overvekt og fedme, og å komme tidlig på banen. Når vi snakker om individrettet forebygging og risiko for utvikling av overvekt og fedme, må utgangspunktet være å hjelpe hele familien til å gjøre endringer.

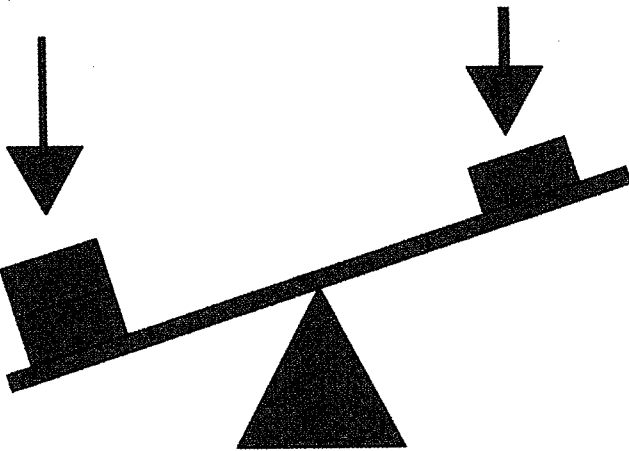
### Kommunikasjon

For å kunne hjelpe kreves det at hjelperen er i stand til å kommunisere med barn på en forståelig måte; det vil si tilpasset barnets utviklingstrinn. Særlig yngre overvektige barn vil som oftest bringes til helsevesenet av andre uten eget ønske om endring. Barnet vil sjelden vite hva et hjelpetilbud kan gå ut på, eller på hvilken måte hjelperen kan hjelpe. I den første fasen er det viktig å ha fokus på relasjonsbyggingen, å utvikle gode samhandlingsmønstre og å skape mening om hva hjelpen går ut på. Svendsen (2007) fremhever viktige handlinger som hun beskriver som "implisitte hjelpemanøvrer". Det legges vekt på å være responsiv, å bekrefte barnets atferd, tanker og følelser. Å leke kan være en god måte å kommunisere med barnet på. Gjennom lek kan hjelperen utforske barnets intensjoner



Hva er "prisen" jeg må betale ved forandring av livsstil i forhold til gevinsten ved å leve som før?

Hva er "prisen" jeg må betale ved å fortsette som før i forhold til gevinsten ved å forandre livsstil?



Å ta en avgjørelse om endring – å veie for og i mot (Fritt etter Miller & Rollnick, 2004)

og tanker, og gjennom å gi respons vil barnet oppleve seg møtt ved at hjelperen reflekterer rundt dets tanker, opplevelse og handlinger for å prøve å forstå meningen bak. Det vurderes som avgjørende for utvikling av evne til egen refleksjon at man blir tenkt om og representert i en annens sinn (ibid.). For å oppnå resultater med overvekt- og fedmeproblematikk er det viktig å fremme bevisstgjøring om sammenhengen mellom hva vi gjør og hva vi oppnår eller hvilke resultat handlingene avstedkommer. Det er viktig at hjelperen setter ord på hva den konkrete hjelpen her og nå går ut på, og bringe på banen hvorfor barnet er kommet: Vis omsorg for barnet, og prøv å bringe barnets vanskelige erfaringer inn i dialogen. Fremfor alt er det viktig å gi konkret hjelp med de oppgaver barnet jobber med når det skal endre vaner. Det krever en hjelper som er oppmerksom og som responderer på barnets behov. For å snu en situasjon med overvekt og fedme kreveres det stadig oppmerksomhet og oppfølging over tid, og hjelperen trenger utholdenhet i å være tilgjengelig og responsiv.

### Familieinvolvering

For å hjelpe barn med overvekt og fedme må hjelpen rettes mot det totale miljøet barnet tilhører. Foreldrene er de viktigste potensielle hjelperne, og utfordringene for dem vil også

men ikke alltid, er en eller begge foreldre overvektige. Hjelperen må ha fokus på å etablere allianse også med foreldrene, og å kommunisere på en forståelig måte. En må på samme måte som med barnet, respondere på tanker, følelser og engasjere foreldrene i prosessen på en måte som gir mening for dem. Det er av betydning at overvektige foreldre får satt ord på tidligere erfaringer med egen overvekt og erfaringer de eventuelt har fra hjelpetiltak fra helsetjenesten. Foreldrene må være like aktive i samhandling om utvikling av realistiske mål som barnet er. Foreldrene blir de nærmeste som må hjelpe og delta som aktive medspillere i de felles oppgavene terapeuten og barnet står overfor. I dag er den vanlige holdningen at man i første omgang må hjelpe foreldrene. Hjelp til de yngste overvektige barna kan gå direkte og utelukkende på å hjelpe foreldrene da det er de som kjøper inn og tilbereder maten, og som skal bestemme og kan tilrettelegge for både stillesitting og aktivitet i dagliglivet. Det er foreldrene som er viktigste premissleverandører for maten, måltidene, aktivitetsnivået og grensene for snop, brus og snackspising i hjemmet. Familien må samarbeide om utfordringene. Normalvektige søsken og foreldre kan ha målsettinger om å leve sunnere men å holde vekten, overvektige foreldre kan lage realistiske målsettinger

være store. Skal hjelperen hjelpe det overvektige barnet, må en i første omgang hjelpe foreldrene å hjelpe barnet. Det er i hjemmemiljøet barnet har opparbeidet sin overvekt, og det vil være her potensial for endringer i første omgang vil være. Ofte,

for vektreduksjon på samme måte som det overvektige barnet gjør. Uansett må det vektlegges et aktivt engasjement fra foreldrenes side, og det må forventes at de prøver å fremstå som gode rollemodeller med den atferd som de ønsker deres barn skal ha (Epstein, 2005). På den måten blir de voksne i familien alltid målgruppe for veiledningen/terapien uansett barnets alder, mens barna må ha nådd en viss alder/utviklingsnivå for gjøre seg nytte av slik endringsveiledning. I Epstein's behandlingstilbud for overvekt og fedme hos barn, som har vist gode langtidseffekter etter 10 år (Epstein et al., 1990), stilles det for eksempel krav om at barna må kunne lese for å kunne delta. I dette tilbudet legges det stor vekt på at både foreldre og barn skal få mer kunnskap om sammenhengen mellom levemåte og vektutvikling, og det er sterke innslag av atferdsterapi med ferdighetstrening som skal fremme atferdsendringen (Epstein, 2005). Det blir anbefalt at barn og forelder setter av tid hver kveld til å snakke sammen om hvordan det har gått med endringsarbeidet i løpet av dagen (ibid.). I arbeidet med foreldrene vil bruk av motive-rende samtaler (MI) være et nyttig redskap. Foreldres grad av motivering til å gjøre endring i heimen er en vesentlig faktor man må ta hensyn til når man i fellesskap setter mål for endringsarbeidet. Hjelperen kan bidra med vurderinger av mål og påvirke slik at verken barnet eller foreldrene opplever negativ mestringserfaring.

### Allianse

Bordin (1979) definerer allianse som enighet om terapiens mål og om de terapeutiske oppgaver, der klienten har en klar forventning til terapeuten som en hjelper. Å være enige om målene, betyr at det foreligger enighet om aktiv deltakelse for å nå felles målsetting. En grunnleggende forutsetning for at klienten kan være enig i og delta i en felles målsetting, er at klienten opplever terapeuten som en hjelper. Hvilken målsetting som utvikles i terapi ved overvekt hos barn, vil variere avhengig av hvordan klienten opplever problemene og hvilken

teoretisk forståelse terapeuten har av overvekt og hva som hjelper. Å være enige om terapeutiske oppgaver vil innebære både terapeutens ferdigheter i å gi hjelp ved overvekt og klientens oppfattelse av terapeuten som en hjelper. Det er av den største betydning at terapeuten tilpasser oppgavene til klientens ressurser og ressursene som finnes i familien og miljøet. Dersom det overvektige barnet har for kortsiktige og for ambisiøse målsettinger, vil det være en viktig oppgave å hjelpe klienten til realistiske delmål slik at barnet opplever mestring. Det er også viktig at terapeuten forstår rett timing av oppgavene. Det kan bety at oppgavekravene må reduseres når forholdene tilsier det, eller at terapeuten følger opp med oppgaver når klienten har bedre motivasjon og mer energi til å jobbe med oppgavene. Overvekt og fedme blir av de fleste oppfattet å være utfordrende å arbeide med fordi det er så sammensatt. Når problemene er sammensatte, er det derfor viktig at hjelpen er tilsvarende fleksibel. Å unngå negativ mestringserfaring er et hovedmål. Videre vil det, i følge Bodin sin definisjon av allianse, utvikle seg et emosjonelt bånd (bonding) gjennom den delte aktiviteten. Emosjonelle bånd blir beskrevet som å ha tillit til, stole på, like og å ha respekt for hverandre, og ikke minst å ha en felles forståelse for den aktivitet som terapi er. Den forventning, og etter hvert den erfaringen klienten får med at terapeuten både kan og vil hjelpe, vil fremme samarbeidet om de terapeutiske oppgaver og mål, og vil virke gunstig på utviklingen av emosjonelt bånd (Svendsen, 2008). Når mange barn og ungdommer søker tilbake til helsesøster etter at det er forsøkt 2. linjeterapi for overvekt eller spiseproblemer, eller i utgangspunktet ikke ønsker å bli henvist noe annet sted, kan det henge sammen med de emosjonelle bånd som kan være knyttet gjennom et langvarig kjennskap gjennom helsestasjon og skolehelsetjeneste. For mange representerer helsesøster nettopp noe trygt og godt, hun er en som kan og vil hjelpe.

### Motiverende samtaler (MI)

Helsepersonells oppfatning av klienter som umotiverte når de ikke vil følge våre råd, er ikke uvanlig, men er ofte ikke riktig (Rollnick et al., 2008). Ingen personer er i følge disse forskerne fullstendig umotivert. De mener at måten vi snakker med klientene om deres helse på i vesentlig grad kan påvirke personlig motivasjon for atferdsendring. Alle har mål og ønsker. I den overordnede filosofien for Motivational Interviewing (MI) ligger samarbeid, interesse og fremming av pasientens autonomi (Arkowitz et al., 2008). De fire retningsgivende prinsippene er beskrevet i RULE, som står for Resist (stå i mot), Understand (forstå), Listen (lytte) og Empower (myndiggjøre) (Rollnick et al., 2008). Det er vanlig å være ambivalent til endring av livsstil, selv når man har fått et helseproblem. De vil, de ser seg i stand til, de ser gode grunner for, de vet de trenger å endre, men så kommer det et *men...* (Miller & Rollnick, 2004). MI er mer en rådgivingsteknikk enn en bestemt terapi eller behandling (ibid.). Når hjelperen anvender MI-teknikk, samtaler han med klienten på en måte som gjør det mulig for klienten selv å bli klar over og å få mobilisert sine indre verdier og mål, noe som påvirker motivasjonen og styrker ønsket om endring. Veien ut av jungelen handler om å utforske og forfølge det personen opplever, og hva som ut fra hans eller hennes eget perspektiv er viktigst (ibid.). Det er viktig å ha fokuset rettet mot klienten, det er han/hun som er hovedpersonen, og hjelperen må utvikle sin lytteevne mer enn sin evne til å gi råd. Metoden går videre ut på å anvende åpne spørsmål, å lytte reflekterende, å bekrefte, å oppsummere og å fremkalle forandringsutsagn. Reflekterende lytting er noe av det mest krevende i hjelperollen. En dyktig håndtering av motivasjonssamtalen innebærer at man reagerer på det klienten svarer på åpne spørsmål, slik vi gjennom tidene er anbefalt av Tomas Gorden (1970). Bekreftelse gir man når man viser forståelse og anerkjenner de tanker og følelser barnet og foreldrene

kan ha med overvektproblemet. Oppsummering gjennom motivasjonsarbeidet virker til å knytte sammen og styrke det som er blitt snakket om. En viser at en har lyttet, og at en er interessert. Når klienten har kommet med utsagn som viser motivasjon til endring, er det spesielt viktig å oppsummere. Klienten får da høre sitt eget utsagn bli gjentatt; dette gir mulighet for å reflektere over fordeler og ulemper, og klienten får på den måten bearbeidet sin ambivalens og kan komme nærmere avklaring av sin motivasjon. Det er viktig å gi tid til arbeid med ambivalensen, noe disse fire første metodene fokuserer på. Den femte metoden, fremkalling av forandringsutsagn, bringer oss videre, slik at endringsarbeidet kan fortsette. Ved bruk av MI vil en lyttende hjelper derfor være nøye med å bygge opp en støttende relasjon som skaper optimisme og energi i endringsarbeidet. En lyttende hjelper kommuniserer at personen har en verdi i seg selv, også før et eventuelt endringsforsøk. En som søker hjelp og trenger støtte, kan bære på et element av skam eller dårlig selvtillit knytt til det å søke hjelp. Mange forbinder det å søke hjelp med selvforakt (ibid.). Barlow (2007) anbefaler bruk av MI til å forebygge barneovervekt ved at familiemedlemmene får hjelp til å identifisere sin egen motivasjon for å gjøre endringer i levestil. Samarbeidende partnerskap med foreldrene og barnet er å foretrekke framfor at fagfolk i primærhelsetjenesten "foreskriver" sunn levestil (Tyler & Horner, 2008). Schwartz med flere (2007) antyder MI som virksomt for barneleger og dietetikere ved endringsarbeid, og Resnicow med flere (2006) mener hjelp ved barneovervekt generelt bør utføres klient-sentrert, som ved MI, men ser behovet for at helsearbeideren må skreddersy kommunikasjonsstilen etter brukerens behov, fordi enkelte ungdommer eller foreldre kan responderer bedre på en mer direkte rådgivende veiledningsstil (ibid.). Ved utvikling av tilbud for overvekt, må omsorgsfull atmosfære og respekt for den andre alltid stå i sentrum.



## Oppsummering

For å senke tempoet i utvikling av overvekt, fedme og alle de fysiske og psykiske tilstander som følger med, må det satses mer på forebyggende arbeid, og det må særlig satses på tidlig intervensjon. De kommunale helsestasjonene, med helsesøstrene i spissen, har de beste utgangspunkt til å kunne oppdage og hjelpe barn i risiko. Hele familien må involveres i endringsarbeidet. Motiverende samtaler (MI) kan brukes ved samtaler med foreldre, eldre barn og ungdommer. MI har fokus på klienten og hjelper med å avklare ambivalens og motivasjon for endring. Hjelperen lytter og stiller åpne spørsmål, følger opp når klienten kommer med endringsutsagn og oppsummerer for å gi klienten mulighet til å reflektere over konsekvenser av egne utsagn. Helsesøster må skreddersy kommunikasjonsstilen til brukers behov, da noen voksne og ungdommer har mer nytte av en mer direkte rådgivende veiledningsstil. Den beste indikator på at resultat av terapi blir vellykket, er når klienten vurderer alliansen med hjelperen som positiv. Å snu en situasjon med overvekt og fedme krever oppfølging over tid, at hjelperen har utholdenhet, er tilgjengelig og responsiv, viser omsorg og respekt i sin veiledningsstil, og at samtalen innhold bygger på oppdatert kunnskap om endring av livsstil.

## Referanser:

- Archeri, A. & Pasqualinotto, L. (2008) Childhood obesity: the epidemic of the third millennium. I: *Acta Biomed*. 79 (2):151-5.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, S. (2008) *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. The Guilford Press. New York.
- Barlow, S.E. (2007) Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity; summary report. I: *Pediatrics*, Dec;120 Suppl 4:164-92.
- Birch, L.L. & Davison, K.K. (2001) Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. In: *Pediatr Clin North Am*; Aug;48(4):893-907.
- Bordin, E.S. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. I: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16,252-260.
- Braet, C., Van Winckel, M. & Van Leeuwen, K. (1997) Follow-up results of different treatment programs for obese children. I: *Acta Paediatr*. 86 (4): 397-402.
- Braet, C., Tanghe, A., Decaluwe, V., Moens, E. & Rosseel, Y. (2004) Inpatient Treatment for Children With Obesity: Weight Loss, Psychological Well-being, and Eating Behavior. I: *Journal of Pediatric Psychology*, 29(7):519-529.
- Duncan, B. & Sparks, J. (2008) *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R.R. & McCurley, J. (1990) Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. I: *JAMA*, Nov 21;264(19):2519-23.
- Epstein, L. (2005) *The Traffic Light Childhood Weight Control Program. The Child Manual*. University of Buffalo.
- Folkhelseinstituttet. Overvekt og fedme hos barn og unge - faktaark. [www.fhi.no/artikler?id=70852](http://www.fhi.no/artikler?id=70852) (23.11.2008).
- Gonzalez, J.L. & Gilmer, L. (2006) Obesity prevention in pediatric residents: A pilot pediatric resident curriculum intervention on nutrition and obesity education and counseling. In: *J Natl Med Assoc*, Sep.98(9):1483-8.
- Gordon, T. (1970) Parent effectiveness training. I: *Skal vi snakke om det? Om å lytte, snakke ærlig, løse konflikter- og få kontakt*. Aventura. Oslo.
- Handeland, M. & Hjeltnes, J. (2009) Fedmepidemiens - vi må begynne med barna. I: *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1787970](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1787970) (lest 16.02.09)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Nasjonal helseplan 2007 -2010 Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6 [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv/292406-nasjon-al\\_helseplan\\_saertrykk.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv/292406-nasjon-al_helseplan_saertrykk.pdf) (lest 17.02.09)
- Helsedirektoratet (2009) Rundskriv IS-1/2009 Nasjonale mål og hovedprioriteringer [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00101/IS-1-2009\\_-\\_Nasjona\\_101269a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00101/IS-1-2009_-_Nasjona_101269a.pdf) (lest 17.02.09)
- Jelalian, E. & Mehlenbeck, R. (2002) Peer-Enhanced Weight Management Treatment for Overweight Adolescents: Some Preliminary Findings. I: *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Volume 9, Number 1, pages 15-23*.
- Melchionda, N., Besteghi, L., Di Domizio, S., Pasqui, F., Nuccitelli, C., Migliorini, S., Baraldi, L., Natale, S., Manini, R., Bellini, M., Belisito, C., Forlani, G., Marchesini, G. (2003) Cognitive behavioural therapy for obesity: one-year follow-up in a clinical setting. *Eat Weight Disord*. 8(3):188-93.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004) *Motivasjonsamtalen*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Nowicka, P., Pietrobelli, A. & Flodmark, C. E. (2007) Low-intensity family therapy intervention is useful in a clinical setting to treat obese and extremely obese children. I: *International Journal of Pediatric Obesity*; 2:211-7.
- Nowicka, P. & Flodmark, C. E. (2009) Family therapy as a modell for treating childhood obesity: Useful tools for clinicians. In: Nowicka, P. (2009) *Childhood and adolescent obesity. Multidisciplinary approaches in a clinical setting. Doctoral thesis, 113-129, Lund University. Sweden*.
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V.A., O'Malley, C., Stolk, R.P. & Sumnerbell, C.D. (2009) Interventions for treating obesity in children. In: *Cochrane Database Syst Rev*, Jan. 21;(1):CD001872
- Resnicow, K., Davis, R. & Rollnick, S. (2006) Motivational Interviewing for Pediatric Obesity: Conceptual Issues and Evidence Review. I: *Journal of the American Dietetic Association; des2006, Vol. 106: 12, p2024-2033*.
- Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2008) *Motivational Interviewing in Health Care*. The Guilford Press. New York.
- Schwartz R.P., Hamre R, Dietz W.H., Wasserman R.C., Slora E.J., Myers E.F., Sullivan S., Rockett H., Thoma K.A., Dumitru G., Resnicow K.A. (2007) Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. I: *Arch Pediatr Adolesc Med*. May;161(5):495-501.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* Veileder for forskrift av 3. April 2003 nr.450 [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1154\\_2619a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1154_2619a.pdf)
- Svendsen, B. (2007) Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn - en studie av de innledende samhandlingsprosessene. Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultetet, UiO.
- Svendsen, B. (2008) *Utvikling av allianse i psykoterapi med barn*. NTNU. Psykologisk institutt. Tilgjengelig fra: ([http://www.unifobhelse.no/upload/Birgit%20Svendsen\\_Utvikling%20av%20allianse%20i%20psykoterapi%20med%20barn.pdf](http://www.unifobhelse.no/upload/Birgit%20Svendsen_Utvikling%20av%20allianse%20i%20psykoterapi%20med%20barn.pdf)) lest 4. Februar 2009.
- Tveiten, S. (2007) *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosesser*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Tyler, D.O. & Horner, S. O., (2008) *Family-centered collaborative negotiation: A modell for facilitating behavior change in primary care*. I: *J Am Acad Nurse Pract*. Apr;20(4):194-203.
- Whitaker, R. C., Wright, J.A., Pepe, M.S. et al. (1997) Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. In: *N Engl J Med*; 337:869-73.
- Whitlock, E. P., Williams, S. B., Gold, R., Smith, P.R. & Shipman, S.A. (2005) Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. In: *Pediatrics*. Jul;116(1):e125-44.
- Wigton, R.S. & McGaghie, W.C. (2001) The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. In: *J Intern Med*, Apr;16(4):262-5.
- Øen, G. (1997) *Trivselvekt og slanking: bevisstgjøring av slankaren, ein medverkande faktor for å oppnå suksess i eit slankeopplegg*. Hovedfagsoppgave, Det medisinske fakultetet, Det psykologiske fakultetet, Universitetet i Bergen.
- Øen, G. (2007) Views of content and responsibility of treating obese children in Norwegian hospitals and communities; a multiple case study focused on perspectives and methods I: *International Journal of Obesity, vol.31, suppl.1, 205*.